Le suivi et prise en charge des patients asthmatiques : les obstacles à la bonne application des recommandations : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Côtes-d'Armor

Florent Samson

▶ **To cite this version:**

Florent Samson. Le suivi et prise en charge des patients asthmatiques : les obstacles à la bonne application des recommandations : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Côtes-d'Armor. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02052454

HAL Id: dumas-02052454

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052454

Submitted on 28 Feb 2019

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : …26/09/2018……

par

M……SAMSON Florent…….....……...

Né (e) le ……28/06/1986…….. à ……AVRANCHES… (*50*)

TITRE DE LA THÈSE :

LE SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ASTHMATIQUES : LES OBSTACLES A LA BONNE APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés
auprès de médecins généralistes des Côtes-d'Armor

Président : **Monsieur le Professeur LECOUTOUR Xavier**

Membres : Monsieur le Docteur LEGAC Michel, directeur de thèse

Monsieur le Docteur LE BAS François

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
M.	**BIBEAU Frédéric**	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CHAPON Françoise**	Histologie, Embryologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**COQUEREL Antoine**	Pharmacologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
M.	**DERLON Jean-Michel** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Neurochirurgie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
M.	**DUHAMEL Jean-François** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Pédiatrie

Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie
M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HABRAND Jean-Louis**	Cancérologie option Radiothérapie
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**HÉRON Jean-François** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Cancérologie
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**HURAULT de LIGNY Bruno** **Éméritat jusqu'au 31/01/2020**	Néphrologie
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
M.	**LEPORRIER Michel** **Éméritat jusqu'au 31/08/2020**	Hématologie
M.	**LEROY François**	Rééducation fonctionnelle
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROUPIE Eric**	Thérapeutique
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses

Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIADER Fausto**	Neurologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire
Mme	**ZALCMAN Emmanuèle**	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	**LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Médecine générale

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	**VABRET François**	Addictologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	**de la SAYETTE Vincent**	Neurologie
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie
Mme	**LESCURE Pascale**	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BOUVIER Nicolas**	Néphrologie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	**DEBRUYNE Danièle** **Éméritat jusqu'au 31/08/2019**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**DERLON-BOREL Annie** **Éméritat jusqu'au 31/08/2020**	Hématologie
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**GUÉNOLÉ Fabian** **sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18**	Pédopsychiatrie
M.	**HITIER Martin**	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	**LANDEMORE Gérard** **sera en retraite à partir du 01/01/18**	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**LEPORRIER Nathalie** **Éméritat jusqu'au 31/10/2017**	Génétique
Mme	**LEVALLET Guénaëlle**	Cytologie et Histologie

M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie générale
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**REPESSÉ Yohann**	Hématologie
M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ABBATE-LERAY Pascale**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
M.	**GRUJARD Philippe**	Médecine générale
M.	**LE BAS François**	Médecine générale
M.	**SAINMONT Nicolas**	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur LECOUTOUR Xavier
qui me fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez accepter mon respect et toute ma reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs LE BAS François et SAINMONT Nicolas
d'avoir accepté de porter de l'intérêt à mon travail, de m'honorer de leur présence comme membre du jury et de leur cours, durant mon cursus médical, qui étaient agréables et apportaient un coté pratique à notre enseignement théorique.

A Monsieur le Docteur LE GAC Michel
pour m'avoir écouté, aidé et dirigé cette thèse. Merci pour vos conseils, votre expérience ainsi que de votre confiance quand la mienne flanchait. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

A mes parents Christine et Yves
qui ont été à mes côtés dans les épisodes de ma vie et qui ont su me soutenir et m'encourager durant toutes ses années. Merci pour votre amour

A mon frère Mickaël
qui m'a toujours aidé, protégé et poussé en avant depuis ma naissance

A mes grands parents
pour votre amour et gentillesse sans limite

A mon parrain et oncle Olivier
qui en dépit de sa disparition tragique, sera toujours avec moi

A mes cousins Bénédicte, Pierre, Mathilde, Madeleine, Laurine, Béryl, Orlane et Hélène
pour leur présence et leur soutien. Je leur souhaite de réussir tout ce qu'ils entreprendront

A mes jeunes neveux Logan et Quentin
pour leur présence bienveillante et leur vitalité

A mes amis
pour les moments heureux passés ensemble

A l'ensemble des médecins qui ont accepté de participer à l'étude
pour leur temps et professionnalisme

Abréviations (classé par ordre alphabétique)

AAG : Asthme Aigu Grave
ACT : Asthma Control Test
ACQ : Asthma Control Questionnaire
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
BALA : Bêta-2 agoniste à longue durée d'action
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CVF : Capacité Vitale Forcée
COREQ : Consolidated criteria for REporting Qualitative research
DPC : Développement Professionnel Continu
DEP : Débit Expiratoire de Pointe
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EFR : Épreuve Fonctionnelle Respiratoire
EPU : Examen Périodique Universel
etc : et cetera
FMC : Formation Médicale Continue
ICS : Inhaled CorticoSteroid
IV : Intra-Veineux
GINA : Global INitiative for Asthma
M1 : médecin 1
M2 : médecin 2
M3 : médecin 3
M4 : médecin 4
M5 : médecin 5
M6 : médecin 6
M7 : médecin 7
M8 : médecin 8
M9 : médecin 9
M10 : médecin 10
PAI : Projet d'Accueil Individualisé
RGO : Reflux Gastro Oesophagien
SCM : Société Civile de Moyens
TVO : Trouble Ventilatoire Obstructif
VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde
VRS : Virus Respiratoire Syncytial

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Prévalence de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez l'adulte, enquête décennale santé 2003
Tableau 2 : Prévalence de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez les élèves de grande section maternelle, enquête nationale de santé en milieu scolaire 2005-2006 et 2012-2013
Tableau 3 : Évaluation du contrôle des symptômes et du risque ultérieur
Tableau 4 : facteurs augmentant le risque de décès par asthme
Tableau 5 : gravité des crises et exacerbations
Tableau 6 : posologies journalières de corticostéroïde inhalé chez l'adulte (en µg/j)
Tableau 7 : fréquence des consultations et des EFR au cours du suivi des patients contrôlés

Figure 1 : Évolution des taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, tous âges, entre 2000 et 2014
Figure 2 : Taux annuels standardisés de mortalité par asthme, enfants et adultes < 45 ans, France, 2000-2014
Figure 3 : Taux annuels standardisés de mortalité par asthme, tous âges, France, 2000-2014
Figure 4 : courbe débit-volume avec TVO
Figure 5 : Facteurs de risques de l'asthme
Figure 6 : cycle de contrôle de l'asthme
Figure 7 : prise en charge médicamenteuse en fonction des paliers
Figure 8 : Conduite à tenir devant une exacerbation en milieu hospitalier

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 1

I. 1. Épidémiologie 1

I. 1. 1. Prévalence de l'asthme 1
I. 1. 2. Hospitalisation 2
I. 1. 3. Mortalité 2
I. 1. 4. Coût 2

I. 2. La maladie asthmatique 3

I. 2. 1. Définition 3
I. 2. 2. Physiopathologie 3
I. 2. 3. Diagnostic 3

- Diagnostic clinique 4
- Diagnostic fonctionnel 4
- Classification de l'asthme 4
- Étiologie 5

I. 3. Crise d'asthme, exacerbation et asthme aigu grave 6

I. 3. 1. Définition 8
I. 3. 2. Facteurs de risque d'asthme aigu grave et de décès 8
I. 3. 3. Gravité 9

I. 4. Médicaments de l'asthme 10

I. 4. 1. Médicaments de contrôle 11

a. Corticostéroïde inhalé (ICS) 11
b. Bêta-2 mimétiques de longue durée d'action (BALA) inhalés 11
c. Association ICS + Bêta-2 mimétiques 12
d. Antileucotriène 12
e. Théophylline et dérivé 12
f. Anticorps monoclonaux : anti IgE 12
g. Corticoïdes oraux 12

I. 4. 2. Médicaments d'urgence 12

a. Bêta-2 mimétiques d'action rapide inhalés 13
b. Anticholinergique inhalé 13
c. Corticoïdes oraux 13
d. Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action par voie IV 13
e. Théophylline et dérivés 13

I. 4. 3. Autres 13

I. 5. Traitement de fond 13

I. 5. 1. Objectifs recherchés 14
I. 5. 2. Prise en charge médicamenteuse 14

a. Palier 1 14
b. Palier 2 15
c. Palier 3 15
d. Palier 4 16
e. Palier 5 16

I. 5. 3. Diminution du traitement 16

I. 6. Traitement de la crise 16

I. 6. 1. Prise en charge hospitalière 17

a. Traitement initial 19
b. Évaluation de la réponse thérapeutique 19
c. Orientation du patient 19
d. Retour à domicile

I. 6. 1. Prise en charge ambulatoire 19
19

I. 7. Suivi 20
I. 7. 1. Examens complémentaires 20
a. Débit expiratoire de pointe (DEP) 20
b. Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) 20
I. 7. 2. Suivi du traitement 20
I. 7. 3. Plan d'action 21
I. 7. 4. Rythme des consultations 21

I. 8. Éducation thérapeutique 22
I. 9. Problématique 23
I. 9. 1. État des lieux 23
I. 9. 2. Prise en charge thérapeutique 23
I. 9. 3. Suivi et éducation thérapeutique 24
I. 9. 4. Objectif de l'étude 24

II. MATERIEL ET METHODES..... 25
II. 1. Choix de la méthode 25
II. 1. 1. Méthode qualitative 25
II. 1. 2. Entretiens individuels semi-dirigés 25
II. 2. Caractéristiques des chercheurs 25
II. 3. Choix de la population 25
II. 3. 1. Critères d'inclusion et d'exclusion 25
II. 3. 2. Recrutement des médecins 25
II. 3. 3. Taille de l'échantillon 26
II. 4. Élaboration du guide d'entretien et réalisation des entretiens 26
II. 5. Retranscription des entretiens 26
II. 6. Relecture des entretiens par les médecins participants 27
II. 7. Méthode d'analyse des données 27

III. RESULTATS 28
III. 1. Caractéristiques de la population étudiée 28
III. 2. Caractéristiques des entretiens 29
III. 3. Résultats de l'analyse qualitative des données 30
III. 3. 1. les critères de suivi de l'asthme 30
III. 3. 1. 1. à l'interrogatoire 30
III. 3. 1. 2. à l'examen physique 32
III. 3. 1. 3. le rythme des consultations 33
III. 3. 1. 4. le renouvellement d'ordonnance en fin ou hors consultation 33
III. 3. 1. 5. L'éducation thérapeutique 34
III. 3. 1. 6. Le recours au spécialiste 35
III. 3. 2. Les objectifs recherchés par le patient selon leur médecin généraliste 36
III. 3. 3. les obstacles au suivi de l'asthme 38
III. 3. 3. 1. le médecin 38
- L'organisation des soins 38
- relationnel 39
- clinique de l'asthme 40
- spécifique au DEP 40

- Éducation thérapeutique 42
- Médicaments 42
- formations des médecins non à jour. 43

III. 3. 3. 2. le patient 43

- terrain 43
- Acceptation de la maladie 44
- gestion de la crise 45
- La prise médicamenteuse 46

III. 3. 3. 2. les autres intervenants. 47

- pneumologue 47
- hôpital 48
- pharmacie 48

III. 3. 4. les propositions d'amélioration du suivi 48

- formation des médecins généralistes 48
- documentation rapide informatisée ou non 48
- renforcement de l'éducation thérapeutique 49
- EFR au cabinet du médecin généraliste 49
- DEP à domicile 49
- nouveau traitement de fond 50
- pharmacie 50

50

IV. DISCUSSION..... 51

IV. 1. Force de l'étude 51

IV. 2. Faiblesse de l'étude 52

IV. 3. L'acceptation et éducation de la maladie asthmatique 52

IV. 3. 1. La vision de la maladie asthmatique 52

IV. 3. 1. 1. La représentation des médecins du suivi d'un asthmatique 52

IV. 3. 1. 1. Le patient serait l'un des principaux obstacles d'après les médecins interviewés 53

IV. 3. 2. Les attentes des patients parfois floues pour le médecins 54

IV. 3. 3. l'éducation thérapeutique 54

IV. 4. Les obstacles liés au système de santé 55

IV. 4. 1. L'organisation des soins 55

IV. 4. 2. Les sources d'information concernant le suivi de l'asthme 56

IV. 5. Les obstacles spécifique à l'asthme 57

IV. 5. 1. Obstacles gênant la prise en charge par le médecin généraliste 57

IV. 5. 2. Obstacles gênant la participation active du patient 58

IV. 6. Le terrain du patient 58

IV. 6. 1. L'environnement 58

IV. 6. 2. Les pathologies associées 59

IV. 7. Les aides extérieures des médecins généralistes pour faciliter le suivi 59

IV. 7. 1. Les services extérieures d'éducation thérapeutique 59

IV. 7. 2. Les pneumologues 60

IV. 7. 3. Les pharmacies 61

IV. 8. Le développement des aides des médecins généralistes comme voie d'amélioration du suivi 61

V. CONCLUSION ….... 63

VI. BIBLIOGRAPHIE..... 64

VII. ANNEXE..... 68
RESUME
ABSTRACT
MOTS CLES

I. INTRODUCTION

I. 1. Épidémiologie

I. 1. 1. Prévalence de l'asthme

Selon l'OMC, environ 235 millions de personnes dans le monde seraient asthmatiques, ce qui correspond à la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant [1]. Il est estimé que la prévalence mondiale dépasse les 10%, mais ce chiffre varie en fonction des pays et suit l'urbanisation et l'occidentalisation des modes de vie. Par conséquent, on peut prévoir une augmentation significative sur les prochaines décennies.

En France, les données sur la prévalence ont été fournies par des enquêtes déclaratives réalisées entre 1995 et 2005. Chez l'adulte, 4,4 % des personnes âgées d'au moins 15 ans interrogées dans le cadre de l'enquête décennale santé 2003 ont déclaré avoir eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois, 4,6 % ont déclaré prendre actuellement un traitement pour l'asthme, soit une prévalence de l'asthme actuel estimée à 6,0 % (Tableau 1) [2]. L'enquête santé et protection sociale estimait en 1998 la prévalence de l'asthme actuel, tous âges confondus, à 5,8 %, soit environ 3,5 millions de personnes dont la moitie souffraient d'asthme persistant [3]. En 2006, la prévalence de l'asthme actuel était estimée à 6,7 % [4].

Tableau 1 - Prévalence de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez l'adulte enquête décennale santé 2003 (20 649 adultes âgés de 15 ans ou plus, France métropolitaine)

	Enquête décennale 2003
Symptômes au cours des 12 derniers mois (%)	
Sifflements	12,0
Sifflements avec essoufflement	8,0
Sifflements en dehors du rhume	6,5
Réveils avec gêne respiratoire	14,3
Réveils par crise d'essoufflement	4,5
Réveils par quinte de toux	24,2
Asthme (%)	
Crise d'asthme au cours des 12 derniers mois	4,4
Traitement actuel pour asthme	4,6
Asthme actuel[a]	6,0

obtenu du site internet officiel du DREES

Il y a 20 ans celle ci était de 2 à 3 % [5]. Le retentissement sur le vie quotidienne de la population, sur les systèmes de santé et donc les coûts sont en constante augmentation.
Une étude plus récente réalisée chez des enfants de maternelle montre une augmentation significative de la prévalence des symptômes évoquant un asthme (tableau 2) [6]

Tableau 2 - Prévalence de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez les élèves de grande section de maternelle, enquête nationale de santé en milieu scolaire 2005-2006 et 2012-2013, France métropolitaine et DOM

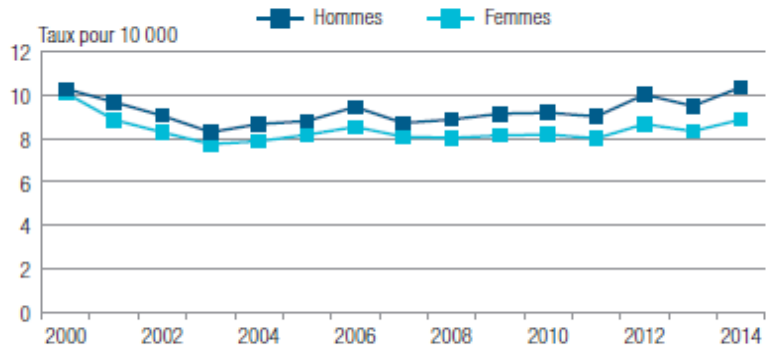
	Enquête 2005-2006	Enquête 2012-2013
Symptômes au cours des 12 derniers mois (%)		
Sifflements	10,7	11,8
Sifflements à l'effort	2,8	3,2
Toux sèche nocturne	12,6	14,7
Asthme (%)		
Asthme vie	9,8	11,0
Traitement au cours des 12 derniers mois[a]	9,9	11,0

obtenu du site internet officiel du DREES

I. 1. 2. Hospitalisation

On estime à un peu plus de 64000 séjours hospitaliers pour asthme en France. Deux tiers de ces hospitalisations concernent des enfants de moins de 15 ans. On observe une diminution des hospitalisations dans les années 2000 mais au cours des dernières années, on peut noter une ré-ascension de ce chiffre (figure 2). En analysant par tranche d'âge, le chiffre reste inchangé pour les plus de 15 ans mais reste en augmentation pour les moins de 15 ans [7]

Figure 1 :
Évolution des taux annuels standardisés* d'hospitalisation pour asthme, tous âges, entre 2000 et 2014

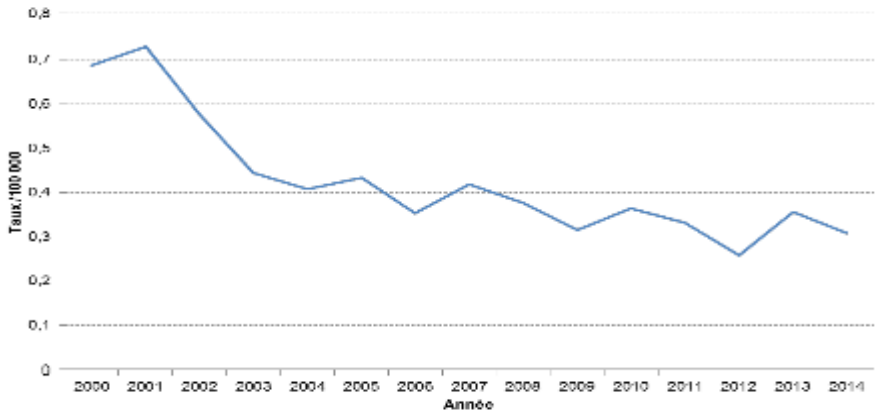


*Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population France 2012.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

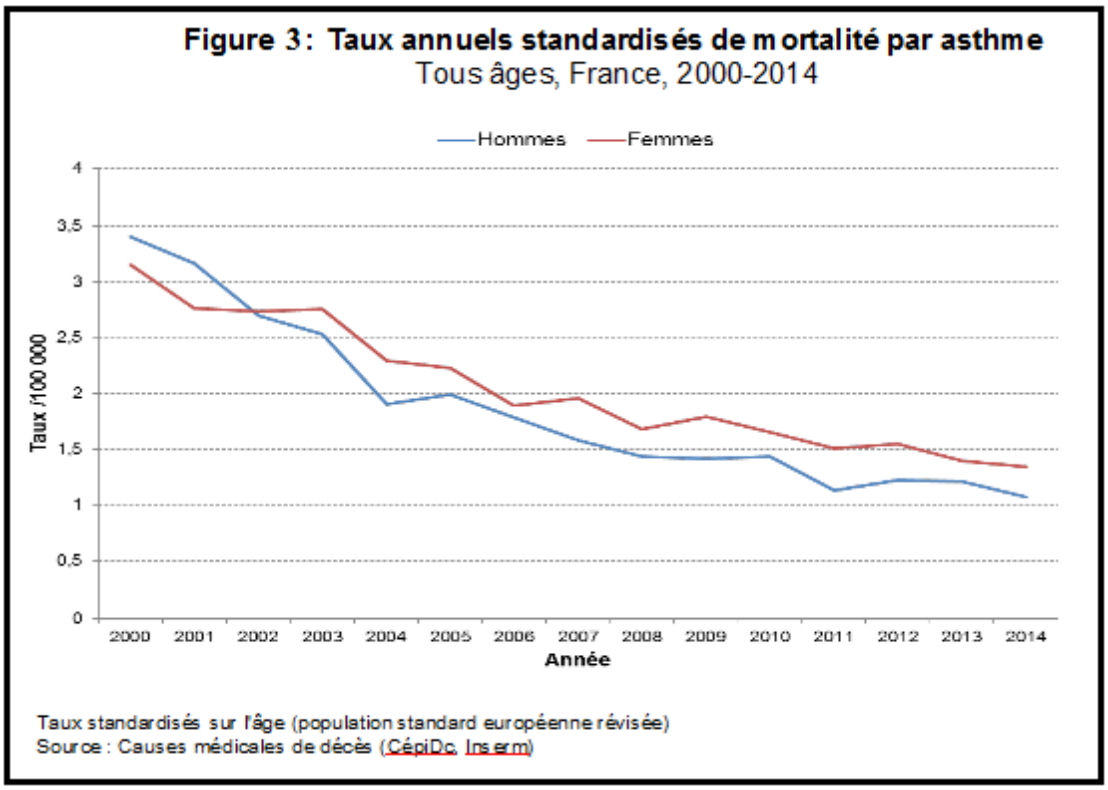
I. 1. 3. Mortalité

En France, 883 décès par asthme ont été enregistrés durant l'année 2013. Le taux brut de mortalité par asthme est de 1,34/100000 personnes tous âges confondus de plus de 45 ans et de 0,17/100000 personnes âgées de moins de 45 ans [7] alors qu'entre 2000 et 2008 on estimait à 1200 en moyenne le nombre de décès par asthme [8] : les taux de mortalité par asthme, contrairement à la prévalence, ont diminué depuis l'an 2000, chez les hommes comme chez les femmes (figure 2 et 3). Par rapport aux autres pays européens, la France occupait en 2010 une position moyenne en se basant sur le taux standardisé de mortalité par asthme tous âges confondus d'Eurostat.

Figure 2 : Taux annuels standardisés de mortalité par asthme
Enfants et adultes <45 ans, France, 2000-2014



Taux standardisés sur l'âge (population standard européenne révisée)
Source : Causes médicales de décès (CépiDc, Inserm)



I. 1. 4. Coût

Le coût financier de l'asthme repose sur les actions directes (consultation médecins généraliste et spécialiste, médicaments et hospitalisations) ainsi que sur les conséquences indirectes (diminution du temps de travail, décès prématuré,...)
En France, le montant total était estimé à 7 milliards de francs soit 1,1 milliard d'euros en 1994 et cette estimation a été revue à la hausse en 2002 pour 1,5 milliards d'euros [9]
Le coût moyen annuel est de 631 ± 299 euros par patient, soit 298 euros pour les patients stables, 1052 pour ceux ayant fait au moins une crise et 3811 pour ceux hospitalisés dans l'année. Un meilleur contrôle de la maladie en ambulatoire permet une nette diminution des coûts (bien supérieur à une amélioration des soins d'urgence et hospitalier) [10]

I. 2. La maladie asthmatique

I. 2. 1. Définition

En 2010, l'organisation mondiale pour la santé propose cette définition pour caractériser l'asthme :
« Affection caractérisée par des crises de dyspnée déclenchées par différents agents ou par l'exercice accompagnées par des signes cliniques d'obstruction totalement ou partiellement réversibles entre les crises. Cette obstruction correspond a un accroissement subit des résistances des voies aériennes lié à des mécanismes immunologiques ou non. »

I. 2. 2. Physiopathologie

L'inflammation bronchique est due aux nombreuses cellules inflammatoires qui infiltrent le chorion bronchique (macrophages, lymphocytes, éosinophiles, neutrophiles).
Les éosinophiles sont les principaux acteurs de cette inflammation en libérant des protéines cytotoxiques pour l'épithélium (Major Basic Protein et Eosinophilic Cationic Protein).
Les lymphocytes de la muqueuse bronchique ont une polarisation Th-2 caractérisée par la production des cytokines IL-4 (impliquée dans la production d'IgE par les lymphocytes B), IL-5 (pouvoir chimiotactique pour les éosinophiles) et IL-13. Cette polarisation Th-2 s'oppose à la polarisation Th-1 caractérisée par la production d'IL-2 et INF Gamma rencontrée lors de à la réponse

immunitaire anti-infectieuse. Ces 2 types de réponses sont exclusives (la réponse Th-2 inhibe la réponse Th-1 et inversement).

Cette réaction entraîne une hyperperméabilisation des vaisseaux de la sous muqueuse responsable d'un **œdème de la muqueuse** et d'**hypersécrétion dans la lumière bronchique** ainsi qu'une **contractibilité excessive du muscle lisse bronchique** en réponse des agressions bronchiques participant à l'hyperactivité bronchique.
Lors de l'exposition à un allergène ou toxique, l'hyperactivité bronchique s'aggrave entretenant l'inflammation et majorant l'obstruction bronchique ce qui se traduit par l'apparition des signes cliniques.

Au long terme, la persistance de l'inflammation conduit à un remodelage bronchique caractérisé par une fibrose des petites voies aériennes et une altération de leur géométrie (distorsions bronchiques) responsables d'un trouble ventilatoire obstructif fixé.

I. 2. 3. Diagnostic

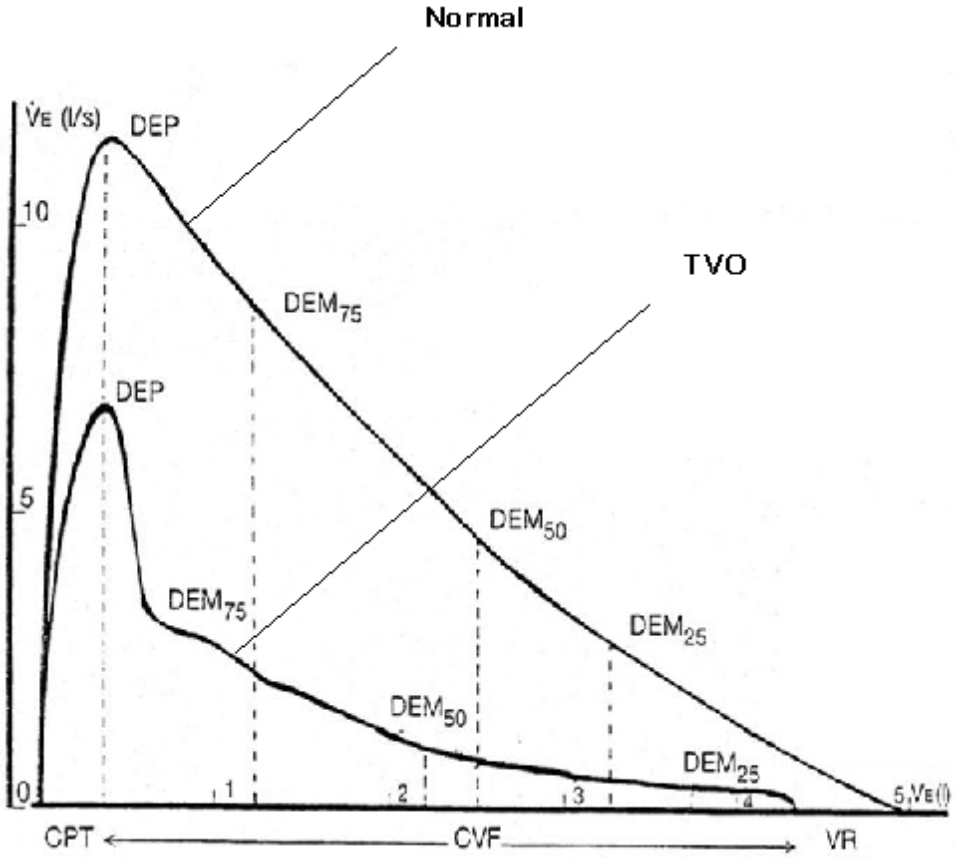
■ Diagnostic clinique

La **dyspnée**, la **toux**, les **sifflements** et l'**obstruction thoracique** sont les maîtres symptômes, qui peuvent parfois apparaître exclusivement la nuit ou à l'effort.
De manière isolée, la respiration sifflante est décrite comme le symptôme le plus sensible (75%) mais pour une spécificité de seulement 87%. L'obstruction thoracique nocturne, la dyspnée à l'effort et la toux nocturne ont quant à eux une spécificité > 90%. La dyspnée avec une respiration sifflante ainsi que la dyspnée nocturne ont la meilleure valeur prédictive positive, c'est à dire respectivement 23,9% et 21,5%.
Par contre en associant les symptômes, la respiration sifflante combinée à 2 des 3 symptômes nocturnes (l'obstruction thoracique, nocturne, la dyspnée nocturne et la toux nocturne) ont une sensibilité de 80% tandis que la respiration sifflante accompagnée d'une dyspnée de repos a une valeur prédictive positive de 42%.
La respiration sifflante accompagnée de 2 symptômes nocturnes a le meilleur Youden Index à 0,66 [11].

■ Diagnostic fonctionnel

Pour obtenir un diagnostic de certitude, la confirmation d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO) avec une exploration fonctionnelle respiratoire est incontournable.
Cette exploration peut être réalisée par divers moyens notamment les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) qui permettent de mesurer le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et d'autre part la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP).
Les EFR sont clairement l'examen le plus informatif pour caractériser un TVO réversible. Notamment avec l'une des techniques les plus utilisées, la courbe débit-volume qui permet de visualiser les débits expiratoires instantanés en fonction des volumes pulmonaires.

Figure 4 : Courbe débit-volume avec TVO



Chez l'asthmatique, l'obstruction des bronches due à l'inflammation entraîne un effondrement des débits expirés donnant un aspect concave de la courbe. Le TVO est objectivé par un coefficient de Tiffeneau (rapport du VMES par la capacité vitale forcée (CVF)) < 70%.

La mesure de la DEP à l'aide d'un débitmètre de pointe ou peak flow en anglais permet d'estimer, elle aussi, la présence d'une obstruction bronchique en comparant à la valeur théorique calculée en fonction de l'âge et du sexe du patient. En cas de TVO, sa valeur diminue comme on peut le voir sur la figure 3. Au vu du caractère réversible de l'obstruction, précisé dans la définition de l'OMS de l'asthme, l'observation d'une amélioration de la DEP après la prise d'un bronchodilatateur est un argument supplémentaire en faveur de l'asthme. Par contre, cette mesure seule ne peut se substituer à une surveillance régulière à l'aide d'EFR.

■ Classification de l'asthme

Contrôle :
La classification du contrôle de l'asthme représente 3 niveaux : contrôlé, partiellement contrôlé et non contrôlé. Cette évaluation dépend des signes cliniques respiratoires et de leur retentissement présents 4 semaines avant l'examen.

Tableau 3 : Évaluation du contrôle des symptômes et du risque ultérieur [12]

A. Degré de contrôle des symptomes asthmatiques		
Sur les 4 dernières semaines	**Contrôlé** (tous les critères présents)	**Partiellement contrôlé** (1-2 critères présents) **ou** **non contrôlé** (≥3 critères présents)
Symptômes diurnes	≤2 x/semaine	>2 x/semaine
Limitation des activités	Aucune	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Aucun	Tout symptôme nocturne
Traitement de secours	≤2 x/semaine	>2 x/semaine
B. Facteurs de risques d'évolution négative de l'asthme		
les facteurs de risques d'apparition d'une exacerbation sont : le mauvais contrôle clinique, une mauvaise observance ou non prescription des corticoïdes inhalés, une surconsommation des bronchodilatateurs d'action rapide, un VEMS faible, problèmes psychologiques ou sociaux, exposition à la fumée de cigarette, obésité, rhino-sinusite, grossesse La présence d'un ou plusieurs de ces facteurs est un risque même pour un asthme bien controlé		

tableau réalisé en se basant sur les données du GINA 2018

Bien que moins connues, il existe d'autres échelles de surveillance de l'asthme sous forme de questionnaire pouvant facilement être rempli par le médecin, patient ou pharmacien (Asthma Control Test (ACT), Asthma Control Questionnaire (ACQ), Asthma therapy assessment questionnaire et sathma control scoring system) (Annexe 1).

Gravité :

La gravité d'une crise ou exacerbation définit l'importance de la gêne et le risque immédiat encouru (tableau 5)

Sévérité :

La sévérité est une évaluation rétrospective sur la thérapeutique minimale nécessaire à l'obtention d'un bon équilibre de la maladie à évaluer sur 6 à 12 mois d'où l'importance des EFR 3 à 6 mois après changement ou initialisation d'un traitement de fond.

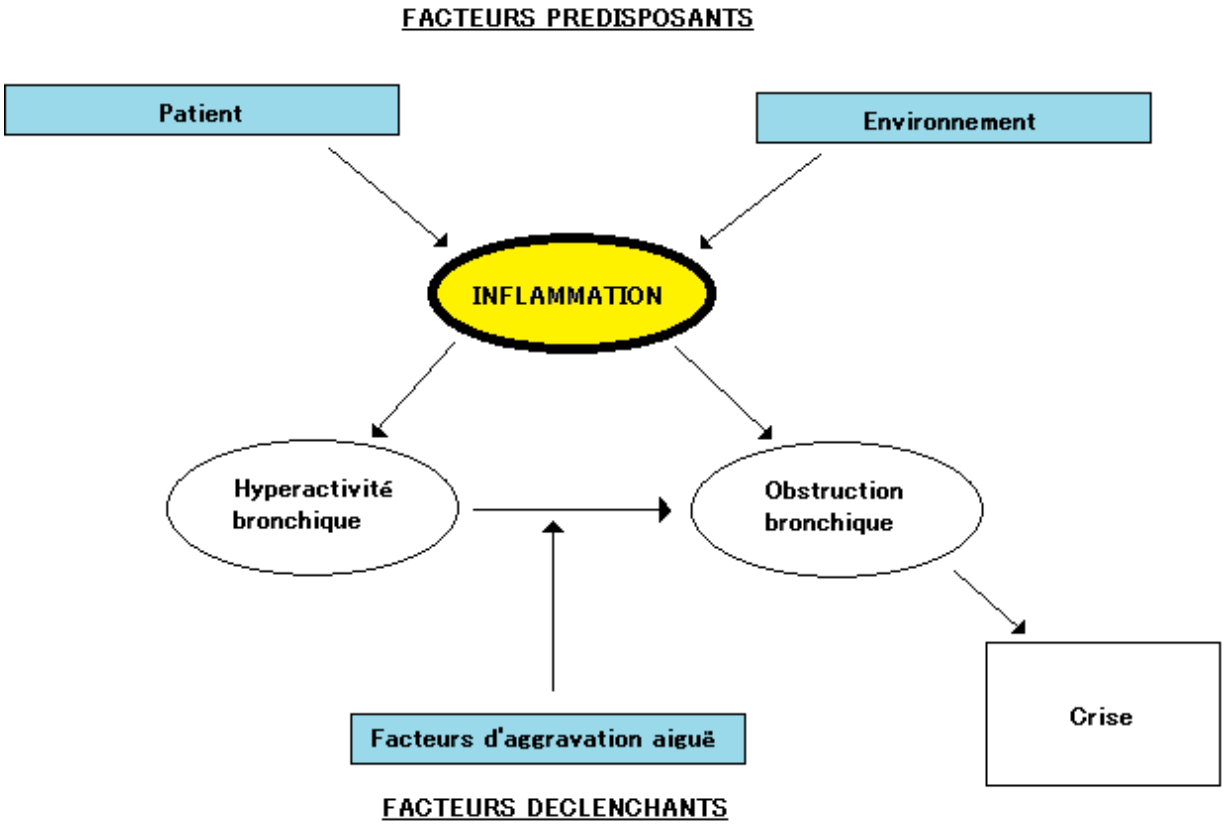
- Un asthme léger est contrôlé avec les étapes 1 et 2 du traitement soit un bronchodilatateur d'action rapide avec ou sans un corticoïde inhalé à petite dose.
- Une asthme modéré est contrôlé avec l'étape 3, c'est à dire un corticoïde inhalé à petite dose avec un bronchodilatateur à longue durée d'action.
- Un asthme sévère nécessite les étapes 4 ou 5 soit un corticoïde inhalé à forte dose avec bronchodilatateur à longue durée d'action pour prévenir la perte de contrôle ou qui reste incontrôlé malgré ce traitement.

(figure 7) [12]

■ Étiologie

L'asthme a une forte interactivité avec l'environnement du patient et les prédispositions de ce dernier. On peut donc diviser les facteurs de risques en deux catégories : les facteurs prédisposants qui favorisent l'apparition d'un asthme et les facteurs déclenchants qui peuvent influencer la fréquence et parfois aussi la gravité des crises.

Figure 5 : Facteurs de risques de l'asthme



Facteurs prédisposants :

Liés à l'hôte :
- il existe une prédisposition génétique à l'asthme surtout en cas d'asthme allergique, d'eczéma, de coryza ou d'allergie alimentaire ou médicamenteuse dans l'histoire familiale [12]
- une étude publiée en 2013 mettait aussi en évidence une prédisposition à l'asthme chez le patient obèse [13].

Liés à l'environnement :
- L'interaction entre l'environnement et le risque de développement d'un asthme est d'autant plus important lorsque l'exposition survient dans la petite enfance ou même in-utéro. De multiples facteurs environnementaux, à la fois biologiques et sociologiques, peuvent jouer un rôle important dans l'apparition d'un asthme. Les études retrouvaient comme principaux facteurs de risques environnementaux : l'alimentation, la présence d'allergènes ou de polluants, microbes, l'antibiothérapie dans le jeune âge et facteurs psychosociaux.
- Les carences vitaminiques sont un facteur de risque chez le jeune enfant [14].
- Il y a une corrélation directe entre l'exposition aux pneumallergènes (acariens, poussière, pollens,...) dans l'enfance et le développement d'un asthme avec une augmentation significative du risque de celui-ci [15] tandis que l'exposition aux poils de chien et chat dans le jeune âge donne des résultats dissonants avec certaines études montrant une augmentation du risque [16] et d'autres une diminution [17].
- parmi les polluants, l'exposition au tabac est le principal facteur de risque autant dans le jeune âge que durant la grossesse [18][19].

Facteurs déclenchants :
Facteurs immuno-allergiques :
Les allergènes peuvent possiblement déclencher une hyper-réaction bronchique immunitaire par l'intermédiaire des IgE. Les patients sont sensibilisés durant un premier contact puis déclenchent la

réaction lors des expositions suivantes. C'est comme cela, par exemple, que certains patients font des crises d'asthme saisonnières en suivant le rythme des pollens.

Virus
Les virus ont une grande importance dans le déclenchement des crises mais le type de virus concerné varie en fonction de l'âge. Chez l'enfant de moins de 2 ans, le virus respiratoire syncytial (VRS) est le principal acteur. Chez l'enfant après 2 ans, les principales causes sont le parainfluenzae, le coronavirus et le mycoplasma pneumoniae. Enfin chez l'adulte, il s'agit du virus de la grippe.

Bactérie
Les infections bactériennes sont moins fréquentes que les virus mais peuvent être un critère de comorbidité jouant sur la gravité de la crise comme par exemple la rhino-sinusite chronique.

Pollution atmosphérique
Les gaz et microparticules (SO2, NO2, O3...) secondaires à la pollution qu'elle soit industrielle ou domestique est un facteur déclenchant longtemps ignoré et maintenant reconnu comme à risque [21].

Tabac
Une fois l'enfance passée, le tabac n'est plus un facteur de risque de développement d'un asthme par contre il augmente la sévérité d'un asthme existant en diminuant l'efficacité thérapeutique des β-2 mimétiques et des corticoïdes inhalés [22][23], augmente la gravité des exacerbations, diminue le contrôle en augmentant la fréquence des crises [24]

Stress
Un stress aigu peut provoquer un contraction des muscles périphériques des bronches et déclencher une crise d'asthme peu importe l'origine de ce stress. Par contre, une dyspnée étant particulièrement anxiogène, le stress peut facilement devenir un cercle vicieux aggravant une crise.

autre
activité physique, RGO, hormones sexuelles féminines naturelles ou non, certaines familles médicamenteuses.

I. 3. Crise d'asthme, exacerbation et asthme aigu grave

I. 3. 1. Définition

Une **crise d'asthme** est définie comme un épisode paroxystique de durée brève, de l'ordre de plusieurs minutes, cédant en général en moins de 20 min (<1 jour).

En cas d'enchaînement de crise d'asthme subintrante sur une période de quelques jours, on utilise le terme d'**exacerbation**. Il s'agit d'une augmentation progressive des symptômes sans retour à la normale et diminution progressive de la fonction respiratoire en lien avec une obstruction bronchique. Elle est estimé grave si elle nécessite la prise d'une corticothérapie orale ou si le DEP a chuté de plus de 30% au dessous des valeurs initiales pendant 2 jours consécutifs. Elle peut aboutir à un asthme aigu grave (AAG) en cas d'insuffisance thérapeutique, c'est à dire à une détresse respiratoire aiguë liée à l'intensité de l'obstruction bronchique et ses conséquences hémodynamiques et neurologiques. Une exacerbation grave peut survenir même chez un patient avec un asthme léger bien contrôlé.

Dès que le pronostic vital est en jeu, on parle d'**asthme aigu grave**. A cela correspond deux situations, soit il s'agit d'un état de mal asthmatique qui s'est installé progressivement en quelques heures ou jours, le plus souvent due à une négligence de la gravité, soit il s'agit d'une crise d'asthme d'emblée brutale et grave où le bronchospasme joue un rôle majeur. Ce dernier cas est plus rare mais est la cause la plus fréquente de décès brutaux par asthme.

I. 3. 2. Facteurs de risque d'asthme aigu grave et de décès

Plusieurs facteurs sont spécifiques à l'augmentation du risque de décès par asthme. La présence d'un ou plusieurs de ces facteurs doit être rapidement identifiée et ces patients vivement encouragés à se rendre au plus tôt aux urgences en cas de signe d'exacerbation. A noter que la majorité de ses facteurs dépend de l'histoire de la maladie du patient et peuvent être identifiés longtemps avant l'éventuelle complication.

Tableau 4 : facteurs augmentant le risque de décès par asthme [12][25]

=> Antécédents d'asthme "presque fatal" ou de séjour en réanimation pour asthme => Hospitalisation ou prise en charge aux urgences de son asthme il y a moins d'un an => Utilisant actuellement ou ayant récemment (dans les 3 mois) arrêté un corticoïde oral (témoin de la gravité d'un épisode) => Pas d'utilisation actuellement de corticoïdes inhalés => Surconsommation de bronchodilatateur d'action rapide, soit plus d'un flacon de salbutamol (ou équivalent) par mois => Antécédents de maladie psychiatrique ou problèmes psychosociaux => Mauvaise observance ou déni de la maladie => allergie alimentaire chez un patient asthmatique [26]

tableau réalisé en se basant sur les données du GINA 2018

I. 3. 3. Gravité

Tableau 5 : gravité des crises et exacerbations [12]				
	légère	**modérée**	**Sévère (asthme aigu grave)**	**Menace vitale immédiate (asthme aigu grave)**
Clinique				
Dyspnée	Simple gêne (marche) Peut s'allonger	En parlant Préfère être assis	Au repos Penché en avant	Respiration superficielle
Parole	Normale	Phrases	Mots	
Vigilance	Peut être agité	Habituellement agité	Habituellement agité	Somnolent ou confus
Sifflements	Modérés de fin d'expiration	Forts Pendant toute l'expiration	Habituellement forts Pendant l'expiration et l'inspiration	Thorax silencieux
Fréquence respiratoire	Augmentée	Augmentée	souvent > 30/min	> 30/min puis Bradypnée
Muscles respiratoires accessoires	Habituellement pas	Habituel	Habituel	Respiration thoraco-abdominale paradoxale
Fréquence cardiaque	< 100/min	100-120/min	> 120/min	Bradycardie
Autres			Pouls paradoxal (PP) > 25 mmHg	Absence PP Suggère fatigue muscles respiratoires
				Cyanose
				Hypotension
				Épuisement, confusion, coma
DEP (mesuré en % de la valeur théorique ou de la meilleure valeur connue du malade)	> 80 %	60-80 %	< 60 % ou < 100L/min ou réponse aux BD < 2h	< 33 % le plus souvent non mesurable
Gaz du sang				
PaO2 en air ambiant	Normale (non mesurée)	> 60 mmHg	< 60 mmHg	
SatO2 en air ambiant	> 95 %	91-95 %	< 90 %	
PaCO2			> 45 mmHg	

Tableau issu du diaporama d'un cours de pneumologie de CAEN, complété et mis à jour selon les données du GINA 2018

I. 4. Médicaments de l'asthme

I. 4. 1. Médicaments de contrôle

a. Corticostéroïde inhalé (ICS)

Les corticoïdes inhalés sont une des bases médicamenteuses de l'asthme.
De multiples études ont mis en évidence une diminution du nombre de consultation aux urgences et d'hospitalisation ainsi qu'une diminution du risque d'exacerbations graves, comme une étude rétrospective de cohorte réalisée aux États-Unis, estimant la réduction du nombre d'hospitalisation de 50% chez les patients utilisant un ICS [27]
De plus, comme cité précédemment dans les facteurs de risque de décès par asthme, la prise d'ICS diminue significativement le risque d'évolution vers un asthme aigu grave [25][28]. Les corticoïdes oraux sont moins utilisés et les patients vivent plus de jours asymptomatiques [29]

Tableau 6 : posologies journalières de corticostéroïde inhalé chez l'adulte (en µg/j) [12]

Molécules	**Dose « faible »**	**Dose « modérée »**	**Dose « forte »**
Beclometasone dipropionate (gaz : chlorofluorocarbone)	200-500	>500-1000	>1000
Beclometasone dipropionate (gaz : hydrofluoroalkane)	100-200	>200-400	>400
Budésonide	200-400	>400-800	>800
Ciclesonide	80-160	>160-320	>320
Fluticasone furoate	100	n.a.	200
Fluticasone propionate	100-250	>250-500	>500
Fluticasone propionate(gaz : hydrofluoroalkane)	100-250	>250-500	>500
Mometasone furoate	110-220	>220-440	>440
Triacinolone acetonide	400-1000	>1000-2000	>2000

tableau réalisé en se basant sur les données du GINA 2018

L'efficacité thérapeutique est visible habituellement au bout de quelques jours de traitement et atteint son plein potentiel après plusieurs semaines. Il ne s'agit donc pas d'un traitement de la crise.
Les effets secondaires locaux sont assez fréquents avec apparition de mycose bucco-pharyngé ou de dysphonie, par contre les effets secondaires systémiques sont plutôt exceptionnels bien que le risque augmente en cas d'utilisation prolongée des fortes doses [12]. Le médecin recherchera donc la dose minimale efficace.

b. Bêta-2 mimétiques de longue durée d'action (BALA) inhalés

Les Bêta-2 mimétiques ou Bêta-2 agonistes sont actuellement les bronchodilatateurs les plus efficaces. Le mécanisme d'action des bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques est en rapport avec leur propriété agoniste spécifique des récepteurs bêta-2 du muscle lisse bronchique. La formation du complexe agoniste-récepteur induit une cascade d'activation de protéines cytoplasmiques aboutissant à une relaxation rapide, en quelques minutes, du muscle lisse bronchique. L'activation des récepteurs bêta-2 adrénergiques persiste pendant 12 à 24 heures pour celles de longue durée d'action. Il n'existe pas de corrélation entre concentration plasmatique et durée d'action ou efficacité clinique.
Le rapport bénéfice-risque des bronchodilatateurs bêta-2 agonistes par voie inhalée est élevé car, par cette voie d'administration, les concentrations bronchiques sont élevées et les concentrations plasmatiques faibles. Il n'existe pas de contre-indication absolue à l'administration de telles

thérapeutiques par voie inhalée, hormis de rarissimes cas d'allergie à l'un des constituants. Par contre, les bêta-2 mimétiques à longue durée d'action n'ont pas leur place en traitement de fond s'ils ne sont pas associés à un corticoïde inhalé.
En pratique courante, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont les tremblements des extrémités, les palpitations et la tachycardie sinusale. L'utilisation de bêta-2 mimétiques d'action prolongée doit donc être prudente chez les sujets affectés d'hyperthyroïdie ou de pathologie cardiovasculaire sévère.

c. Association ICS + Bêta-2 mimétiques

De nombreuses associations sont présentes sur le marché. Le but de ces associations serait de faciliter la prise et donc l'observance des produits.
Par contre, une étude suisse de 2003, menée auprès de 320 asthmatiques pendant 12 mois, montrait une absence de supériorité de l'efficacité ou de la bonne prise des associations par rapport à la prises des produits séparément. Le seul bénéfice étant un prix réduit [30]. L'HAS arrivait à la même conclusion dans sa description des associations médicamenteuse dans le traitement de l'asthme en 2015 mais sans préciser les études le prouvant

d. Antileucotriène

Les leucotriènes (métabolites de l'acide arachidonique) sont de puissants médiateurs inflammatoires sécrétés au niveau des bronches dans l'asthme aigu (mastocytes) et dans l'asthme chronique (éosinophiles). D'une part, ils provoquent un effet direct sur les bronches, causant principalement une bronchoconstriction, mais aussi une augmentation de la perméabilité capillaire et de la sécrétion de mucus, ainsi qu'une hypertrophie des muscles lisses, anomalies retrouvées dans l'asthme. D'autre part, ils exercent un chimiotactisme, attirant les cellules inflammatoires dans la muqueuse bronchique. En inhibant l'effet des leucotriènes, on aura donc un effet bronchodilatateur et anti-inflammatoire.
Il n'y a pas de contre-indications. La tolérance est en général très bonne, les effets secondaires mentionnés par les fabricants étant peu fréquents et relativement bien supportés.
Des études montraient une efficacité significative en monothérapie sur l'asthme persistant léger mais moins importante que les ICS [31][32].

e. Théophylline et dérivé

La théophylline agit au niveau des mouvements intracellulaires du calcium. Elle a une action bronchodilatatrice et renforce les muscles respiratoires. La bronchodilatation est par contre moins rapide et efficace que les Bêta-2 mimétiques. Elle ne peut être utilisée que par voie orale ou intraveineuse et les effets secondaires sont nombreux et fréquents. En France, son utilisation est maintenant plutôt rare.

f. Anticorps monoclonaux : anti IgE

L'Omalizumab (Xolair) est le traitement de référence de cette classe utilisable dans l'asthme. Il réduit le taux d'immunoglobuline E ainsi que la sensibilité du récepteur à cet immunoglobuline qui intervient dans les réactions allergiques. L'indication est très précise et se limite, selon l'HAS, au patient avec un asthme allergique persistant sévère [33].

g. Corticoïdes oraux

Les corticoïdes sont de puissants anti-inflammatoires en principe prescrits pour une courte durée en cas d'exacerbation en raison des multiples effets secondaires systémiques fréquents par rapport à la forme inhalée. L'utilisation au long court est donc limitée aux formes sévères avec un TVO important et non contrôlé par les ICS à forte dose.

I. 4. 2. Médicaments d'urgence

a. Bêta-2 mimétiques d'action rapide inhalés

Il s'agit de bronchodilatateurs avec un mécanisme d'action similaire au Bêta-2 mimétiques de longue durée d'action pour une réponse thérapeutique plus rapide de l'ordre de quelques minutes et une durée d'action plus courte de 4 à 6h. Une prise répétée est souvent nécessaire.

b. Anticholinergique inhalé

Les bronchodilatateurs anticholinergiques, sont des produits, qui permettent la dilatation des bronches, par une action anti-cholinergique, ou parasympathicolytique, sur les muscles lisses bronchiques.
L'effet bronchodilatateur des bronchodilatateurs anticholinergiques, en inhalation, concerne surtout les grosses bronches proximales, et il est plus retardé, mais plus prolongé que celui des bêta-2 stimulants, d'où leur association systématique avec ces derniers. La durée d'action est d'environ 4 heures.
Les principaux effets secondaires sont la sécheresse buccale et l'irritation pharyngée.

c. Corticoïdes oraux

Ils peuvent être prescrits pour une courte durée en cas d'exacerbation.

d. Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action par voie IV

Il n'y a aucune preuve scientifique de la supériorité de cette forme par rapport à la forme nébulisée. Elle n'a donc plus d'indication dans les dernières recommandations [12][34].

e. Théophylline et dérivés

La forme injectable de ce produit a elle aussi perdu son indication dans le traitement de la crise et de l'exacerbation au vu de l'absence d'efficacité par rapport aux Bêta-2 mimétiques seuls et la présence de multiples effets secondaires graves et potentiellement fatals [12][35]

I. 4. 3. Autres

La prise en charge et l'éviction ou contrôle des facteurs prédisposants et déclenchants, cités précédemment, a une place centrale dans le traitement de l'asthmatique.

I. 5. Traitement de fond

I. 5. 1. Objectifs recherchés

Le traitement de fond est donné avec trois objectifs en vue : la diminution voire disparition des crises, permettre au patient d'avoir une vie familiale, professionnelle et sportive normale en normalisant la fonction respiratoire et un traitement minimal efficace et bien toléré. On rentre alors dans un cycle nécessitant la collaboration du patient alternant entre évaluation, adaptation du traitement et appréciation de la réponse (figure 6). Le patient se retrouve alors à un palier de traitement dépendant du contrôle de son asthme.

Figure 6 : cycle de contrôle de l'asthme [12]

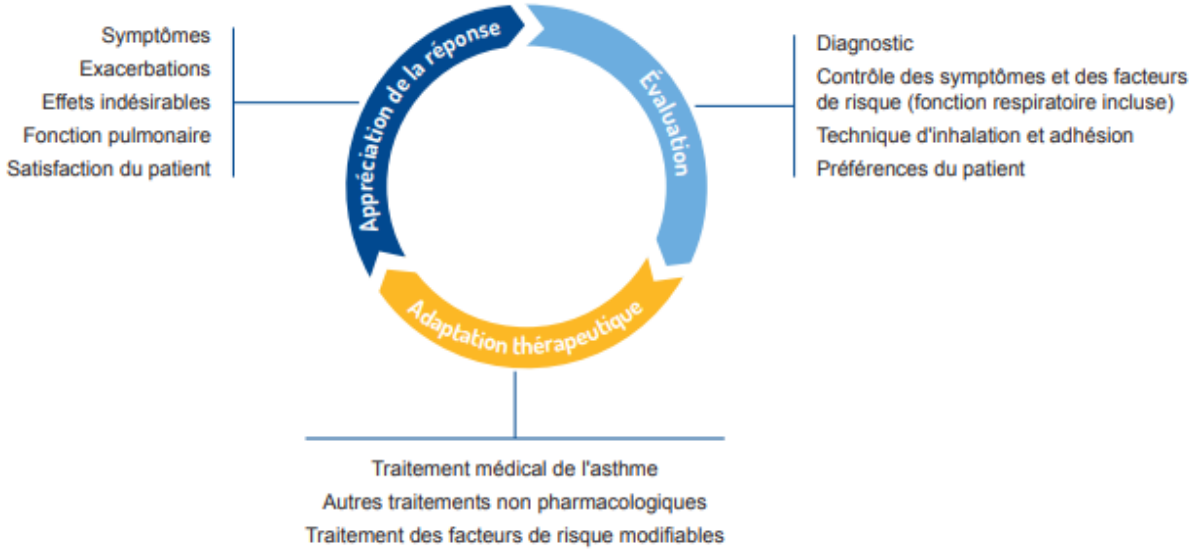


Figure réalisée en se basant sur les données du GINA 2018

I. 5. 2. Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge thérapeutique basée sur le contrôle de l'asthme conduit à l'élaboration de 5 paliers correspondant à l'importance du traitement et la sévérité de l'asthme. Chaque palier offre d'autres options thérapeutiques dont la plus lourde correspond au palier 5 et la plus légère au palier 1. Après changement de palier, une réévaluation à 1 à 3 mois est recommandée [12].

Figure 7 :

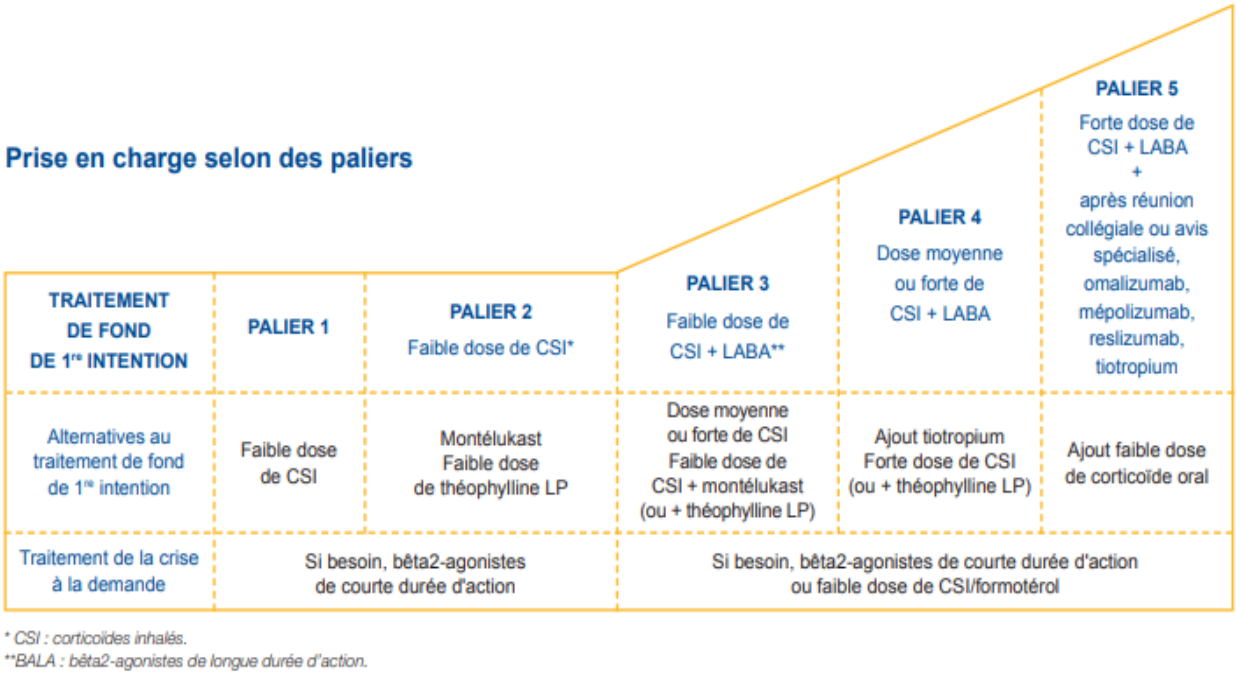


Figure réalisée en se basant sur les données du GINA 2018
Le palier 2 correspond communément à l'initialisation du traitement de fond mais, en cas de symptômes de l'asthme quotidien ou de réveil nocturne secondaire à l'asthme une fois par semaine, on peut discuter l'initialisation du traitement par un palier 3 surtout si il y a des facteurs de risque de gravité (tableau 3). Le palier 4 est même envisageable en cas de découverte de l'asthme par un asthme grave non contrôlé ou une exacerbation.
A chaque palier, est associé un bêta-2 mimétiques de courte durée d'action pour traiter une éventuelle crise mais son utilisation est censée rester épisodique chez un asthme contrôlé.

a. Palier 1

Le palier 1 signifie un traitement uniquement avec les Bêta-2 mimétiques d'action de courte durée. Cette option doit être réservée aux patients avec des symptômes diurnee occasionnels (moins de deux par mois) sans signe nocturne et avec une fonction pulmonaire normale. Mais au vu de la diminution prouvée du risque d'évolution vers une exacerbation grave, plusieurs discutent l'introduction des ICS dès ce stade [29][36]. Des symptômes d'asthme fréquents ou la présence de facteurs de risques de gravité nécessitent un palier supérieur.

b. Palier 2

L'introduction d'un corticoïde inhalé à faible dose en 1ere indication est recommandée. Les antileucotriènes, qui ont une efficacité moindre que les ICS [31][32], peuvent être proposés comme alternative chez les patients ne pouvant ou ne voulant pas utiliser les ICS.

c. Palier 3

L'option privilégiée à ce palier est l'association d'un ICS à faible dose avec un Bêta-2 mimétiques de longue durée d'action. Les alternatives possibles sont un ICS à moyenne ou forte dose ou une association d'un ICS à faible à dose à un antileucotriène. Un patient au palier 3 non contrôlé nécessite à une consultation spécialisée.

d. Palier 4

La proposition de choix est l'association d'un ICS à moyenne dose avec un Bêta-2 mimétiques à longue durée d'action ou l'association d'un ICS à faible dose avec le Formoterol avec prise de ce même produit en cas de gêne à la place du Bêta-2 mimétique de courte durée d'action. Cette dernière association a montré une meilleure réponse thérapeutique dans la diminution du nombre d'exacerbations que les mêmes doses d'ICS et autre BALA ou ICS à plus forte dose associé à la prise épisodique de bêta-2 mimétique de courte durée d'action. [37][38] Elle peut aussi éventuellement être proposée dès le palier 3 [12].

e. Palier 5

Le palier 5 appartient au domaine du spécialiste et peut s'ouvrir à d'autres options en face d'un palier 4 non contrôlé avec un traitement bien pris que ce soit l'observance ou la prise mécanique du produit. À ce stade, une corticothérapie orale peut être discutée avec tous les effets secondaires que cela implique. Les anti-IgE peuvent être une bonne alternative chez les patients avec un asthme allergique.

I. 5. 3. Diminution du traitement

Une fois le contrôle de l'asthme obtenu et maintenu pendant 3 mois et la fonction pulmonaire a atteint un plateau, le traitement de l'asthme peut souvent être diminué avec succès sans perte du contrôle. L'objectif est de maintenir un bon contrôle de l'asthme tout en minimisant le coût et les éventuels effets secondaires des traitements.
En cas de facteurs de risque d'exacerbation (tableau 3), il est recommandé de ne pas diminuer sans une surveillance rapprochée. Il est aussi préférable d'attendre en cas d'infection intercurrente, en cas de grossesse ou dans le cas d'un patient hors de son secteur.

Dans le cas d'un traitement de fond par ICS à moyenne ou forte dose, on peut entamer une diminution de 25 à 50 % par intervalle de 3 mois avec pour but un ICS à faible avec une seule prise journalière. L'arrêt complet de l'ICS n'est, par contre, pas recommandé devant le risque d'exacerbation [39].

En cas d'association avec un Bêta-2 mimétique de longue durée d'action, il convient de diminuer progressivement l'ICS comme ci dessus tout en gardant le Bêta-2 mimétique qu'on arrêtera éventuellement une fois la dose minimale d'ICS obtenue.

Devant une perte du bon contrôle de l'asthme, le traitement doit bien entendu être rétabli dans les meilleurs délais.

I. 6. Traitement de la crise

La prise en charge de la crise d'asthme aiguë, quelque soit le degré de gravité initial, est une urgence médicale susceptible de s'aggraver rapidement et de mettre en jeu le pronostic vital.
La prise en charge, en elle-même, est définie par la gravité de celle-ci. Il est donc important de reconnaître les signes de gravité très tôt ainsi que les facteurs de risque de décès par asthme (tableau 4) pour décider d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière.
Tout asthme aigu grave ou exacerbation grave doit être adressé à un centre hospitalier en urgence afin de pouvoir assurer une surveillance de la DEP, satO2 et des constantes, instaurer rapidement un traitement et en évaluer l'efficacité. Un asthme aigu modéré ou léger (tableau 5) peut être géré au cabinet à condition que le médecin ait les disponibilités nécessaires et puisse assurer la surveillance nécessaire pour attester d'une bonne réponse au traitement.

I. 6. 1. Prise en charge hospitalière

a. Traitement initial

La « trithérapie » associant oxygène, Bêta2 agoniste et corticoïdes est le point central du traitement de la crise d'asthme [40].
- L'objectif de l'oxygène est de maintenir une saturation en oxygène ≥ 92% (≥ 95% chez la femme enceinte et l'enfant). Par contre, une oxygénation excessive peut aggraver l'hypercapnie en cas de TVO important et doit donc rester prudente [41].
- Les Bêta-2 mimétiques à courte durée d'action doivent être prescrits tôt dans la survenue de la crise d'asthme. La meilleure prise du produit (autant la délivrance que le coût) est à l'aide d'un aérosol-doseur avec une chambre d'inhalation par rapport à une nébulisation [42][43]. Cette différence est moins évidente en cas d'asthme aigu grave. Actuellement, deux modes de prise s'affrontent entre une prise continue et une prise intermittente au rythme de 1 dose toute les 20 min soit 3 doses en 1 heure. Une méta-analyse combinant 6 études et 393 adultes en exacerbation montrait une absence de différence significative entre les deux procédés. [44] Par contre, une autre étude concernant des données un peu plus anciennes mettait en évidence une diminution des hospitalisations et une meilleure fonction pulmonaire en cas de traitement continu [45]. Les recommandations GINA 2018 conseillent une utilisation continue en traitement initial suivi d'une utilisation intermittente à la demande durant l'hospitalisation.
- Les anticholinergiques d'action rapide tel l'ipratropium gardent leur indication durant la crise en raison d'étude montrant une diminution du nombre d'hospitalisation et une amélioration de la fonction pulmonaire comparés au Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action seuls. [46]
- Les corticoïdes systémiques améliorent la vitesse de récupération des exacerbations et diminuent les risques de rechute [47] et montrent la meilleure efficacité en cas d'utilisation dans l'heure de la présentation aux urgences [48]. La réponse est tout aussi efficace par voie orale que intraveineuse, par contre la voie orale est à privilégier car plus rapide, moins invasive et moins chère. [49] Bien évidemment, en cas de dyspnée majeure ou d'une intubation la voie intraveineuse est à utiliser.

figure 8 : Conduite à tenir devant une exacerbation en milieu hospitalier [12]

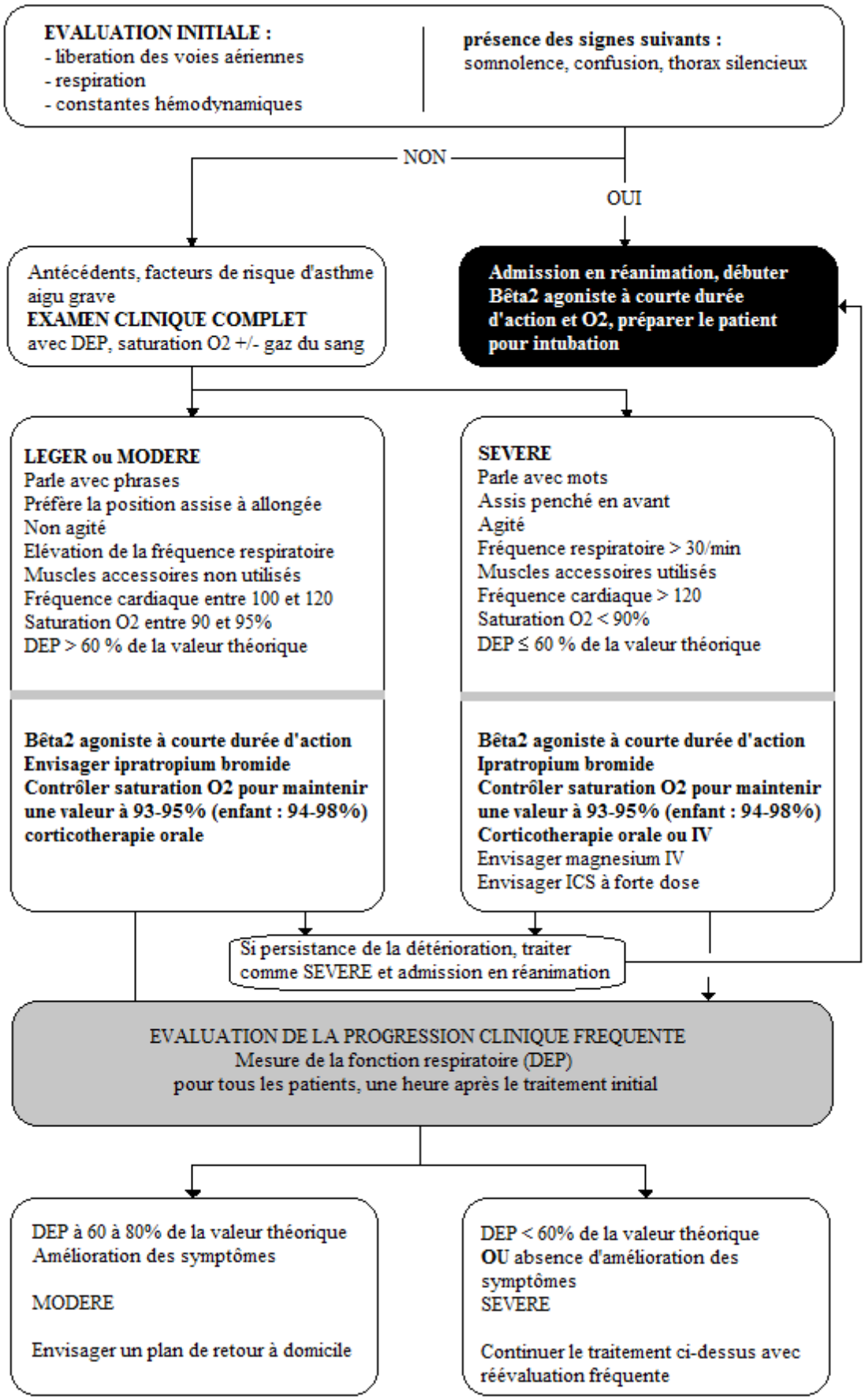


Figure réalisée en se basant sur les données du GINA 2018

b. Évaluation de la réponse thérapeutique

Une réévaluation, une heure après le début du traitement, est nécessaire pour tous les patients. [12] Elle se base sur l'examen clinique ainsi que sur le DEP, tout en gardant à l'esprit la présence ou non de facteur de risque de décès par asthme (tableau 4).
En fonction, les traitements doivent être continués ou majorés.

c. Orientation du patient

L'évaluation clinique à une heure de traitement est la meilleure pour décider d'une hospitalisation du patient. [50]
En cas d'une DEP antérieure au traitement < 25% de la valeur théorique (ou meilleure valeur personnelle) ou d'une DEP après le traitement restant < 40% de la valeur théorique (ou meilleure valeur personnelle), une hospitalisation est recommandée.
Si la DEP après le traitement est comprise entre 40 et 60%, la situation doit être discutée au cas par cas en fonction des facteurs de risques et les disponibilités d'un suivi rapproché.
Enfin, si la DEP après le traitement est > 60%, le retour à domicile est recommandé, là encore en gardant à l'esprit les facteurs de risques et les disponibilités d'un suivi rapproché.
[51]

d. Retour à domicile

Après une sortie d'un service des urgences suite à une exacerbation d'un asthme, le retour à domicile ne se limite pas à la sortie physique du patient mais a pour but de prévenir une rechute et de faciliter la prise en charge du médecin généraliste. Une prescription du médecin urgentiste doit être donnée au patient avec un traitement de fond et un traitement de crise.
Le traitement comprend une corticothérapie orale de 7 jours (équivalent à prednisolone 1mg/kg/jour) qui réduit le taux de récidive la première semaine ainsi que le nombre de recours au Bêta-2 mimétiques [47].
Les corticoïdes inhalés sont à prescrire si ils n'étaient pas présents sur la prescription initiale du patient. En cas de traitement de fond déjà en place, il convient d'utiliser un palier au dessus pendant 2 à 4 semaines. [12] Les corticoïdes inhalés en association avec les corticoïdes oraux montrent une diminution de 48% du risque relatif de rechute [52].
Un Bêta-2 agoniste à courte durée d'action doit faire partie de la prescription en favorisant une prise à la demande plutôt qu'une prise régulière.

Il convient aussi de revoir idéalement les techniques d'utilisation de l'aérosol prescrit, d'entamer une autosurveilance de la DEP, d'expliquer les signes de gravité nécessitant un retour aux urgences ainsi que d'écarter les facteurs déclenchants (virus, allergie, tabac,...)
Une consultation avec son médecin généraliste habituel est recommandée dans les 2 à 7 jours [12].

I. 6. 1. Prise en charge ambulatoire

En cas d'exacerbation légère ou modérée avec une réponse favorable aux bronchodilatateurs initiaux, la prise en charge peut être ambulatoire.
Le traitement initial comporte un Bêta-2 mimétique à courte durée d'action au rythme de 2 à 4 bouffées toutes les 20 min pendant 1 heure.
Après la première heure, une exacerbation légère nécessitera 2 à 4 bouffées toutes les 3 à 4 heures tandis qu'une exacerbation modérée 6 à 10 bouffées toutes les 1 à 2 heures.
Une corticothérapie orale à une dose de 1mg/kg de prednisolone par jour pendant 5 à 7 jours.
Une réévaluation clinique et de la DEP devra être effectuée régulièrement par le médecin généraliste ainsi qu'une réévaluation du traitement de fond.

I. 7. Suivi

Comme toute maladie chronique, le suivi fait parti intégrante du traitement. En France, les dernières recommandations ont été établies par ANAES en 2004. [53] Cette dernière oriente le suivi essentiellement sur le contrôle de l'asthme qui est la pierre angulaire des décisions thérapeutiques. Les dernières recommandations GINA 2018 quant à elles encouragent une évaluation du contrôle, de l'observance et de l'utilisation des dispositifs à chaque consultation même pour celles ne concernant pas l'asthme [12][54].
La fréquence des visites dépend de la sévérité de l'asthme, de la réponse médicamenteuse et l'engagement du patient.

I. 7. 1. Examens complémentaires

a. Débit expiratoire de pointe (DEP)

L'ANAES recommande, en France, la réalisation d'un DEP à chaque consultation de suivi. Les résultats s'expriment en pourcentage de la meilleure valeur obtenue par le patient.
Le suivi du DEP à domicile peut être proposé : [53]
-aux patients à risque d'asthme aigu grave ou de mort par asthme (tableau 4).
-aux patients « mauvais percepteurs », c'est-à-dire ceux chez qui une mauvaise concordance entre les symptômes et degré d'obstruction bronchique mesuré par le DEP ou VEMS a été observée.
-en prévision d'une période à risque (saison pollinique par exemple).
-pendant les périodes où le contrôle de l'asthme n'est pas acceptable.
-au moment des modifications thérapeutiques.
La mesure du DEP peut aussi être utilisée dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour aider le patient à évaluer et comprendre son asthme.

Tandis que les recommandations GINA 2018 évoquent un suivi du DEP à domicile à court terme à la découverte d'un asthme pour rechercher des facteurs déclenchants de l'asthme ou mettre en place le plan d'action et après l'instauration d'un traitement par ICS. La surveillance à domicile à long terme est seulement recommandée pour les patients avec un asthme sévère ou avec une obstruction bronchique fixée [12].

b. Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)

La pratique régulière d'EFR par un spécialiste fait partie du suivi du patient asthmatique. Le traitement de fond ne doit pas être arrêté avant la réalisation car cela permet d'évaluer le degré d'obstruction persistant malgré le traitement en place.
La valeur du VEMS après bronchodilatateur permet d'évaluer l'importance de l'obstruction bronchique, le caractère réversible de l'obstruction faisant partie de la définition de l'asthme.

I. 7. 2. Suivi du traitement

Il est nécessaire de réévaluer la tolérance, l'observance et l'efficacité médicamenteuse. Au cours d'une consultation de suivi, le traitement est à adapter en fonction du niveau de contrôle de l'asthme et du traitement de fond en place (figure 6). Une fois l'asthme contrôlé, la dose minimale efficace est à rechercher pour minimiser les coûts et les effets secondaires ainsi que de maintenir une surveillance régulière. Le patient se doit d'être acteur de sa surveillance.
Devant un asthme non contrôlé, il convient, avant tout changement médicamenteux, de vérifier l'observance et la bonne prise mécanique du produit surtout pour les dispositifs d'inhalation, puis enfin de rechercher un ou des facteurs déclenchants (allergie, tabac, virus,...), des maladies associées (BPCO, insuffisance cardiaque) ou des formes cliniques rares.

I. 7. 3. Plan d'action

Il est important de fournir un plan d'action écrit au plus tôt dans le suivi de l'asthmatique et de s'assurer de sa compréhension (annexe 2).

I. 7. 4. Rythme des consultations

Le rythme des consultations de suivi s'adapte en fonction de la sévérité de l'asthme et du traitement en cours. Les recommandations ANAES 2004 et GINA 2018 s'accordent sur la fréquence.

Asthme contrôlé :

L'ANAES propose :

tableau 7 : fréquence des consultations et des EFR au cours du suivi des patients contrôlés [53]

Corticostéroïde inhalés (ICS)	**Consultation de suivi avec DEP (mois)**	**EFR (mois)**
Forte dose	3	3-6
Moyenne ou faible dose	6	6-12
aucun	12	12 ou +

Le GINA 2018 mentionne une consultation tous les 3 à 12 mois en fonction de la sévérité de l'asthme sans entrer dans les détails [12].

Asthme non contrôlé :

En cas de recours à une corticothérapie orale de courte durée, une consultation incluant une mesure du DEP voire EFR est nécessaire dans la semaine suivant l'arrêt de la corticothérapie orale et 1 mois plus tard. [53]
Sinon, pour la plupart des traitements de fond, une amélioration clinique est observée en quelques jours, mais la pleine efficacité n'est présente qu'au bout de 3 à 4 mois.[55] . Une consultation au bout de 1 à 3 mois en cas de changement thérapeutique est donc recommandée selon l'ANAES 2004 et GINA 2018 [12][53].

Post exacerbation :

Après un passage dans un service d'urgence pour une exacerbation d'asthme, il est nécessaire que le patient soit revu par son médecin généraliste dans la semaine, idéalement prévu avant la sortie du service d'urgence. Une prise en charge aux urgences est souvent témoin d'un traitement de fond insuffisant ou d'une mauvaise observance. Il convient donc de réévaluer ces éléments et d'organiser l'éviction des éléments déclencheurs.
Dans un deuxième temps, il est nécessaire que le patient soit adressé à un pneumologue.

I. 8. Éducation thérapeutique

Comme beaucoup de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique tient une place importante pour que le patient soit acteur de sa maladie. C'est d'autant plus vrai chez le patient asthmatique.
Les recommandations françaises ont été établies en 2001 par l'ANAES. [56] Elles précisent que l'éducation thérapeutique concerne tous les patients asthmatiques ainsi que leur entourage. Elle doit être intégré aux soins et précoce dans l'histoire de l'asthme. L'ANAES signale une diminution des hospitalisations, des recours au service d'urgence et des consultations non programmées en cas de bonne éducation du patient.
L'éducation thérapeutique se doit d'être structurée plutôt que donnée comme information seule pour une meilleure efficacité [57], d'où l'importance d'un plan d'action écrit et de la participation active du patient à apprécier le contrôle de son asthme et de mesure son DEP.
Secondairement à cette éducation, le patient est censé comprendre sa maladie et pouvoir l'expliquer à son entourage, évaluer le degré de contrôle, reconnaître les signes annonciateurs d'une crise, savoir mesurer son DEP, savoir distinguer les traitements de fond et de crise et savoir les prendre correctement, éviter les déclencheurs de crise,...
Il faut donc des éléments informatifs sur l'asthme, l'apprentissage de l'autogestion et un plan d'action.
Par la suite, l'ANAES oriente le suivi de l'éducation sur : [56]
- Bilan des compétence acquises, à maintenir et renforcer.
- Évolution de la pratique des techniques d'inhalation.
- Difficultés d'autogestion du traitement par le patient.
- Vécu de la maladie au quotidien.
- Maintien des séances éducatives planifiées et utilité d'en prévoir d'autres.

L'éducation thérapeutique s'inscrit donc dans la durée. Pour compenser la difficulté de fournir lors d'une consultation médicale classique une éducation complète et comprise, des centres spécialisés se sont développés qui offrent une bonne réponse comme le montre une étude australienne [58] (en France, il s'agit des écoles de l'asthme ou des réseaux de professionnels de santé).

- L'autogestion

Les dernières recommandations GINA 2018 [12] décrivent longuement l'autogestion de l'asthme. Elle nécessite en premier lieu de la part du patient une bonne compréhension de sa maladie et de son traitement. Plusieurs études ont noté une amélioration significative de l'autogestion quand celle-ci était accompagnée d'un plan d'action écrit. [59] Avantages d'autant plus grands que le plan écrit comprend les paliers d'ICS et les prises de corticoïdes oraux ainsi qu'une mesure du DEP basée sur la meilleure valeur personnelle que sur la théorique [60].
La revue Cochrane a exploré les bénéfices apportés de l'autogestion dans l'asthme à travers 36 études comparant des groupes avec ou sans autogestion. Des différences significatives ont été mises en valeur montrant une diminution du nombre d'hospitalisations, des visites dans un service d'urgence, des consultations non programmées auprès du médecin généraliste, de l'absentéisme scolaire, de symptômes nocturnes et d'une augmentation de la qualité de vie. [61]

I. 9. Problématique

I. 9. 1. État des lieux

L'asthme est une maladie de plus en plus présente dans la population française et mondiale, c'est pourquoi sa prise en charge doit faire partie des priorités.
Selon des études réalisées, en Australie, Canada et Espagne, l'asthme représenterait 1 à 12% des motifs de consultation aux urgences [62][63][64] En France, 200000 visites aux urgences par an serait directement liées à l'asthme pour 50000 à 100000 conduisant vers une hospitalisation [65], 64000 selon le DREES. [7] Dans une étude américaine publiée en 2005 et réalisée sur 3151 asthmatiques ayant présentés une exacerbation d'asthme aux urgences, 27% ne reportent pas de visite aux urgences l'année précédente, 27% une à deux visites, 25% trois à cinq et 21% plus de six [66].
Le recours fréquent à des soins d'un service d'urgence est souvent le témoin d'un mauvais contrôle de l'asthme que ce soit par mauvaise observance du patient ou une thérapeutique insuffisante.
En France, bien que la mortalité par asthme diminue, il faut garder à l'esprit que la majorité de ces décès sont à considérer comme évitables puisqu'ils sont secondaires à un traitement de fond insuffisant ou un retard de la prise en charge de l'épisode aigu.
Le GINA s'est établi en 1993 en un programme regroupant des professionnels de santé et les pouvoirs publics dans le but de faire comprendre aux gouvernements, personnels de soins et patients l'importance croissante de l'asthme et par là même, diminuer la prévalence, la mortalité et la morbidité, en se basant sur les meilleures preuves scientifiques. Elle est mise à jour chaque année. Les recommandations sont à adapter dans un second temps par chaque pays en fonction de son économie et système de soin. En France les recommandations sont peu nombreuses et remontent à 2004.

I. 9. 2. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge de l'asthme que ce soit à l'échelle de la France ou mondiale est loin d'être parfaite. De nombreuses études soulignent que les recommandations de prise en charge de l'asthme ne sont pas toujours respectées par les professionnels de santé.
L'étude AIRE [67] réalisée en 1999 et regroupant 2803 asthmatiques de sept pays européens (royaume-uni, France, Allemagne, Pays-bas, Suède, Espagne et Italie) montrait des résultats assez alarmants. La majorité (56%) décrivaient des signes d'asthme non contrôlé. Au cours des 12 derniers mois, 10% avaient consulté les urgences, 25% avaient bénéficié d'une consultation non prévue auprès de leur médecin traitant et 43% des enfants avaient été absents à l'école au moins une fois. Sur l'ensemble des pays, seulement 23% des asthmatiques utilisaient un corticoïde inhalés (15% en France).
L'enquête française ASUR [65][68] publiée en 2001 conduite sur 3772 asthmatiques dans 37 services d'urgences français a analysé la prise en charge aux urgences d'avril 1997 à 1998. Elle montrait que trois quarts des crises d'asthme vues aux urgences avaient des signes de gravité. La moitié correspondait à une exacerbation sévère et un quart à un AAG engageant par définition le pronostic vital. Bien que un bronchodilatateur d'action rapide avait été administré dans 93% des cas, seul 54% d'entre eux avaient bénéficié d'une corticothérapie orale. Le taux d'admission était de 54% alors qu'il était d'environ 40% en Grande Bretagne et de 30% aux USA. Enfin un quart des AAG n'avaient pas été hospitalisés tandis qu'un tiers des exacerbations légères l'avaient été.
La prise en charge peut être améliorée, mais il faut garder à l'esprit que, comme dit précédemment, beaucoup de situations de crise aux urgences découlent d'une prise en charge incomplète en amont. Par contre les études françaises existantes s'intéressent bien souvent à la prise en charge hospitalière et non ambulatoire.
Après cela plusieurs études ont été réalisées en France et dirigées par les services d'Assurance Maladie sur la prise en charge ambulatoire dans les années 2000. [5] L'une d'entre elles regroupait cinq enquêtes et comprenait plus de 2500 asthmatiques. Elle est arrivée à la conclusion que 28% des patients avec un asthme persistant modéré et 17% des asthmes persistants sévères ne bénéficiaient pas d'un ICS, base du traitement de fond, ce qui diverge des recommandations françaises et internationales.
Une étude française plus récente a été publiée en 2016 sur l'équilibre médicamenteux chez les patients avec un asthme partiellement ou non contrôlé.[69] Le suivi concernait 924 patients recrutés

par un médecin généraliste et 455 par un pneumologue, à qui était prescrit un ICS devant un mauvais contrôle de l'asthme. La surveillance durait deux ans avec un rapport tous les 3 mois. Il a été observé que l'asthme était contrôlé dans seulement 24% des cas et 33,6% à la dernière consultation de suivi des 2 ans. La même dose d'ICS était prescrite dans 56,3% des cas à la fin du suivi et le traitement médicamenteux a été intensifié chez seulement 12,2 % des patients.

I. 9. 3. Suivi et éducation thérapeutique

Dans l'étude AIRE, [67] la majorité (54%) déclaraient n'avoir jamais eu d'EFR et seulement 33% en avaient eu une datant de moins d'un an. Enfin 49% des asthmatiques interrogés et décrivant des signes d'asthme non contrôlés s'estimaient bien contrôlés, seulement 28% avaient un DEP à domicile et seulement 8% l'utilisaient au moins une fois par semaine. 21% possédaient un plan d'action écrit.
Parmi les études françaises sollicitées par l'assurance [5], l'une d'entre elles affirmait qu'un patient sur trois n'avait jamais réalisé d'épreuves fonctionnelles respiratoires.
A côté de cela, autre que le traitement de fond insuffisant mentionné dans la sous partie précédente, l'autre principal critère responsable d'exacerbation pris en charge en urgence est la non ou mauvaise observance du patient. Sur une étude de cohorte réalisée en 2004 aux États-Unis [70], l'objectif était d'évaluer l'observance des patients à haut risque de récidive aux corticoïdes oraux et inhalés après le retour à domicile. Il a été observé un effondrement de 50% des doses prescrites dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital.
Cette difficulté majeure commune à beaucoup de maladie chronique qui est la mauvaise observance peut être corrigée ou atténuée par l'éducation thérapeutique. Il convient au médecin de comprendre les raisons de cette mauvaise observance (est-ce dû au patient, au médicament ou au médecin lui-même) puis de faire comprendre au patient l'intérêt du traitement et le bénéfice envisageable. Dans ce rôle d'éducateur thérapeutique, le médecin généraliste a une place centrale pour permettre au patient de reconnaître les signes avant-coureurs et la procédure de soin à suivre, même si d'autres professionnels de soins peuvent intervenir comme le médecin urgentiste avant un retour à domicile après une exacerbation, le pneumologue lors de la réalisation des EFR de suivi ou les pharmaciens sur les techniques de prises des médicaments spécifiques de l'asthme. Le bénéfice direct serait, pour le patient, une amélioration de la qualité de vie et une diminution des consultations aux urgences et des hospitalisations et, donc par conséquent, pour la société, une diminution des coûts attribuables à l'asthme. Rappelons qu'un patient hospitalisé une fois dans l'année représente un coût 13 fois plus élevé qu'un patient stable [10].
Une étude multicentrique française publiée en 2005 [71] a suivi 238 patients répartis en un groupe de 127 patients « éduqués » et un groupe contrôle de 111 patients. Chez le groupe des éduqués, une augmentation significative était soulignée pour le nombre de jours sans symptômes ($p = 0.03$), une diminution du nombre de réveils nocturnes ($p = 0.04$), une diminution de la consommation de corticoïdes généraux ($p = 0.03$), une diminution de la consommation des Bêta 2 agonistes de courte action ($p = 0.03$) et une amélioration de la qualité de vie ($p = 0.01$).
Enfin, bien qu'il existe des structures d'aide à l'éducation thérapeutique comme les écoles de l'asthme, elles sont inégalement réparties sur le territoire français et souvent inconnues ou méconnues à la fois des patients et des médecins.

I. 9. 4. Objectif de l'étude

Comme décrit précédemment, il existe de multiples données épidémiologiques signalant une prise en charge en France, et même dans le monde, loin d'être optimale avec un accent plutôt porté sur les prises en charge intra-hospitalières que ambulatoire.
Mais les raisons pratiques expliquant les difficultés à obtenir une bonne observance ou un bon suivi d'un patient asthmatique ont été peu étudiées.
L'objectif de ce travail est la recherche des obstacles empêchant le respect des recommandations par les médecins généralistes dans le suivi et l'éducation thérapeutique de la maladie asthmatique.
Comme objectif secondaire, sont recherchés les objectifs et bénéfices attendus par le patient du point de vue de leur médecin traitant ainsi que d'éventuelles voies d'amélioration concernant leur pratique.

II. MATERIEL ET METHODES

II. 1. Choix de la méthode

II. 1. 1. Méthode qualitative

Pour analyser les avis et les expériences des médecins généralistes, plus que des données chiffrées, concernant le suivi de l'asthme, une étude qualitative nous paraissait appropriée.

II. 1. 2. Entretiens individuels semi-dirigés

Des entretiens individuels nous semblaient plus adaptés qu'une méthode par focus groupe pour que les médecins ne se laissent pas entrainer par un ou des éventuels leader d'opinion et qu'ils puissent se confier sans avoir l'impression d'être jugés par leurs confrères, ce qui aurait bien entendu entraîné des biais.
Des entretiens semi-dirigés nous semblaient intéressants pour laisser s'exprimer le médecin au gré de ses pensées tout en dirigeant la discussion vers les principaux thèmes à explorer.

II. 2. Caractéristiques des chercheurs

Interne en médecine générale, j'étais le seul interviewer et le premier chercheur. Je m'étais initié à la recherche qualitative notamment grâce à des lectures sur ce sujet [72] [73] [74].
Le deuxième chercheur était le DR LE GAC, mon directeur de thèse qui a relu, orienté et corrigé mon travail.

II. 3. Choix de la population

II. 3. 1. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population comprenait des médecins généralistes installés dans le département des Côtes d'Armor aux caractéristiques variées. Les médecins généralistes remplaçants ont été exclus par choix. En effet, ceux-ci ne suivant les patients que sur une petite période et ayant donc beaucoup moins de recul sur le suivi à long terme de l'asthme d'un patient, semblaient constituer un biais .

II. 3. 2. Recrutement des médecins

J'ai initialement sollicité 3 médecins généralistes par téléphone, ce qui s'est soldé par 3 refus.
Le premier, femme travaillant seule, m'a dit être submergée de travail et ne pouvoir m'accorder du temps malgré mon insistance sur le fait que j'étais d'accord de m'adapter sur n'importe quel horaire.
Le deuxième, homme travaillant également seul, je n'ai pu, la première fois, parler qu'à son secrétariat à distance qui devait lui transmettre le message. La deuxième fois, j'ai pu lui parler directement. Visiblement pas au courant de mon premier message, il a pris mes coordonnées et devait me rappeler quand il serait disponible ce qui n'est jamais arrivé.
Le troisième, femme travaillant dans un cabinet de 3 médecins, m'a dit qu'elle n'arrivait déjà pas à répondre aux mails d'autre thésard, alors un entretien, ce n'était pas possible, qu'elle n'accueillait ni les entretiens ni les visiteurs médicaux sinon elle ne s'en sortait pas, là encore malgré avoir signalé que j'étais d'accord pour m'adapter à l'horaire qu'elle aurait choisi.
Après ces 3 refus téléphoniques, tous les autres recrutements se sont fait directement à leur cabinet et ont tous été accueillis positivement

Je les ai sélectionnés en fonction de leurs caractéristiques (âge, sexe, exercice seul ou en groupe etc.)
Les médecins ont été choisi par l'intermédiaire des Pages jaunes d'Internet (pour les médecins 5, 7, 9, 10) ou par connaissance directe (pour les médecins 1, 2, 3, 4, 6 et 8)

A leur rencontre, pendant le recrutement, je leur parlais de mon travail de thèse en leur donnant le thème général (le suivi de l'asthme) sans spécifier le but recherché (rechercher les obstacles) afin d'éviter les biais d'un discours influencé lors de l'entretien. Je les ai rencontrés un par un, entretien après entretien avec un nombre de médecins à solliciter qui n'était pas prévu à l'avance. Le type d'échantillon s'est diversifié au fur et à mesure du déroulement des entretiens et correspondait donc à un type théorique. L'inclusion des médecins s'est faite entre juillet 2017 à janvier 2018.

II. 3. 3. Taille de l'échantillon

Après le dixième entretien, nous avons décidé d'arrêter l'étude vu que nous tendions vers une saturation des données, c'est-à-dire par l'épuisement de nouveaux éléments au cours de l'analyse [72].

II. 4. Élaboration du guide d'entretien et réalisation des entretiens

Le guide d'entretien a été établi en faisant attention à rester ouvert et non trop directif.
En premier lieu, je me présentais avec mon nom et prénom ainsi que ma fonction d'interne en médecine générale réalisant une thèse de validation. Je leur demandais de compléter le fascicule de consentement avec signature et informais que l'entretien serait enregistré (au moyen d'un Smartphone de type SAMSUNG S7). Je précisais à nouveau par oral que toutes les données recueillies seraient anonymisées même si cela était déjà précisé sur le fascicule de consentement. Je demandais au médecin interviewé de se présenter à son tour puis une fois les détails de la présentation complétés je lançais une question ouverte « Pourriez vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi de l'asthme ? ». Cette question concernant l'exercice usuel et quotidien, elle mettait habituellement le médecin en confiance. Ensuite, les questions se suivaient selon les sujets principaux nous intéressant sur le sujet en faisant mon possible pour rester ouvert. Concernant les réponses aux questions, je laissais le cheminement de la pensée du médecin libre sans l'interrompre même si la réponse me semblait hors sujet. En effet même en cas de hors sujet, un autre thème concernant l'asthme était souvent abordé. Je cherchais à réunir des informations sur les critères usuels utilisés par le médecin dans le suivi de l'asthme, les objectifs du patient, les obstacles au bon suivi ainsi que son expérience en cas d'échec et enfin les propositions d'amélioration. Les questions de relances étaient pré-déterminées et plus orientées sur un détail précis. Elles n'ont pas toutes été utilisées.
Durant l'entretien, je notais les sourires, soupirs, gestes et autres éléments non verbaux en évitant à tout prix de gêner le médecin dans dans ses réponses et en gardant une attitude d'écoute.
Le guide d'entretien est présent en annexe III.

Les 10 entretiens ont été effectués entre juillet 2017 à janvier 2018, et à chaque fois dans un délai de 0 à 15 jours suivant l'inclusion du médecin à l'exception du médecin 9 qui en raison de vacances, formation et surcharge de travail, a été réalisé en 9ème bien qu'inclus en 5ème.

II. 5. Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot avec les répétitions, les phrases non finies, erreurs de language et les éléments de langage non verbal, par l'intermédiaire d'un logiciel de traitement de texte et sans correction de ma part. La durée totale des enregistrements sonores à retranscrire était de 3 heures et 57 min et ont tous été anonymisés.

II. 6. Relecture des entretiens par les médecins participants

Pour garantir l'objectivité, tous les entretiens ont été remis aux médecins interviewés pour relecture, qu'ils ont reçu soit directement en mains propres, soit envoyés par e-mail

Tous les entretiens figurent en annexe
(ANNEXE IV)

II. 7. Méthode d’analyse des données

Une approche par « théorisation ancrée » [72] a été utilisée pour l'analyse des données à chaque récupération de données. L'objectif recherché comprenait les points de vue et l'analyse d'un groupe, les médecins généralistes, concernant un sujet le suivi de l'asthme à travers une analyse inductive transversale des entretiens. Afin de s’imprégner du verbatim, j'ai relu les entretiens plusieurs fois dont une fois à voix haute.
A l'aide d'un logiciel d'analyse spécifique des recherches qualitatives NVivo 12, les entretiens ont été découpés par idées. Ces idées ainsi retrouvées ont alors été regroupées et codées par nœuds puis ensuite réunies par thèmes et sous thèmes. Ensuite des liens entre les thèmes et sous thèmes ont été établis pour tenter de l'appliquer au réel

III. RESULTATS

III. 1. Caractéristiques de la population étudiée

Médecin	Genre	Age (ans)	Type d'exercice	Patientèle	Informatisé	Durée d'installation et d'exercice (ans)	Formation médicale continue
1	femme	34	Cabinet de groupe	Semi rurale, 30 consultations pour 4j et demi	Oui avec utilisation d'aides au suivi	1,5 / 5	FMC régionales, 1 à 2 DPC par an, Prescrire peu lu, Exercer lecteur régulier
2	homme	35 - 40	seul	Semi rurale, 20-25 consultations pour 4j et demi, enfant et jeunes actifs	Oui avec utilisation d'aides au suivi	6 / 9	FMC régionales régulièrement, Prescrire lecteur régulier
3	homme	61 - 65	Cabinet de groupe	Rurale, 30 consultations pour 4j et demi, personnes âgées	Oui sans aides au suivi	33 / 33	FMC régionales, laboratoires pharmaceutiques, Prescrire lecteur régulier
4	homme	63	Maison médicale	Semi rurale, 20-25 consultations pour 4j , personnes âgées	Oui sans aides au suivi	35 / 35	Abonnement FMC par internet, FMC régionales jusqu'à ses 60 ans
5	homme	65	Seul pendant 35 ans et maison médicale depuis 3 ans	Rurale pendant 35 ans, semi rurale depuis 3 ans, 25-30 consultations pour 3j, personnes âgées et enfants	Oui sans aides au suivi	38 / 38	Le quotidien du médecin lecteur régulier, FMC régionales arrêtées depuis 4 ans
6	homme	63	Maison médicale	Semi rurale, 30 consultations pour 4j et demi,	Oui avec utilisation d'aides au suivi	32 / 32	Laboratoires pharmaceutiques et FMC régionales irrégulières depuis 7 ans, réunions mensuelles avec 8 autres confrères sur un sujet de l'ARS
7	homme	41 - 50	Seul	Semi rurale, 20 consultations pour 4j et demi	Oui sans aides au suivi	23 / 27	1 FMC régionale par an, pas d'abonnement revue
8	homme	55 - 60	Maison médicale	Semi rurale, 20-25 consultations pour 4j et demi, personnes agées	Oui sans aides au suivi	29 / 31	FMC présentielles 3 journées par an, Prescrire lecteur épisodique, abonnement internet à MASSON

9	homme	52	Cabinet de groupe	Rurale, 40 consultations pour 4j et demi	Oui sans aides au suivi	22 / 22	FMC régionales régulières. internet
10	femme	48	Maison médicale	Rurale pendant 5 ans puis semi rurale depuis 2 ans	Oui sans aides au suivi	7 / 23	FMC régionales irrégulières, internet

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

La moyenne d'âge de la population interviewée était de 52 ans et demi allant du plus jeune qui avait 34 ans (médecin 1) au plus âgé qui avait 65 ans (médecin 6). Cette population comprenait 8 hommes pour 2 femmes. Leurs lieux d'exercice étaient rural ou semi-rural. Les médecins 2 et 7 que je pensais avoir une activité plutôt urbaine, se sont avérés avoir une activité semi-rurale, ceux ci m'expliquant (hors enregistrement) qu'au vu de la pénurie de médecin, la zone couverte par un médecin comprend forcement des zones campagnardes même en ville . Les médecins exerçaient seuls, en groupe ou en maison médicale.
La population de médecins était par conséquent diversifiée.
A noter que bien que tous soit informatisés, seulement 3 (médecin 1, 2 et 6) utilisent des aides à la surveillance comme des rappels de dates clés pour renouveler tel ou tel examen ou des éléments particuliers pour certains patients et aucun des trois ne l'utilise pour l'asthme.

III. 2. Caractéristiques des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 23 min et 4 sec avec une durée de 14 min et 22 sec pour le plus court (médecin 7) et une durée de 37 min et 48 sec pour le plus long (médecin 2).

Médecin	Durée
1	19 min 45 s
2	37 min 48 s
3	21 min 08 s
4	20 min 10 s
5	24 min 21 s
6	25 min 32 s
7	14 min 22 s
8	31 min 20 s
9	27 min 22 s
10	15 min 54 s

Tableau 2 : durée respective des entretiens

Les 10 entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des différents intervenants. Les entretiens se sont déroulés en fin de matinée après les consultation du matin ou en début d'après midi avant les consultations de l'après midi à l'exception du médecin 6 et 7 vu sur le coup de 16 – 17 h au retour de visite à domicile.
Le médecin 1 était une jeune médecin un peu stressée par l'entretien qui s'est rapidement mise à l'aise. Cela étant mon premier entretien, j'avoue que j'étais moi aussi un peu stressé. Elle sortait récemment de congé de maternité et allait bientôt changer de lieu d'exercice.
Le médecin 2 était un jeune médecin parfaitement averti des dernières recommandations, adepte de la revue Prescrire. Il était calme et posé bien que son discours comprenait de multiples digressions des fois un peu dures à suivre. Il y a eu deux interruptions téléphoniques durant l'interview.
Le médecin 3 était un médecin en fin de carrière, à l'aise et m'a pris pour l'interview le jour même de ma demande.

Le médecin 4 était un médecin lui aussi en fin de carrière avec beaucoup d'expérience. Parfaitement calme, il laissait transpirer une grande sagesse. Il y a eu une interruption téléphonique à la toute fin qui a clôturé l'interview.
Le médecin 5 était médecin en fin de carrière ayant longtemps travaillé seul en dehors du département sauf pour ses dernières années. Confiant et souriant pendant l'interview. Une interruption téléphonique de 2 min s'est produite.
Le médecin 6 était également un médecin âgé même si d'apparence il semblait plus jeune que les précédents intervenants, engagé dans l'organisation, notamment informatique, du groupe de médecin du cabinet. Très souriant avec rires durant l'interview parfois sincères parfois cachant une gène.
Le médecin 7 était un peu réticent et me répondait souvent par phrases courtes m'obligeant assez souvent à le relancer. Il m'a précisé avant l'interview qu'il doutait de l'intérêt de sa participation à cette étude, la majorité du travail étant fait par le pneumologue et non par lui.
Le médecin 8 était de nature très jovial avec un bon débit de parole malgré une migraine depuis le matin en train de se résoudre. Il avait clairement de l'expérience et n'avait aucune gêne à argumenter sur ses points forts comme sur ses défauts concernant le sujet.
Le médecin 9 était médecin en milieu de carrière bien renseigné sur le sujet. Il était calme et souriant avec des réponses très complètes voire même académiques. Il y eut une micro interruption (passage d'une personne dans la salle de réunion pour une durée de quelques secondes) au milieu de l'interview.
Le médecin 10 était un médecin en milieu de carrière, roumaine d'origine, insistant sur le fait qu'elle ne rencontre que très peu d'asthmatique depuis son arrivée en France il y a 7 ans. Une seule interruption téléphonique au tout début de l'interview s'est produite.

III. 3. Résultats de l'analyse qualitative des données

II. 3. 1. les critères de suivi de l'asthme

III. 3. 1. 1. à l'interrogatoire

- Le nombre de crise

Pour la surveillance de l'asthme, le critère le plus souvent cité est le nombre de crise

(M1), (M3), (M4), (M5), (M6), (M8), (M9), (M10)

M4 : « *On l'interroge bien évidemment sur le nombre de crise qu'il a fait dans le mois ou dans les deux ou trois mois précédents. »*

- la consommation de B2 mimétique à action rapide

Suivi par la consommation de ventoline

(M1), (M2), (M3), (M6), (M7), (M8), (M9)

M6 : « *ça dépend du stade de son asthme parce qu'il y a l'asthme occasionnel. Dans ce cas-là je lui demande combien de fois il a recours à la ventoline en cas de crise. Il y a le stade suivant où les gens prennent un traitement de fond. Dans ce cas-là je leur demande s'ils ont besoin de prendre de la ventoline en plus... Du traitement de fond et combien de fois. »*

Le médecin 8 estimait que c'était un bien meilleur critère que l'autoévaluation du patient du nombre de crise

M8 : « *j'essaie quand même d'évaluer au moins, j'essaie de me baser quand-même sur les consommations de bêta 2 mimétique à courte durée, parce que c'est toujours un bon indice. Les gens vous disent ah j'ai une crise par-ci par-là. Combien vous consommez de ventoline. (en riant) la moitié du flacon en moins. Voilà moi je trouve que c'est un bon critère quand même... Dans l'asthme. »*

- Le retentissement sur la qualité de vie

La qualité de vie quotidienne et notamment à l'effort était mentionnée dans un peu moins de la moitié des cas

(M3), (M4), (M8), (M9)

M8 : « *L'évaluation sur l'activité... Le retentissement de la vie quoi. »*

- L'autoévaluation du patient

Quatre d'entre eux demandaient le ressenti personnel du patient, même si aucun d'entre eux ne se limitaient à cette question

(M2), (M4), (M6), (M8)

M2 : « *je... leur demande si ils considèrent, eux, que leur asthme est équilibré »*

- La caractérisation des facteurs déclencheurs et environnementaux

(M4), (M9)

M9 : *« Il faut d'abord cerner le patient dans son contexte. »*

les complications infectieuses étaient recherchées chez trois d'entre eux

(M4), (M5), (M10)

M5 : *« s'il y a eu des complications infectieuses, soit rhinopharyngite, soit... Enfin toute la filière ORL et pulmonaire. Et puis enfin après la tolérance de tout ça. »*

Ainsi que le tabac

(M8), (M9)

M9 : *« Le tabagisme ça c'est un point qui est essentiel... Donc ça c'est une autre étape qui aboutit sur une consultation tabaco. Ça aussi ça peut prendre du temps. »*

Et les allergies

(M1), (M8), (M9)

M1 : « *Quand il y a de l'asthme allergique, j'essaye de, voilà, adapter le traitement selon la période à laquelle on est et le type d'allergie »*

Par contre la pollution et la qualité de l'habitat n'ont été mentionnés brièvement par qu'un seul médecin interviewé

M9 : « *Les facteurs environnementaux... Le contexte de vie du patient. Est-ce qu'il vit... Exposé à... Des polluants atmosphériques ? Est-ce qu'il a une baraque pourrie qu'il ne ventile jamais, qui est rempli de polluants atmosphériques ? »*

- La présence de gênes nocturnes

(M8), (M9)

M9 : « *Questionnaire classique à savoir... Si il y a des symptômes nocturnes ? Combien de symptômes nocturnes s'il y en a ? »*

- Le stade de l'asthme

Un seul précisa la caractérisation du stade après l'obtention des différents symptômes

M9 : « *Moi j'essaie de définir dans quelle case se situe le patient. Si c'est un asthme intermittent, un asthme légèrement modéré, un asthme persistant... Devenant important... Un asthme grave.* »

- La motivation du patient

Le médecin 9 a beaucoup insisté sur l'importance de la motivation du patient concernant son asthme et l'inclut dans son évaluation régulière

M9 : « *Définir sa motivation aussi. Je pense que c'est des choses importantes dès le départ. Savoir exactement comment le patient perçoit sa maladie. C'est un point qui est essentiel pour... Pour avoir une bonne adhésion au traitement par la suite.* »

- L'observance médicamenteuse

Le médecin 8 a lui un peu plus insisté sur l'observance médicamenteuse indépendamment de la bonne prise mécanique des spray, ce qui se rapproche un peu de la motivation du patient

M8 : « *j'essaie de voir aussi les critères d'observance quand même. Savoir si... Si ça déconne un peu, j'essaie de voir aussi si ... Si ils ont l'air de faire des crises un peu trop fréquentes, si ils prennent bien leur traitement déjà.* »

- La tolérance médicamenteuse

Le médecin 10 a rapidement cité la tolérance parmi son examen de suivi

M10 : « *Est-ce que le traitement est bien supporté ?* »

III. 3. 1. 2. à l'examen physique

- l'auscultation pulmonaire

bien que peu évoqué, l'auscultation pulmonaire étant un examen de base pour toute consultation d'un médecin généraliste, il est probable qu'il soit fait systématiquement

(M2), (M3), (M5)

M3 : « *Une consultation normale avec une auscultation, les signes cliniques, des sibilants ou pas. Et puis voilà. Prise de tension et cetera* »

- Le débit expiratoire de pointe

Le DEP ou peak flow semble être l'élément retrouvant le plus d'avis divergeant dans le suivi de l'asthmatique.

Certains ont arrêté de l'utiliser

(M1), (M5), (M7)

M7 : *« peak flow que je n'utilise pas. »*

Bien qu'il reconnaisse plus loin dans l'interview son importance

M1 : « *C'est quand même super important.* »

Il est décrit comme un critère surveillé en début de carrière et oublié par la suite

(M6), (M7), (M8)

M7 : *« je n'utilise pas. J'en ai fait un moment. J'ai abandonné. »*

Pour d'autre, bien qu'il ne soit pas utilisé pour le suivi régulier, son importance est reconnu en cas de doute diagnostic ou de la stabilité de l'asthme

(M2), (M3), (M4), (M9)

M2 : « *non je vais pas dire que je fais systématiquement mais je fais un Peak Flow très facilement et je fais 2 fois dans l'année mais pas... Systématiquement. Enfin systématiquement s'il y a une plainte respiratoire si des consommations de ventoline qui ont bougé »*

M8 : « *Je le fais de temps en temps si je veux faire un diagnostic. Par exemple les gens me disent je suis essoufflé, je fais le peak-flow là comme ça pour voir s'il y a une altération ou pas. Ça n'a pas une valeur très formelle mais enfin bon, ça donne quand même une indication. Autrement je ne le fais plus dans la consultation systématique de l'asthme. »*

Enfin quelques uns continuent à garder ce moyen de surveillance comme systématique.

M9 : « *Et puis la mesure du débit expiratoire de pointe. Donc ça c'est les choses qui sont... Enfin j'essaie de mettre en œuvre assez rapidement. »*

III. 3. 1. 3. le rythme des consultations

La fréquence du suivi d'un patient asthmatique pour les médecins interviewés se située entre 3 et 6 mois

(M1), (M3), (M5), (M7), (M8)

M7 : *« Je le voie tous les … allez, 3 à 6 mois. Les asthmatiques modérés tous les 3 à 6 mois. »*

III. 3. 1. 4. le renouvellement d'ordonnance en fin ou hors consultation

Une situation fréquente et commune à tous les généralistes est la demande de renouvellement du traitement par téléphone ou en fin de consultation pour un autre motif. Ici également, la réaction diffère selon les médecin interviewés mais la majorité le fait sans contrepartie

(M1), (M2), (M3), (M4), (M8)

M2 : « *Renouveler de la ventoline sans suivre ce que j'ai dit. Là oui parce que ça m'arrive de renouveler sans avoir le patient avec moi pour tout dire. »*

M6 : « *Donc ça ça peut arriver forcément. Je dirais que si ça arrive à la toute fin de consultation (rire court)... Ça va vite, est-ce que vous êtes plus gêné ou est-ce que tout va bien, oui et terminé. »*

Tandis que certains acceptent mais demandent à ce que le patient soit revu en consultation

M9 : « *En pratique, évidemment ce sont des situations qui sont fréquentes. C'est-à-dire que... Le patient vient pour un problème et puis... Exprime 4 ou 5 problèmes en même temps... Et à la fin "Tiens au fait je n'ai plus de traitement. Est-ce que tu peux me..." alors dans ces situations là, c'est vrai que la facilité c'est dire " ok je te refais le traitement, je te refile 4-5 mois et puis voilà" et je pense que c'est une mauvaise réaction. »*

M9 : « *Ok je te redonne ton traitement, mais tu reviens de façon à ce qu'on refasse le point sur ton asthme.* »

Voire refusent complètement

M10 : « *Ah non ce n'est pas le patient qui commande. Ça ça ne m'arrive jamais. Le patient ne commande... Ne demande jamais un renouvellement... Une ordonnance en fin de consultation. Parce que je lui pose la question déjà d'emblée... Pour savoir comment je vais gérer la consultation. Et puis si il a envie de faire ça, je l'invite à revenir un autre jour.* »

III. 3. 1. 5. L'éducation thérapeutique

A la question « comment procédez vous à l'éducation thérapeutique de vos patients asthmatiques ? », plusieurs points sont abordés

- la bonne prise des médicaments inhalés

la bonne prise mécanique des aérosols semblent le point le plus mentionné dans l'éducation thérapeutique avec insistance sur l'importance des placebos d'essai fourni par les laboratoires

(M1), (M3), (M4), (M5), (M7), (M8), (M9)

M4 : « *c'est surtout l'utilisation des aérosols, des choses comme ça. Les laboratoires nous fournissent toujours des placebos, avec lesquels on peut assez facilement leur montrer.* »

- l'importance de la répétition

(M2)

M1 : « *répéter sans arrêt que l'asthme c'est pas rien. Ça peut vite évoluer.* »

- la reconnaissance des critères d'urgence

M8 : « *Je leur donne une quantité et je leur dis vous faites tant de bouffées, on attend 5 ou 10 minutes. Je dirais maximum tant par jour et si vraiment ça... Si tous les jours et bien vous venez me voir. Je fais ça souvent au départ.* »

M8 : « *Là par contre j'explique les critères de crises dans ces cas-là durant la consultation.* »

- l'utilité du suivi et du traitement

(M2), (M5), (M7)

M2 : « *Comprendre même la nécessité de la surveillance des EFR même s'ils ont l'impression avec le traitement d'être bien au niveau respiratoire* »

M8 : « *J'essaie déjà de leur faire comprendre l'intérêt du traitement. Comment ça fonctionne. Pourquoi il faut bien le prendre régulièrement, par exemple les corticoïdes inhalés.* »

- L'acceptation du patient de sa maladie

M9 : « *Comprendre la motivation du patient, ça fait partie de l'éducation thérapeutique aussi. Comment le patient voit sa maladie.* »

- éducation au cas par cas sans systématicité

Le médecin 10 s'est montré un peu à part concernant l'éducation thérapeutique par rapport aux précédents médecins généralistes. M'ayant précisé avant l'interview et pendant qu'elle voyait peu d'asthmatique, elle n'avait pas de plan précis en tête

M10 : « *Pour moi chaque consultation... Chaque consultation est à part. C'est-à-dire je n'ai pas une règle générale pour certains patients, même s'ils ont la même maladie, la même tranche d'âge ou le même problème. Je pense que, sans le faire exprès, j'ai essayé de faire de l'éducation thérapeutique au fur et à mesure pour tout ce qui concerne la pathologie du patient.* »

- insuffler une certaine peur de décompensation

le médecin 8 décrivait la peur comme salutaire dans l'auto surveillance du patient

M8 : « *Moi j'essaie d'affoler un petit peu quand même.* »

III. 3. 1. 6. Le recours au spécialiste

Tous les médecins interviewés reconnaissent le caractère incontournable du pneumologue dans le suivi de l'asthme

- suivi annuel avec EFR

La consultation de pneumologie était systématiquement associée à la surveillance des EFR et inversement

(M1), (M2), (M4), (M5), (M7), (M9), (M10)

M4 : « *J'aime bien leur faire faire une fois par an des épreuves fonctionnelles respiratoires chez un spécialiste. Moi je les envoie systématiquement une fois par an. Une consultation, faire un petit bilan, voir s'il y a une évolution quelconque.* »

Les médecins 6 et 8 admettaient limiter la surveillance annuelle aux patients avec un asthme à un stade avancé et être un peu moins regardant chez ceux qui était bien équilibré sans thérapeutique lourde

(M6), (M8)

M6 : « *Et pour ceux qui ont... Un asthme... Je dirais quand même un peu sévère, je leur propose de faire le point avec le pneumologue. D'ailleurs il n'y a même plus besoin de leur proposer puisque ils sont reconvoqués de manière assez périodique. C'est le pneumologue qui décide quand est-ce qu'il veut les revoir.* »

- Modification du traitement de fond

L'aide du pneumologue était souvent sollicité lors de l'adaptation des traitements médicamenteux

(M1), (M2), (M8), (M10)

M1 : « *Tout le temps (rire court) enfin, au moins faut... au moins un avis spécialisé. Quand on va introduire un traitement, moi, je demande toujours un avis pneumologue derrière pour être bien sûr. Est-ce que j'ai bien mis le bon traitement.* »

- instabilité de l'asthme malgré un traitement bien suivi

(M2), (M3), (M4), (M6), (M8)

M4 : *« Mais autrement quelqu'un qui suis bien son traitement et si on est en situation d'échec, alors là on revient à ce que je disais, on passe la main au pneumologue. Si on sait que la personne est raisonnable, qu'elle suit bien son traitement, quelle a bien compris le maniement des... de tous les petits appareils là, si ça marche pas, là ce n'est plus de notre domaine j'ai envie de dire. »*

- une aide diagnostic

A un stade précoce pour poser le diagnostic d'athme, l'aide du spécialiste était mentionné

M3 : « *Il y a des fois quand on a un doute et on veut faire un diagnostic précis. Un doute par exemple chez un gamin ou un adolescent même chez un adulte qui a des phénomènes de toux avec pas forcément des signes spastiques très évident. »*

M3 : *« Je pense que c'est un des cas où je passe la main facilement pour avoir un diagnostic précis, pour avoir des épreuves fonctionnelles respiratoires, surtout quand on a un doute en ayant fait un débit expiratoire de pointe etc. »*

- Polypathologie

En cas de pathologie sévère associée même non pneumologique, le médecin 2 disait préférable de confier le suivi de l'asthme à un pneumologue

M2 : « *avoir une insuffisance cardiaque en plus de son asthme.. une vraie bronchite, un vrai terrain bronchiteux chronique avec une insuffisance respiratoire même quand il n'est pas en crise je vais passer la main assez facilement »*

- Convocation par le pneumologue

Les médecins 6, 7 et 10 estimaient, sans pour autant en être surs, que les pneumologues convoquent et gèrent le suivi sans passer par l'intermédiaire du médecin généraliste

(M6), (M7), (M10)

M7 : « *il voie le pneumo très régulièrement. D'ailleurs je crois que les pneumos les reconvoquent systématiquement d'office ? »*

- allergologue

Le médecin 1 a aussi évoqué une consultation annuelle avec un allergologue chez l'enfant, non repris par les autres confrères interviewés

M1 : « *chaque année et encore plus chez les enfants. Pour le pneumologue et aussi chez les enfants, chez l'allergologue de manière systématique. »*

IV. 3. 2. Les objectifs recherchés par le patient selon leur médecin généraliste

- la qualité de vie

L'objectif sur lequel presque tous les médecins participants sont d'accord est l'amélioration de la qualité de vie. Ce que le patient recherche avant tout face à son asthme serait « d'avoir une vie normale » d'après leur médecin généraliste.

(M1), (M2), (M3), (M4), (M6), (M8), (M9)

M9 : « *Je pense que l'attente de tout patient, c'est d'être mieux dans sa maladie. »*

- le traitement minimal efficace

Ensuite la thérapeutique la moins lourde possible est souvent recherchée mais en gardant la qualité de vie en premier plan.
(M1), (M2), (M8), (M9)

M1 : « *je pense aussi, d'avoir le traitement... j'allais dire d'avoir le traitement minimal et optimal mais aussi probablement se passer de traitement.* »

- la compréhension de sa maladie

Le médecin 9 mettait en avant la compréhension de son asthme mais en précisant que cela était dépendant du mode de vie du patient.

M9 : « *Mieux comprendre sa maladie. Alors je ne sais pas si c'est... Ça dépend aussi de... De la culture du patient aussi. Il y a des patients qui ne sont pas forcément très intéressés de comprendre les moindres détails de leur maladie. Là, ton explication doit s'adapter aussi à ce qu'ils souhaitent entendre. Ne pas se lancer dans des explications très précises... Sur des mécanismes physiopathologiques, qui ne sont absolument pas perçus. Par contre, tu as en face de toi un prof, quelqu'un qui est un peu plus pointilleux, quelqu'un qui a une culture scientifique, alors là il faudra adapter ton discours et expliquer plus précisément, plus médicalement les choses.* »

- une bonne tolérance médicamenteuse

Le médecin 5 précisait parmi les objectifs recherchés par le patient une bonne tolérance médicamenteuse gênant l'observance d'un produit.

M5 : « *et puis la bonne tolérance du produit, parce que il y a quand même des trucs comme tout ce qui est corticoïde inhalé, au bout d'un moment ça te colle des dysphonies, il y a des tas de gênes au niveau pharyngo laryngé. Tant que c'est bien toléré tout va bien.* »

- l'écoute de son médecin

M9 : « *C'est d'être compris et écouté. Ça aussi c'est important.* »

- une prise en charge rapide

La rapidité de la prise en charge a été citée par le médecin 3 parmi les objectifs recherchés mais en décrivant un contexte d'urgence et non un suivi à long terme.

M3 : « *Ce qu'ils attendent... oui c'est... Quand ça leur paraît urgent, quand ils sont très dyspnéiques, je pense que c'est qu'on les prenne en charge relativement rapidement d'une part.* »

- Limiter les consultations avec le pneumologue

Parmi les objectifs mentionnés par le médecin 2, celui ci a dit avec humour de limiter les consultations avec le pneumologue car ce dernier aurait un caractère particulier.

M2 : « *Au fil des années ne plus voir le pneumo, je pense parce qu'il est ...compliqué (rire court)* »

- inconnu

Enfin deux d'entre eux (médecin 7 et 8), reconnaissaient ne pas savoir ce que leurs patients désiraient concernant leur asthme même si après réflexion le médecin 8 a donné plusieurs arguments en faveur d'une bonne qualité de vie.

(M7), (M8)

M8 : « *Je ne me suis pas posé la question et je n'ai pas interrogé les gens. Je n'ai pas posé cette question là. C'est intéressant, mais... Je ne l'ai pas eue. Je ne suis pas capable de répondre correctement.* »

IV. 3. 3. les obstacles au suivi de l'asthme

III. 3. 3. 1. le médecin

- L'organisation des soins

Le manque de temps / pénurie de médecin

L'obstacle principal reporté toutes catégories confondues est le manque de temps du médecin généraliste.

(M1), (M2), (M3), (M6), (M7), (M8), (M9)

M3 : « *Les obstacles au bon déroulement du suivi d'un asthme... Je pense que c'est parce qu'on n'a pas assez de temps d'une part... À consacrer à nos asthmatiques.* »

Et ils reconnaissaient de meilleurs résultats quand celui ci était pris quand les circonstances le permettent.

(M2), (M4), (M9)

M2 : *« non non mais... Oui vous êtes mieux depuis que je vous suis mais pas parce que moi je vous prescris des choses différemment mais parce que voilà j'ai pris plus le temps de vous expliquer le déroulement des choses et les critères d'inquiétude ou pas et puis comment moduler votre traitement dans les limites du raisonnable.* »

M10 : « *sinon je prends le temps pour leur expliquer ce qu'il faut faire dans plein de choses et pas seulement l'asthme.* »

disponibilité

Malgré le manque de temps, les médecins interviewés disent faire le maximum pour ce rendre disponibles, principalement en premier lieu par téléphone.

(M2), (M8), (M9)

M8 : « *Je leur laisse surtout cette possibilité de me joindre facilement. Je le redis n'hésitez pas à me téléphoner si vous avez un problème de consommation de ventoline trop importante. On revoit ça assez rapidement.* »

motifs multiples de consultation

plusieurs médecins reconnaissent qu'il est rare qu'un patient vienne uniquement pour le renouvellement de son asthme ce qui rejoint un peu le manque de temps.

(M2), (M6), (M7), (M8), (M9)

M7 : *« Le problème c'est que c'est souvent noyé dans plein d'autres pathologies quoi. C'est rare qu'ils viennent exprès pour ça. Extrêmement rare même. Je ne sais ce qu'en dise les confrères.* »

Absence de logiciel informatique

Le médecin 8 a mentionné une aide informatique qu'il utilisait avant. A noter comme précisé plus haut dans la caractérisation de la population aucun des médecins utilise d'aide informatique spécifique pour l'asthme.

M8 : « *Je mets la avec le GINA et coupe coupe coupe. Avec le logiciel que j'avais avant, je décrochais un peu les items.* »

faible nombre de patients asthmatiques

Un propos qui m'a quelque peu surpris mais tenu uniquement par le médecin 10 est le faible nombre d'asthmatique dans la patientèle.

M10 : « *Je n'ai pas encore été mis dans la situation... De m'occuper vraiment des patients asthmatiques régulièrement, c'est vrai que j'ai laissé un peu derrière moi les critères et tout. Je pense que... Oui je connaissais des critères, que je n'utilise plus en ce moment. Je fais un peu les choses comme elles viennent.* »

- relationnel

banalisation de l'asthme et la force de l'habitude

(M1), (M2), (M3), (M4), (M8)

M1 : « *Peut être parce que nous, on banalise peut être aussi* »

Résignation du médecin face à la maladie

C'est un critère qu'on retrouvait plutôt mentionné pour le patient mais l'acceptation par le médecin a aussi été citée.

(M4), (M6), (M9)

Ces propos ci-dessous étaient dits avec une certaine lassitude palpable du médecin 4

M4 : « *On brasse de l'air, on a beau dire, on a beau expliquer mais on sait très bien qu'on la reverra dans 3 semaines ou 6 semaines, dans un mois ou deux, dans le même truc. Voilà c'est décevant. Bon, dieu merci voilà c'est 2 %, un ou deux pourcents de mes patients asthmatiques. La plupart comprennent et font attention.* »

Et le médecin 9 mettait en garde contre ce risque

M9 : « *Accompagner le patient dans sa démarche. On n'a pas le pouvoir d'intervenir avec autorité, sous contrainte (rire) dans ce type de démarche de soins. Donc on essaie de voir... De travailler avec l'environnement, de... Sa famille. Et puis de garder un lien thérapeutique. C'est très facile d'exclure ce genre de patient en ayant une attitude complètement braque. Et puis voilà. Ce sont des patients... ce type de patient n'attendent que ça.* »

dépendant de la motivation du médecin

(M8), (M9)

M9 : *« Autrement l'investissement, la prise en charge du patient, je pense que c'est évidemment fonction de la personnalité du médecin. Tout dépend de l'intérêt du médecin dans la pratique, dans telle ou telle prise en charge.* »

- clinique de l'asthme

doute diagnostic

Le diagnostic d'asthme n'est pas toujours évident pour un médecin généraliste d'après les médecins de l'étude, qui compensent en insistant sur l'importance de la consultation du pneumologue.

(M1), (M3), (M6), (M10)

M10 : « *Je me pose la question si le diagnostic de l'asthme est toujours bien posé comme il faut, surtout quand ça commence par un généraliste. Parce que je trouve... J'ai dû voir des patients, surtout des patients... des jeunes de mes confrères, qui venaient... Des enfants qui venaient avec des traitements pour l'asthme, alors que ce n'était pas forcément l'asthme à mon avis.* »

Doute sur l'évaluation de la gravité d'une crise

En cas de gène important, les médecins interrogés hospitalisaient sans hésitation.

(M2), (M6), (M8), (M9)

M2 : « *les tableaux vraiment cognés ils vont directement aux urgences pour dire les choses carrément, même de temps en temps on les oriente directement quand on entend certaines choses au téléphone.* »

Mais en cas de situation limite, un doute était clairement présent mais compensé soit par une consultation de contrôle soit par une hospitalisation.

(M1), (M2), (M3), (M4), (M5), (M6), (M7)

M7 : « *Oui, il y a des critères de gravité qui font que. Quand même … on hospitalise ou pas. Et des fois on est dans des situations un peu limites. Non c'est vrai c'est pas évident de prendre cette décision d'hospitaliser* »

Rapidité de l'aggravation des symptômes durant une crise

(M1), (M5), (M6), (M8)

M1 : « *Après avec l'asthme ça peut aller tellement rapidement que je pense qu'on ne peut pas dire que … on va attendre on va voir.* »

Meilleur contrôle depuis ces dernières décennies

Les médecins 4, 5 et 8, médecins avec une longue carrière derrière eux reconnaissaient, malgré tout, une nette amélioration du suivi de l'asthme depuis plusieurs années.

(M4), (M5), (M8)

M4 : « *Je trouve que, et bien comme je te disais ça fait bientôt 35 ans que j'exerce la médecine, au tout début de mon installation, j'avais assisté à des crises d'asthme (soufflement) en garde aux urgences, sévères, hyper sévères, hyper lourdes qui maintenant, il y en a bien évidemment toujours, c'est absolument évident, mais je trouve que la maladie est mieux prise en charge.* »

- spécifique au DEP

De nombreux arguments sont venus sur le devant de la scène empêchant la réalisation du DEP lors d'une consultation de suivi de l'asthme selon les médecins interrogés.

manque d'hygiène

(M7), (M8)

M7 : « *peak flow que je n'utilise pas. Pour des raisons d'hygiène entre autres, je n'utilise pas. J'en ai fait un moment. J'ai abandonné. »*

Utilité discutable

(M4), (M6), (M8)

M6 : « *Pourquoi je n'en sais rien. Ça ne m'apportait pas. Je dois avouer que ça ne m'apportait pas. Je préfère travailler avec le pneumo. Faire des EFR a priori. »*

Même si le médecin 8 lui reconnaît un intérêt intellectuel.

M8 : « *c'est un truc je trouve que c'est pas idiot. Intellectuellement, c'est même intéressant. C'est un bon truc. C'est simple à interpréter quand on sait s'en servir. C'est objectif. C'est des mesures objectives d'un débit de pointe. »*

doute

Mais ces mêmes médecins qui discutaient de l'utilité du DEP sont revenus dessus quelques minutes plus tard pour lui donner une valeur en cas de doute.

(M3), (M6), (M8)

M6 : « *Quand on a besoin d'utiliser le peak flow... Enfin bon c'est sûr que c'est un truc qu'on pourrait faire chez les asthmes modérés. Même s'ils ont peut-être pas forcément conscience de la gravité de leur asthme. C'est peut-être là l'indication. Mais je ne l'ai plus le peak flow. »*

Enfin le médecin 8 précisait que pour que ce dernier soit utile, une utilisation régulière est nécessaire

M8 : « *On peut toujours prendre le Peak Flow, si la personne a un indice de peak-flow antérieur ou pas très ancien. On peut faire le rapport le débit de pointe... antérieur. »*

Difficulté d'obtention

Le médecin 8 avouait ne pas savoir comment obtenir un appareil à DEP ce qui lui était offert par les laboratoires auparavant.

M8 : « *J'ai eu plein de peak-flow mais il y en a plus un qui marche correctement. Mais avant ils nous étaient filés par le labo. On les avait gratos. Je ne sais même pas où demander ce truc là. Peut-être sur Internet. »*

Coût élevé

M1 : « *Je ne fais pas de ... pas d'EFR.. mais de spirométrie. J'ai l'appareil mais je n'ai pas les embouts. Je n'ai pas les embouts et ça coûte super cher les embouts. J'avais regardé sur mediclik, ça coûte super cher. »*

Durée de vie limitée

M8 : *« ça s'use assez vite, il ne faudrait pas en avoir un, il faudrait en avoir plusieurs pour comparer un peu. »*

- Éducation thérapeutique

Éducation thérapeutique initiale

L'éducation thérapeutique initiale était visiblement l'un des piliers de l'asthme selon les médecins interrogés autant côté patients que médecins.

(M2), (M10)

M2 : « *Dans mes patients j'ai plus d'asthmatique avec lesquels j'ai galéré dans l'éducation thérapeutique dans les adultes que j'ai pris en charge avec déjà de mauvaises habitudes que d'enfants diagnostiqués »*

Et l'importance de la mise en pratique

(M6), (M9)

M6 : « *Je pense effectivement que même si on a bien expliqué, rien ne remplace la démonstration. »*

ignorance ou absence des aides à disposition

Dans la région de l'étude (Côtes d'Armor) les aides extérieures à l'éducation thérapeutique étaient non connues du médecins généralistes

(M1), (M2), (M7)

M7 : *« Je ne crois pas. (inspiration) je ne crois pas. Pas que je sache. Je ne suis pas au courant de tout. Il y a peut être à l'hôpital. Ils ont un service de … je ne sais pas est ce que ça ne concerne pas forcement que les asthmatiques. »*

ou absentes

(M3), (M6), (M9)

M9 : « *Alors ici, sur (lieu d'exercice), tu n'as pas un centre comme tu peux avoir dans des régions médicalement plus dotées comme à Rennes. Tu as... Tu as un centre... À Dinan, tu as des pneumologues qui sont assez actifs. Mais bon, ils font plus de la réhabilitation respiratoire que de l'éducation thérapeutique. »*

- Médicaments

grande variété de traitement de fond

Plusieurs des médecins reconnaissaient un large spectre de médicaments dans le traitement de l'asthme.

M4 : *« On a un arsenal thérapeutique qui est bien développé je trouve moi et qui réussit quand même à faire face à 80 ou 90 % des situations. Là non. Il y a toujours des progrès qui sont faits, des améliorations mais c'est des petites améliorations, parce qu'il y a sans arrêt de nouveaux produits qui sortent. Mais bon, on s'aperçoit que ça ne change que dans les petits détails. »*

Malheureusement ce large spectre a tendance à apporter une certaine confusion à certains médecins.

(M5), (M7), (M9)

M9 : « *Mais à un moment, il y avait une pléthore de dispositifs qui était lancée sur le commerce. Et le discours était parfois un peu fallacieux. Il pouvait facilement il y avoir des... des difficultés*

d'interprétation sur l'indication de tel ou tel dispositif. En général les nouveaux dispositifs, je ne les utilise pas d'emblée franco. J'attends un petit peu, j'essaie de... De voir déjà ce qu'il y a dedans. »

interdiction de manipuler les aérosols pour les médecins généralistes.

(M1), (M2)

M1 : *« Quand pour une décompensation d'asthme je vois que peut être des aérosols, ça serait pas mal. On n'a pas le droit de les prescrire en première intention. »*

- formations des médecins non à jour.

(M1), (M3), (M6), (M8)

M3 : « *c'est peut-être un domaine où les indications thérapeutiques ont changé un peu. Les molécules en fonction de l'asthme s'il est allergique, infectieuse, asthme d'effort et cetera. Je pense qu'on a pas forcément toujours les bons schémas qui nous viennent à l'esprit pour poser les bonnes molécules de prime abord et tout ça. On reste peut-être toujours sur nos vieux schémas et cetera. »*

III. 3. 3. 2. le patient

- terrain

Age du patient

les médecins 2 , 5, 10 décrivaient différentes étapes dans la vie d'un asthmatique dépendant de l'âge de ce dernier.

Avec un bon suivi chez l'enfant et une mauvaise observance chez l'adolescence

(M2), (M5), (M10)

M5 : « *Je pense qu'il y a une question d'âge. Il y a des gens quand ils sont petits, c'est bien prise en charge par la maman. Plus âgé c'est moins bien suivi, ils font un peu comme ils veulent. »*

un équilibre chez l'adulte avec parfois des décrochages

(M2), (M10)

M2 : « *J'ai l'impression qu'au début et passé un certain.... Et passé un certain temps avec un traitement de fond qui équilibre bien... C'est pas vraiment des attentes... Il y a souvent un décrochage... Décrochage dans la prise en charge et une volonté d'essayer si ça se passerait bien sans le traitement. »*

et une bonne observance chez la personne âgée

(M2), (M5), (M10)

M5 : « *Après plus âgé, enfin ils ont bien plus la maîtrise de... Enfin ils mesurent différemment la gravité, le déficit... Enfin la détresse respiratoire en cas d'une crise d'asthme aiguë. Et puis après chez les personnes âgées, c'est, observer très scrupuleusement, enfin je trouve. Ce n'est pas mieux fait parce que leurs capacités respiratoires sont très diminuées, et donc tout ce qui est inhalé ne va pas très loin en fait. »*

pathologie associée

L'un des obstacles rapportés chez le patient était le fait que l'asthme n'est pas toujours la seule maladie mais était intriqué dans un tableau plus complexe.

(M2), (M4), (M7), (M8)

M7 : « *En fait je ne voie quasiment pas d'asthmatique qui ne viennent que pour ça, en fait. C'est noyé dans plein de pathologies annexes.* »

Les médecins 8 et 9 décrivaient l'obstacle comme d'autant plus grand quand la pathologie est addictive ou psychiatrique.

(M8), (M9)

M9 : « *Je pense que l'attente de tout patient c'est d'être mieux dans sa maladie. Hormis les cas un peu exceptionnels de patients anxio dépressifs, suicidaires, qui ont des attitudes abandonniques, qui voilà se laissent aller et attendent que les choses se passent... Se passent mal bien entendu. Ce sont des patients qui existent aussi malheureusement.* »

population hétéroclite

La population d'asthmatique s'avérait, d'après les médecins 4 et 9, diversifiée, avec des cultures, des approches et donc demandes différentes.

(M4), (M9)

M9 : « *Ne pas se lancer dans des explications très précises... Sur des mécanismes physiopathologiques, qui ne sont absolument pas perçus. Par contre, tu as en face de toi un prof, quelqu'un qui est un peu plus pointilleux, quelqu'un qui a une culture scientifique, alors là il faudra adapter ton discours et expliquer plus précisément, plus médicalement les choses.* »

pollution

(M5), (M9)

M5 : « *Ce qui va contrarier tout ça, c'est la pollution, le milieu de travail dans lequel ils sont, et oui je ne vois pas d'autre chose.* »

tabac

(M4), (M5), (M8), (M9)

M4 : « *Alors on parlait tout à l'heure de leur mode de vie. Bien évidemment en priorité le tabac en premier.* »

Mais deux médecins précisaient que le tabac n'était pas un obstacle si l'asthme était bien contrôlé même si ils considèraient que c'est préférable de l'arrêter.

(M5), (M8)

M8 : « *Si on traite bien son asthme, le tabac ça passe.* »

- Acceptation de la maladie

déni

(M2), (M6), (M8), (M9)

M6 : « *Je dirais que... Les asthmatiques sont des gens qui veulent quand même ignorer leur maladie le plus possible. C'est comme cela que je le ressens. Le déni. On sous-estime la gravité du monde.* »

M9 : « *La motivation est un élément essentiel. »*

banalisation

M1 : « *Je pense que les gens ont tendance à banaliser leur asthme. Ils n'ont pas conscience que ça peut se dégrader très très très rapidement. »*

Selon les médecins interrogés, cette banalisation de l'asthme arrivait à une situation fréquente qui était la demande innocente et naturelle de traitement sans ou en fin de consultation.

(M1), (M4), (M6), (M8), (M9)

M4 : « *C'est vrai qu'ils viennent des fois quand on est ensemble tous les deux prêts à sortir, " et tiens au fait est-ce que c'est possible de.. Renouveler mon traitement" alors qu'il est venu pour autre chose. Si on le connaît bien, si on sait qu'il est sérieux... si. On va le faire. »*

Refus d'aides extérieures

(M2), (M9)

M2 : « Mais surtout sur un ras-le-bol de son côté, la difficulté c'est pas trop une difficulté médicale, mais ... Au départ le refus de prise en charge autre, le refus de prise en charge hospitalière on va dire. "C'est bon l'hôpital j'en ai marre de faire des allers-retours, ça va aller avec les antibios" »

D'où l'importance soulignée par les médecins interviewés de l'entourage direct notamment la famille surtout chez l'enfant.

(M2), (M9), (M10)

M9 : « *On n'a pas le pouvoir d'intervenir avec autorité, sous contrainte (rire) dans ce type de démarche de soins. Donc on essaie de voir... De travailler avec l'environnement, de... Sa famille. Et puis de garder un lien thérapeutique. »*

Importance de l'éducation thérapeutique dans l'acceptation.

Cette acceptation était liée d'après les médecins interrogés en grande partie à l'éducation thérapeutique.

(M1), (M2), (M9)

M9 : « *L'éducation thérapeutique. Ça c'est... C'est la source majeure de difficulté. Quand le patient comprend sa maladie, quand il adhère parfaitement à... Au dispositif de soins. C'est toujours plus facile. »*

- gestion de la crise

mauvaises pratiques

Les patients aurait parfois des réflexes inadaptés en cas de crise

M1 : « *Je pense qu'ils ne percutent pas que .. ne percutent pas que la ventoline ne va résoudre les crises si fréquentes en résumé. Les crises si fréquentes c'est pas la ventoline la solution, c'est peut être un traitement de fond mais … je pense que c'est ça »*

M2 : *« Voilà, ce n'est pas exceptionnel d'avoir des gens anciens qui vont aller prendre des choses, des choses de longue durée d'action sur des choses aiguës. Et de ne pas avoir dégainer la ventoline. »*

Difficulté à préciser la gravité de la gêne.

(M5), (M6)

M6 : « *En le réinterrogeant après... On s'aperçoit qu'il était dyspnéique en tondant sa pelouse. Mais il avait la pêche, il ne se plaignait pas. Pour lui c'était sa norme.* »

angoisse de la crise

L'angoisse de la crise était décrit à la fois comme un obstacle immédiat durant la crise et un avantage pour l'observance au long court.

(M2), (M4), (M9)

M4 : « *Ils ont tellement peur que ça récidive, de faire de graves crises. Il faut les motiver un petit peu. Leur faire comprendre que... Mais en général ça se passe bien. Ils respectent leur protocole.* »

M5 : « *Il peut y avoir aussi des facteurs émotionnels qui aggravent la détresse respiratoire, et on se dit qu'on a pas été efficace. C'est là que moi je fais hospitaliser sans... Ça me fait trop peur ça.* »

- La prise médicamenteuse

difficulté mécanique à prendre les aérosols et sprays

Les techniques de prises des médicaments inhalés seraient souvent non maîtrisées des patients

(M1), (M2), (M3), (M4), (M6), (M7), (M8), (M10)

M1 : « *Le plus compliqué dans le suivi d'asthme, c'est la bonne prise du traitement. Je m'en suis vraiment rendu compte avec ce questionnaire qu'en fait il y avait des gens qui augmentaient le traitement mais, en fait, ils ne le prenaient pas correctement.* »

M5 : « *Mais ça venait d'une observation de la mauvaise coordination main-bouche des gens quand ils devaient inhaler leurs produits. Style la ventoline, quand on regarde les gens, si on pouvait mettre le produit en couleur on s'apercevrait qu'il y en a partout et assez peu d'inhalé.* »

Les médecins 5 et 6 mentionnaient que la difficulté était d'autant plus grande si une crise était en cours.

(M5), (M6)

M5 : *« Mais les gens quand ils sont en difficulté respiratoire, ils ont toujours un souffle qui n'est pas le même. Donc je me dis au repos sans rien, sans difficulté à inspirer expirer (sonneries de téléphone), ils vont faire une manœuvre avec l'aspiration bêta 2 ou autre, mais quand ils sont en dyspnée, ce n'est pas du tout la même chose.* »

Mauvaise observance et mésusage des traitements

Indépendamment de la mauvaise maîtrise des techniques de prise médicamenteuse, l'observance serait elle aussi mauvaise

(M1), (M2), (M5), (M9)

M1 : « *Si parce que les parents se sont dit je vais diminuer pour voir et, en fait, ça se passe pas trop mal en diminuant le traitement. Donc du coup, on continue comme cela même si moi je ne l'aurais pas fait spontanément.* »

M7 : « *Je pense qu'il y a un mauvais suivi du traitement déjà… souvent … une mauvaise observance du traitement.* »

III. 3. 3. 2. les autres intervenants

- pneumologue

disponibilité téléphonique et délai de consultation

les discours étaient plutôt positifs concernant la disponibilité des pneumologues.

(M1), (M2), (M3), (M4), (M10)

M3 : « *L'accès au spécialiste en pneumo, je trouve que, dans le coin, c'est relativement facile, relativement facile. Soit un spécialiste en ville si il n'y a pas d'urgence, soit les urgences par le biais des urgences voire les services de pneumo.* »

à l'exception du médecin 5

M5 : « *Moi, je n'avais jamais vu ça. C'est peut-être l'évolution d'aujourd'hui, mais moi je n'avais jamais vu ça avant. Mais oui, je crois que c'est assez difficile à joindre les pneumos. Je ne parle pas d'envoyer des gens où ça, parce que là...* »

En parlant de son ancien exercice dans l'Oise

M5 : « *Je n'avais pas de souci pour avoir un pneumo. Je pouvais avoir un rendez-vous dans les 8 jours, ici ce n'est pas du tout le cas.* »

relation amicale spécialiste – généraliste

Après les médecins 2, 5 et 6 estimaient qu'un contact privilégié avec un pneumologue permettait une prise en charge plus rapide.

(M2), (M5), (M6)

M6 : *« Il faut se donner la peine d'avoir le pneumo en direct, et moi depuis que je suis à Dinan, je ne les connais pas à titre personnel. Et récemment il m'est arrivé de demander le docteur C. De l'hôpital de Saint-Malo. Je l'ai appelé, on se connaît. Il m'a dit demain midi... Voilà. Donc voilà il faut court-circuiter les secrétaires pour pouvoir avoir accès direct...* »

Qualité

Les médecins reconnaissaient une bonne qualité des soins de la part de leur confrère pneumologue.

(M4), (M5), (M8), (M9)

M9 : *« C'est-à-dire prendre un patient asthmatique en médecine générale, c'est pas le prendre tout seul (rire) mais c'est le prendre avec un... Avec un spécialiste. Et je pense, pour avoir une meilleure qualité de prise en charge. Cette prise en charge conjointe est essentielle.* »

Malheureusement cette confiance remplaçait parfois l'analyse critique du médecin généraliste.

(M1), (M10)

A la question « Vous est il déjà arrivé de renouveler un traitement asthmatique sans suivre votre schéma habituel ? », le médecin 1 répondait :
M1 : « *oui ça m'est arrivé après un avis auprès d'un spécialiste.* »

A la même question :
M7 : « *Si c'est une prescription qui émane d'un pneumologue ou à une sortie d'hôpital, oui bien sûr, je renouvelle.* »

- hôpital

manque de disponibilité

Alors que les services des urgences et les pneumologues de ville étaient décrits comme facilement disponibles, les pneumologues hospitaliers étaient par contre beaucoup plus durs d'accès avec un discours changeant en fonction des hôpitaux dont les médecins interviewés dépendaient

parfois facile

M3 : « *On téléphone dans le service et ils nous prennent les gens rapidement que ce soit pour n'importe quel problème pulmonaire. C'est assez agréable d'avoir un centre hospitalier sous la main avec des gens avec qui on peut avoir des contacts réguliers.* »

Et plus souvent difficile

(M4), (M5), (M6)

M6 : « *En pneumo on y arrive. Tant que on a Monsieur (nom)., mais à l'hôpital (soupir), c'est déjà problématique pour avoir un rendez-vous assez vite. On n'a pas d'interlocuteur direct. On tombe toujours sur les secrétaires qui sont... Hermétiques.* »

- pharmacie

La pharmacie était mentionnée comme faisant partie intégrante de l'éducation thérapeutique pour la bonne utilisation des aérosols.

(M1), (M4), (M6), (M7), (M9)

M7 : « *Il faut quand même leur expliquer un peu en sachant que le pharmacien normalement va mettre une couche derrière, enfin j'espère. Parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui l'utilisent mal.* »

III. 3. 4. les propositions d'amélioration du suivi

- formation des médecins généralistes

une formation des médecins généralistes a plusieurs fois été mentionnée mais avec des approches différentes**.**

M1 : « *C'est une meilleure éducation des patients et peut être aussi une meilleure information ou formation, voire les deux, sur l'intérêt de la spirométrie en cabinet.* »

M9 : « *Autrement au niveau prise en charge, actualités, il faut qu'on mette tout ça sur les canaux de formation* »

réunion avec des pneumologues

M3 : « *éventuellement peut-être justement travailler un petit peu plus en réseau avec les pneumos du coin. Faire venir un pneumo. Voir un peu. Se faire un peu... Au sein du cabinet ou même plusieurs cabinets du coin, pour savoir qu'est-ce qu'ils attendent de nous, qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse et comment rendre compte pour être plus performants peut-être au niveau thérapeutique d'une*

part et pour prévenir justement certaines hospitalisations qui peuvent être un peu soit injustifiées, soit... »

réunion entre médecins généralistes

M6 : « *Alors voilà quelque chose qui tombe à pic, parce que on a décidé ici de se réunir une fois par mois pour faire un... Concernant un thème qui sera dédié par l'ARS, mais également pour faire le point sur les situations de consultations qui nous ont posé problème où qui peuvent enrichir l'expérience des autres. »*

M6 : « *De voir un peu quelles sont les pratiques des autres et comment pouvoir s'améliorer soi-même en fonction de ce qu'ils vont en dire. On a chacun notre façon d'exercer qui est personnelle. »*

semi spécialisation de certains généralistes

M6 : « *C'est que chacun prenne la décision de se spécialiser entre guillemets, d'être plus pointus dans un domaine. Je pense que ça serait bien, qu'il y en ait un ou deux qui fasse l'effort de formation dermato. Cardio c'est plus délicat parce que c'est un plateau technique qu'on ne peut pas avoir. Il y a deux trois spécialités peut-être, on aimerait avoir l'avis d'un confrère qui est plus pointu. Et la pneumo pourquoi pas. Je pense que ça fait partie des choses qu'un généraliste peux faire plus que d'ordinaire. »*

- documentation rapide informatisée ou non

M3 : « *Peut-être plus de références en ce qui concerne les moyens de surveillance, les choses comme ça. Avoir un petit peu aussi des références concernant les molécules, des changements de molécules. Peut-être avoir plus de références au niveau diagnostic aussi en fonction des âges, des types d'asthme et tout ça. »*

M8 : « *La petite réglette sur... Sur les critères du GINA. Pour moi c'est simple c'est facile à utiliser. On se le met sous le nez, tac tac tac on est un peu systématique. »*

M9 : « *Ça serait intéressant une sorte de guide-line actualisé, qui pourrait être mise en ligne d'ailleurs puisque maintenant, c'est ce qu'il y a de plus pratique, de plus accessible. Ça ça serait intéressant. »*

- renforcement de l'éducation thérapeutique

parmi les propositions d'amélioration, il était cité l'importance d'accorder plus de moyens et temps à l'éducation thérapeutique.

(M1), (M4), (M7)

M7 : *Non si ce n'est de mettre en place, comme vous dites, des centres de … consultations spécifiques avec une éducation thérapeutique etc. Ça serait pas mal … avec des intervenants … des médecins, des infirmiers etc ...*

- EFR au cabinet du médecin généraliste

La question de réalisation d'EFR au cabinet du médecin généraliste s'était posée avec de nombreuses autres questions l'accompagnant.

M2 : « *À quelle fréquence je peux faire ça sans que ce soit considéré comme un truc abusif ? Est-ce qu'il faut faire comme les pneumos, en disant une fois dans l'année c'est suffisant ? Est-ce que ça dispense de voir le pneumo ? Le problème c'est ça. Est-ce que ça dispense de voir le pneumo du coup ? »*

M6 : « *Donc pour moi si il y a des améliorations en médecine générale, ce serait des EFR chez quelqu'un qui a envie de faire ça. Il faut en avoir envie, il ne faut pas le faire par obligation, sinon ça ne marchera pas.* »

- DEP à domicile

Le médecin 8 trouvait intéressante que le DEP du patient soit fait régulièrement à domicile par le patient comme une glycémie chez un diabétique.

M8 : « *Je ne sais pas parce que pour moi l'idéal c'est que le patient ait son peak flow lui-même. C'est beaucoup moins dégueulasse. Et puis qu'il se motive à l'utiliser pour voir ce que ça donne quand il est en crise quand il n'est pas en crise. Ça lui donne une meilleure idée pour lui.* »

- nouveau traitement de fond

Le médecin 5 proposait une nouvelle gamme médicamenteuse bien que d'autres confrères signalaient la présence d'une large variété de traitements dans laquelle le médecin généraliste se perdait.

M5 : « *Il y a certainement à perfectionner des bêta 2 ou les corticoïdes inhalés à... On sera plus en sécurité, nous, si il y avait une bonne tolérance, une bonne absorption, un bon synchronisme. On serait plus tranquille certainement.* »

- pharmacie

M1 : « *on avait essayé de mettre ça en place avec la pharmacie de (lieu d'exercice) sur un questionnaire sur la bonne prise, en fait, du traitement de fond, sur les modalités de prise du traitement de fond. J'avais donné dans un premier temps le questionnaire à la pharmacie qui l'avait et, en fait, la pharmacie me renvoie systématiquement le compte rendu, enfin le questionnaire remplit et ensuite ça me permet, lors de la prochaine consultation, de refaire le cours sur les modalités de prise du traitement.* »

IV. DISCUSSION

IV. 1. Force de l'étude

- Originalité de l'étude

L'asthme est un sujet peu étudié dans les études récentes. Les différentes études anciennes [5][65] [67][68] ou d'autres plus récentes [69] montraient toutes que l'asthme était une maladie mal contrôlée en France. Par contre, les raisons de ce mauvais contrôle restaient floues avec quelques commentaires courts sur la banalisation du problème et le tabac.
L'approche qualitative et non quantitative comme les précédentes études apporte un regard plus pratique. Une étude publiée en 2015 avait exploré les différentes barrières au suivi en regroupant à la fois des patients et médecins en focus groups tous les 6 mois pendant 3 ans [75] mais le risque des focus groups comme expliqué dans les méthodes est la prédominance et influence d'une ou des personnalités fortes du groupe au détriment des autres. Une autre étude qualitative des 2015 a été menée auprès de médecins généralistes, pédiatres et médecins internistes aux États-Unis sur le suivi de l'asthme [76], mais le principal sujet concernait l'utilisation des plans d'action écrits. Enfin une étude qualitative de 2017 a été conduite pour rechercher les obstacles au suivi chez des enfants d'Inde [77], mais le point de vue observé était celui des parents des enfants.

- Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

L'étude qualitative fait la force de l'étude parce que l'ensemble des réponses proviennent directement des médecins sans trop d'influence du chercheur. Les entretiens semi-dirigés ont été privilégiés aux focus groups pour permettre de laisser venir les informations sans impression de jugement ou d'influence.

- L'ignorance de l'objectif recherché par les médecins interviewés

En ne révélant pas au préalable l'objectif précis de l'étude aux médecins, un biais d'information a été évité.

- Logiciel informatique

L'ensemble des données a été codé à l'aide du logiciel Nvivo 12 spécifique des études qualitatives, permettant une analyse précise et systématique et la recherche des thèmes.

- Fiablité diachronique

Bien que l'étude s'est prolongée sur 6 mois, les réponses et sujets abordés sont restés stables dans le temps.

- la validité externe

Les données de la littérature semblaient cohérentes avec les thèmes retrouvés dans cette étude [78]

- l'acceptation interne

Le consentement éclairé écrit et signé a été recueilli pour chaque médecin et une copie de la retranscription a été transmise à chaque médecin pour en garantir l'objectivité.

- les critères COREQ

L'échelle COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) a été prise en compte lors de la réalisation de cette étude, même si tous les critères n'ont pu être respectés notamment l'expérience du principal chercheur dans les études qualitatives.

IV. 2. Faiblesse de l'étude

- Le biais de mesure

Étant le principal chercheur et que ce soit ma première étude qualitative, certaines de mes questions ou relances ont pu être trop directives ou influençant le médecin. Cela se confirmait à la relecture, même si cela concernait essentiellement les sujets abordés et non le sens de la réponse donnait au sujet en question.

- Le biais de sélection

L'échantillonnage était non aléatoire et l'étude non reportée sur l'ensemble de la population des médecins généralistes installés, mais cela est normal dans une étude qualitative où la représentation statistique n'est pas recherchée. Par contre des caractéristiques différentes ont été recherchées à l'inclusion des médecins pour élargir les points de vue. A spécifier qu'aucun médecin avec une patientèle exclusivement urbaine n'a été interviewé. En effet comme précisé dans la partie méthode, les médecins, que j'aurais pu penser comme détenant une patientèle urbaine, couvraient une zone tellement importante en raison de la pénurie de médecins qu'ils la caractérisaient comme semi-rurale. Une même étude, réalisée à l'intérieur d'une ville comme Paris, pourrait avoir une approche différente.

- Le biais de mémoire

Certaines réponses pouvaient parfois être hésitantes et imprécises notamment à la demande d'un exemple de situations vécues.

- Le biais de déclaration

La question à se poser est si les médecins ont bien donné toutes les informations concernant leurs pratiques et obstacles perçus. Des informations ont pu être omises devant la peur d'un jugement ou tout simplement parce qu'elles étaient tellement habituelles et répétitives qu'elles ont été considérées par le médecin, volontairement ou non, inutiles à reporter.

- Le biais d'analyse

Je suis novice dans les études qualitatives, autant dans les interviews que dans l'analyse, or la recherche de thèmes et la catégorisation dans la théorisation ancrée sont influencées par l'expérience du chercheur [74]. L'analyse a donc pu être influencée par ma propre vision du problème.

IV. 3. L'acceptation et éducation de la maladie asthmatique

IV. 3. 1. La vision de la maladie asthmatique

IV. 3. 1. 1. La représentation des médecins du suivi d'un asthmatique

- banalisation du suivi d'un asthmatique

Comme répété par les médias mais difficilement quantifiable, l'asthme est une maladie souvent banalisée. Le médecin 1 reconnaissait que la banalisation était présente aussi bien chez les patients que chez les médecins. Cette minimisation du danger entraînait forcement une baisse de la systématisation du suivi avec des conduites devenues naturelles mentionnées par de plusieurs médecins interviewés comme le renouvellement rapide d'ordonnance de l'asthme en fin ou hors consultation.
Par contre cette banalisation ne semblait pas s'étendre à une décompensation qui était toujours prise

au sérieux par le médecin.

- abandon par le médecin des patients non adhérents

Face à des patients difficiles, le médecin peut avoir plusieurs réactions dont l'abandon du patient. Le médecin 4 décrivait, tel une fatalité, que deux pourcent de ses asthmatiques étaient perdus quelque soit sa prise en charge. Le médecin 9 décrivait l'abandon comme une solution de facilité aisément applicable par le médecin et à éviter car souvent lié à un comportement autodestructeur du patient.
Dans toutes les professions comprenant une relation sociale, face à une minorité en difficulté, le professionnel peut fuir ou affronter le problème. On retrouve ce dilemme dans l'enseignement, dans la politique et y compris dans le domaine médical. A ce problème s'oppose souvent la motivation et le temps disponible pour affronter cette difficulté.

- La baisse de motivation et de systématicité au fur et à mesure des années

Plusieurs des vieux médecins interviewés décrivaient une rigueur de travail un peu plus effacée au fil des années avec la diminution du nombre de questions spécifiques au suivi de l'asthme et l'arrêt de l'utilisation du DEP.
En effet, selon une étude japonaise menée en 2012 sur l'exercice médical et habitudes en fonction de l'âge, spécialité et lieu d'exercice, chez les moins de 60 ans, la charge de travail augmente de manière significative avec l'âge [79]. Le médecin se retrouve donc au fil des années à faire consciemment ou non un tri dans ses questions en fonction de son expérience pour pouvoir faire face à l'ensemble de sa charge de travail.

IV. 3. 1. 1. Le patient serait l'un des principaux obstacles d'après les médecins interviewés

- Mauvaise observance de manière générale

Chez le patient asthmatique, l'observance est décrite dans les interviews comme souvent mauvaise. Le médecin 7 signalait qu'il était habituel, chez plusieurs de ses patients, qu'ils n'aient pas besoin de renouvellement du traitement de fond parce qu'ils en avaient encore, témoignant des oublis fréquents.
Cela concorde avec la littérature qui, dans une étude française récente, publiée en 2018 auprès de 488 patients asthmatiques, montrait une bonne observance, c'est à dire supérieure à 80% chez seulement 51% d'entre eux en se basant sur un relevé de prise médicamenteuse et 38% sur le questionnaire Morisky [80]

- Le déni de la maladie

Le médecin 6 a insisté plusieurs fois sur le déni du patient au cours de l'interview, qu'il décrit comme le principal obstacle au suivi de l'asthme, amenant le patient à des conduites à risque.
En effet, une étude publiée en 2000, a analysé les ressentis et points de vue de 20 enfants et adolescents au travers de monologue sur enregistrement vidéo [81]. Le déni était retrouvé comme l'une des quatre catégories de réponse à la maladie asthmatique.

- La banalisation de leur asthme

La banalisation de l'asthme par le patient est un obstacle majeur d'après les médecins interrogés. Le médecin 1 déclarait que les patients ne prenaient pas forcement conscience de la rapidité et gravité potentielle d'un asthme et reconnaissait un possible déficit d'éducation thérapeutique.
Il devient normal pour un patient qui banalise d'oublier parfois la prise de son traitement de fond ou de demander un renouvellement de son traitement asthmatique à la dernière seconde ou par téléphone et pour le médecin qui banalise, il est normal d'accepter sans condition ou précaution.

- L'acceptation de l'asthme aurait des stades en fonction de l'âge des patients

Plusieurs médecins décrivaient une évolution dans le temps de l'acceptation de l'asthme. Le jeune enfant serait bien pris en charge par les parents, l'adolescent entamerait des conduites à risque tel le le refus des traitement, le tabac,etc, l'adulte serait plus sérieux concernant sa prise en charge avec parfois une exaspération ou curiosité conduisant à l'arrêt des traitements ou autre conduite à risque, enfin l'observance serait bonne chez la personnes âgée.
Cette observation s'est confirmée dans une étude japonaise réalisée sur 204 patients asthmatiques de 2004 à 2011. [81] L'observance était basse et les prises de risque élevées chez le groupe jeune et une inversion des tendances était observée au fur et à mesure de l'avancée des âges.

- L'épuisement moral du patient

A force de complications et d'hospitalisations répétées, le bon équilibre pouvait être jugé par le patient comme sans espoir et l'exaspération pouvait conduire au refus de traitement même en cas de signe de gravité. Le médecin 2 mentionnait un refus du patient d'une hospitalisation nécessaire chez un asthmatique avec des signes de gravité.
Dans la littérature, l'apparition d'un trouble psychiatrique est un facteur de risque majeur [83]. On peut donc parfois se retrouver dans un cercle vicieux avec un asthme non contrôlé aggravant un syndrome dépressif et un syndrome dépressif empêchant un bon contrôle de l'asthme.

IV. 3. 2. Les attentes des patients parfois floues pour les médecins

Les attentes des patients étaient souvent floues durant les interviews. Bien que beaucoup estimaient que le patient recherchait une meilleure qualité de vie, ils reconnaissaient aussi souvent ne jamais s'être posé la question ou avoir posé la question à leur patient.
Dans la littérature, les médecins généralistes aurait du mal à cerner le ou les attentes des patients au cours d'une prescription [84]. Elles ne seraient rarement demandées et plutôt estimées par le médecin selon sa vision du problème.
Dans le cas de l'asthme, même si la recherche d'une meilleure qualité de vie est évidente, des objectifs secondaires et plus personnels pourraient éventuellement être retrouvés permettant une meilleure approche des motivations du patient et de faciliter le discours d'éducation thérapeutique

IV. 3. 3. l'éducation thérapeutique

- L'éducation initiale serait parfois mal conduite entraînant de mauvaises habitudes

Le médecin 2, jeune médecin, expliquait avoir moins de difficulté avec les jeunes asthmatiques récemment diagnostiqués qu'avec les vieux asthmatiques qu'il avait repris parce que ces derniers avaient pris et entretenu de mauvaises habitudes.
En effet les différentes publications défendent l'idée d'un meilleur contrôle de la maladie chez les patients « éduqués » [61][71] mais l'ANAES [56] et le GINA [12] insistent sur la précocité de cette éducation thérapeutique.
L'éducation thérapeutique devrait se produire tôt dans l'histoire de la maladie et se répéter régulièrement dans le suivi pour diminuer le risque de pratiques inefficaces.

- Les techniques d'utilisation des aérosols et spray seraient souvent mal comprises

Les spray et aérosols sont fréquemment mal utilisés. Les médecins interviewés notamment le médecin 6 décrivaient des situations parfois abracadabrantes lorsqu'ils demandaient aux patients de leur montrer comment ils procédaient.
De nombreuses études montrent que les techniques d'utilisation sont souvent mal appliquées [85] [86] et que seuls 54% des utilisateurs d'un Turbuhaler complétaient correctement toutes les étapes [87]. Les raisons semblent diverses mais la bonne éducation de la part du médecin généraliste est un critère important, or des études montraient que seulement 15 à 69 % des professionnels de soins,

toutes catégories confondues, pouvaient montrer la bonne utilisation d'un inhalateur [86][88] et que un faible nombre en avait eu la démonstration [87].
Plusieurs médecins mentionnaient qu'ils avaient dans leurs tiroirs des modèles d'essai fournis par les laboratoires et que cela leur donnait la possibilité d'en faire la démonstration aux patients de la technique d'utilisation. Le médecin 6 leur demandait de revenir après l'obtention du dispositif à la pharmacie mais signalait que ce n'était pas toujours le cas.
Une étude de 2013 mettait en évidence une meilleure technique chez l'enfant asthmatique en cas de représentation visuel par images des différentes étapes d'utilisation. [89]

- Mauvaises pratiques des patients lors d'une crise et absence de plan d'action écrit

D'après les médecins de l'étude, les patients avaient une mauvaise utilisation des bronchodilatateurs d'action rapide avec un rythme de prise parfois aléatoire. Le médecin 5 s'interrogeait sur la difficulté de prise en cas de dyspnée avec des systèmes déjà difficilement pris en temps normal.
Bien que le médecin 1 ait mentionné les PAI pour l'enfant et le médecin 8, des conditions de consultation en urgences par oral, aucun n'a parlé de plan d'action écrit pour l'adulte. Plusieurs études démontrent pourtant leur efficacité significative dans le contrôle de la maladie asthmatique [57][76]

- l'entourage n'est pas décrit comme un obstacle

L'entourage n'était pas décrit comme un obstacle durant les interviews mais au contraire comme un soutien nécessaire et utile au médecin.
L'ANAES [56], dans leurs recommandations, mentionnait que l'éducation thérapeutique s'adressait aussi aux proches du patient et que la compréhension de la maladie par ces derniers améliorait la prise en charge de manière générale.

IV. 4. Les obstacles liés au système de santé

IV. 4. 1. L'organisation des soins

- Le manque de temps

Le manque de temps est un obstacle abondamment cité et mentionné à tous les stades du suivi du patient asthmatique.
Une étude sur les caractéristiques des consultations de médecine générale en France en 2014 estimait qu'une consultation comprenait 2,6 motifs de consultation pour 2,2 résultats de consultation dans un temps de 16,7 min [90]. On comprend donc que dans une consultation « classique » le temps pour comprendre les motivations du patient, la constitution de son entourage, la recherche des critères de contrôle, la démonstration des techniques d'utilisation des inhalateurs, la constitution d'un plan d'action écrit est compliqué.
Bien que se plaignant du manque de temps, le médecin 2 et 5 insistaient sur l'importance de le prendre au début pour en gagner sur les années à venir.

- Absence d'aide informatique

Alors que la totalité des médecins étaient informatisés, peu d'entre eux utilisaient ou connaissaient les aides au suivi proposées par leur logiciel et aucun ne l'utilisait pour l'asthme.
Actuellement, plusieurs logiciels de dossiers médicaux proposent un tableau avec les critères de contrôle à remplir lorsque l'antécédent d'asthme est coché ou un rappel annuel sur le dernier EFR réalisé. Ils étaient inconnus des médecins interrogés.

- Le suivi de l'asthme souvent noyé sous d'autres motifs de consultations

Le médecin 7 estimait comme exceptionnel d'avoir une consultation exclusivement dédiée à l'asthme. L'asthme était rarement le motif premier d'un consultation d'après le médecin 8, mais plutôt un motif arrivant en fin de consultation.
En effet comme dit précédemment, un médecin généraliste voit en moyenne 2,6 motifs par consultations [90]. Si le sujet est mentionné sur les dernières ou la dernière minute, la recherche de l'ensemble des éléments spécifiques est bien évidement plus restreinte. Dans ces conditions, beaucoup des médecins interviewés font une consultation de l'asthme rapide en une à deux minutes même si le médecin 9 insistait auprès du patient pour une seconde consultation orientée sur l'asthme dans un délai court.

- Les médecins se rendaient disponibles pour leur patients

En dépit du manque de temps, tous les médecins se disaient disponibles et facilement joignables par téléphone en cas de complication ou incompréhension du patient. Le médecin 2 disait qu'un manque de disponibilité se finissait rapidement en une surconsommation des services d'urgences et qu'une réponse rapide même téléphonique permettait d'éviter ce problème. Rappelons qu'une prise en charge aux urgences revient à une hausse nette du coût de la prise en charge de l'asthme. [10]

- Le DEP serait inutilisable en consultation

De tous les médecins interviewés, seuls les médecins 2 et 9 l'utilisaient de manière régulière et le médecin 3 parfois en cas de doute diagnostic.
Le DEP est pourtant un bon reflet de la fonction pulmonaire d'après le GINA bien que pas aussi performant que les EFR [12]. Il a l'avantage d'être simple d'utilisation. La littérature suggère un meilleur contrôle de la maladie en se basant sur la meilleure valeur personnelle plus que la valeur théorique [60]. Cette donnée implique de réaliser régulièrement une DEP pour obtenir cette valeur de référence.
Les obstacles mentionnés à l'utilisation du DEP en consultation seraient principalement l'hygiène, l'obtention/coût et la motivation du médecin. Même avec la présence d'un embout, un sérieux doute était émis par les médecins quant à la propreté du geste. Les moyens d'obtention de ces mêmes embouts étaient inconnus et quand ils étaient connus, comme par le médecin 1, il était estimé trop cher pour le bénéfice apporté. Actuellement, les différents services français de matériels médicaux les proposent entre 10 et 20 € les 100 embouts.

IV. 4. 2. Les sources d'information concernant le suivi de l'asthme

- Le défaut de formation des médecins

Aucun des médecins interrogés n'a eu de formation sur l'asthme ces dernières années. Le médecin 6 reconnaissait qu'une FMC sur l'asthme ne le passionnait pas particulièrement et le médecin 1, jeune médecin, en constatant des embouts non utilisés et présents de longue date dans les tiroirs de ses confrères, se demandait si ces derniers avait été formés à l'intérêt du DEP. Plusieurs des médecins précisaient ne plus être aussi sûrs des recommandations.
Les différents sites gouvernementaux de formation médicale continue des Côtes-d'Armor proposaient pourtant des formations ou articles de 2016 ou 2017 sur le suivi de l'Asthme.

- L'ancienneté des recommandations

Le Médecin 3 précisait qu'il utilisait de vieux schémas décisionnels concernant l'asthme et que les indications thérapeutiques avaient certainement changé depuis.
Les recommandations du GINA se mettent à jour quasiment tous les ans et précisent qu'elle doivent être adaptées par pays en fonction de l'économie et du modèle de santé [12] mais les recommandations françaises de l'ANAES reprises par l'HAS datent de 2004 [53] sans mise à jour officielle depuis.

- Multiples spécialités médicamenteuses et influence de l'industrie pharmaceutique

Parmi les médecins, il était signalé un vaste arsenal thérapeutique spécifique de l'asthme qui bien qu'il permettait de faire face à la majorité des cas mais aussi laissait planer la confusion dans les thérapeutiques à suivre.
Une étude de 2014 menée sur 301 adultes montrait que, pour une classe médicamenteuse identique, que ce soit en diskus, aérosol, turbohaler, etc, il n'y avait pas de consensus formel sur une forme qui réduisait le nombre d'erreur ou plus simple à utiliser pour le patient [91]. Ce choix revient donc au médecin.
Le médecin 9 précisait entendre parfois des propos mensongers de la part des visiteurs médicaux et de ne jamais utiliser d'emblée un nouveau dispositif. Il attendait les retours de la littérature notamment la revue prescrire pour s'épargner de mauvaises surprises.

IV. 5. Les obstacles spécifique à l'asthme

IV. 5. 1. Obstacles gênant la prise en charge par le médecin généraliste

- Doute diagnostic de la maladie asthmatique

Le médecin 10 évoquait un diagnostic de l'asthme parfois trop précipité et erroné.
Rappelons que le diagnostic formel de l'asthme nécessite la mise en évidence d'un trouble ventilatoire obstructif réversible idéalement avec une épreuve fonctionnelle respiratoire. Or, dans l'étude AIRE, 54% des asthmatiques déclarait n'avoir jamais réalisé d'EFR [67]
Quoiqu'il en soit, le rythme des EFR annuel était respecté chez les médecins interviewés

Le médecin 6 remarquait que les signes cliniques pouvait parfois être discret et passer inaperçu si le patient n'en parlait pas directement, retardant ainsi le diagnostic. C'est dans ces situations de doute que le médecin 3 disait se référer à la mesure du DEP.
La littérature allait dans le sens des observations [78]

- Critères de suivi sous utilisés

La fréquence d'utilisation des bronchodilatateurs d'action rapide et des crises était très utilisée comme critère de surveillance mais le retentissement sur la vie quotidienne et les symptômes nocturnes étaient mentionnés chez moins de la moitié des médecins de l'étude . Le médecin 8 disait ne plus bien se souvenir des stades de contrôles de l'asthme avec toutes les « cases » à remplir. Aucun des médecins interviewés n'utilisait les échelles d'évaluation du contrôle tel ACT ou ACQ (Annexe 1)

- La rapidité de l'évolution des symptômes

Beaucoup des médecins de l'étude mentionnaient la rapidité de l'aggravation des symptômes lors d'un décompensation amenant auprès du médecin un doute sur la prise en charge en cas de décompensation modérée. Elle obligeait le médecin à se demander si sa prescription serait toujours suffisante au retour à domicile.
Le GINA reconnaît aussi la rapidité de l'évolution des symptômes dans un sens comme dans l'autre [12]. A cela, il souligne l'importance d'une bonne éducation pour permettre l'autogestion du patient et la reconnaissance des signes de gravité [61]. Le contrôle est d'autant plus grand, avec une diminution significative des visites aux urgences et hospitalisation, lorsque l'autogestion est accompagnée d'un plan d'action écrit [59].

- Les aérosols par nébulisation ne peuvent être prescrits par un médecin généraliste même en cas de crise

Les médecins 1 et 2, tous deux jeunes médecins, estimaient parfois nécessaire la prescription d'aérosol par nébulisation, mais se retrouvaient bloqués par l'absence d'AMM pour le médecin généraliste.

La littérature, par contre, ne donnait pas raison aux deux médecins estimant, dans une étude de 2012, une efficacité similaire, meilleure facilité d'emploi et meilleur prix de l'inhalateur avec chambre au détriment de la nébulisation [92].

IV. 5. 2. Obstacles gênant la participation active du patient

- L'angoisse de la crise serait un facteur aggravant pour la crise et un avantage pour la participation du patient

L'aggravation de la détresse respiratoire à cause de facteurs émotionnels était mentionnée par le médecin 5.
Une étude 2014 prétendait que les déclencheurs psychologiques expliquaient à eux seuls à 33,9% des variations des symptômes [93]
Les médecins 4 et 9, quant à eux, estimaient que, au vu du caractère anxiogène de la dyspnée, l'observance des patients s'améliorait pour éviter une nouvelle crise.
Par contre, la même étude n'allait pas dans ce sens en retrouvant statistiquement une diminution du contrôle de l'asthme dans les 3 à 6 mois suivant les déclencheurs psychologiques [93]. A noter que cette baisse de contrôle était perçue sur les signes cliniques et n'avait aucun retentissement sur la fonction respiratoire (VEMS).

- Difficulté du patient à caractériser l'importance de la gêne

Durant les interviews, plusieurs des médecins précisaient qu'en dehors d'une crise aiguë, les patients avaient du mal à caractériser l'importance de leur gêne. Le médecin 6 parlait d'un patient ayant progressivement limité ses efforts sans que ce dernier se ressente comme malade.
En effet dans l'étude AIRE, 49% des patients décrivant les signes d'un asthme non contrôlé se pensaient équilibrés [67].
Les signes s'installent parfois progressivement et le patient inconsciemment module ses efforts à sa nouvelle autonomie sans se rendre compte de la différence par rapport à des mois ou années auparavant. Chez ces patients, l'asthme ne fait pas partie des motifs de consultations puisque la gêne n'est pas ressentie et si le médecin ne la cherche pas non plus, le contrôle peut progressivement se dégrader.

IV. 6. Le terrain du patient

IV. 6. 1. L'environnement

- Le tabac

Le tabac est l'un des obstacles massivement cité dans les entretiens. Dans plusieurs exemples mentionnés par les médecins, le persistance du tabac était la principale cause empêchant le bon contrôle de l'asthme.
En 2002, la population de fumeur régulier était estimée à environ 30% de la population adulte de l'Union Européenne, pour un chiffre entre 15 et 25% pour la population asthmatique en fonction des pays [94][95]. Une étude américaine a montré un taux d'hospitalisation trois fois plus fréquent chez les fumeurs sur une période de 12 mois [96].
Le tabagisme entraîne un large rejet de neutrophiles dans les expectorations [97] or les corticoïdes, base du traitement de fond du patient asthmatique, offre une faible réponse sur les neutrophiles. Le tabac n'est donc, d'après la littérature, pas seulement un facteur déclencheur de crise mais développe aussi une résistance au traitement de fond.
Le médecin 8 faisait remarquer, contre toute attente, que le tabac n'était pas un problème en cas d'asthme bien contrôlé par son traitement, même si il reconnaissait que le tabac était, de préférence, à arrêter.

- La pollution

La pollution atmosphérique, elle, était peu abordée. Elle a été rapidement évoquée par le médecin 9.

Dans une étude comportant plus de médecins avec un patientèle exclusivement urbaine dans une grande agglomération, ce sujet aurait certainement été plus présent.
Son importance en tant que facteur déclenchant et prédisposant, à tous les différents stades de la vie, n'est plus discutable dans les publications [98].

IV. 6. 2. Les pathologies associées

- La présence de maladie associée rend souvent difficile de faire la part des choses

La gestion du contrôle de l'asthme était jugée plus compliquée lors de l'association de plusieurs autres maladies durant les entretiens. Le médecin 2 décrivait le cas d'un patient asthmatique avec une insuffisance cardiaque tandis que le médecin 4 mentionnait un contrôle difficile chez un patient associant une BPCO à son asthme.
Dans l'étude japonaise précédemment citée, la tranche d'âge des plus de 65 ans avait le plus haut taux d'asthme persistant sévère malgré la meilleure observance. Ceci était expliqué par le fait qu'elle partageait aussi le plus haut taux de maladies chroniques associées tel l'hypertension, cardiopathie, diabète, BPCO [82].
En cas de pathologie multiple, les signes cliniques peuvent parfois se confondre, la décompensation de l'une peut parfois décompenser une autre, les prescriptions peuvent faire l'objet de contre-indications ou interactions,... L'ensemble de ce tableau sème parfois auprès du médecin la confusion ou le confronte à la balance bénéfice-risque.

- Une maladie psychiatrique associée rend le contrôle de l'asthme plus compliqué qu'avec les autres maladies

Les médecins 8 et 9 prenaient pour exemple des cas difficiles en raison de troubles anxio-dépressifs, voire des comportements autodestructeurs conduisant à des conduites à risques et un effondrement de l’observance.
La littérature décrit les troubles psychiatriques comme un facteur de risques de mauvais contrôle significativement supérieur aux autres maladies chroniques [83]. Le GINA inclut les désordres psychiatriques parmi les facteurs de risque de décès par asthme (tableau 4)[12] nécessitant une hospitalisation en cas de décompensation.
Les troubles psychiatriques sont bien souvent associés à un défaut d’observance mais les facteurs émotionnels peuvent aussi déclencher une crise ou amener le patient à prendre des risques tel la toxicomanie ou le tabac, autant de facteurs troublant le contrôle d'un asthme.

IV. 7. Les aides extérieures des médecins généralistes pour faciliter le suivi

IV. 7. 1. Les services extérieurs d'éducation thérapeutique

- Écoles de l'asthme inégalement réparties

Aucun des patients des médecins interviewés n'avait bénéficié d'une éducation fournie par une école de l'asthme. Les services d'éducation spécialisés étaient soit absents soit inconnus des médecins de l'étude.
En effet, bien que l'éducation thérapeutique ait une importance cruciale dans le contrôle de l'asthme [70] et que le médecin généraliste manque de temps pour la pratiquer correctement, les services d'éducation thérapeutique ne sont pas utilisés.
Plusieurs raisons à cela ont été rapportées par la littérature. [99] Les écoles de l'asthme sont inégalement réparties sur le territoire et le réflexe n'est pas pris par les médecins. Mais il faut garder à l'esprit que certaines caisses d'assurance maladie offrent des séances d'éducation pour certaines maladies chroniques dont l'asthme mais sont malheureusement, elles aussi, inconnues du grand public ou des médecins et inégalement réparties sur le territoire. A préciser que depuis 2009 et la loi

HPST (loi Bachelot), l'éducation thérapeutique est comprise dans le parcours de soin et bénéficierait donc d'un remboursement par l'assurance santé.
Dans le cas des médecins interrogés, une école de l'asthme existait à une distance de 40 à 110 km en fonction des médecins.

- Les réunions d'éducation thérapeutique sont utilisées par ceux qui en ont le moins besoin

Le médecin 9 avait mentionné brièvement l'une de ces séances d'éducation proposées par une caisse d'assurance maladie, mais pour préciser que les patients venant à ces séances étaient toujours les mêmes et souvent ceux qui en avaient le moins besoin.

IV. 7. 2. Les pneumologues

- La disponibilité des pneumologues seraient dépendante des régions

Les propos rapportés concernant la disponibilité des spécialistes différaient en fonction de la location des médecins interrogés. De manière générale, les pneumologues de ville étaient décrits comme disponibles et facilement joignables. Le médecin 2 précisait que la rapidité de la prise en charge dépendait de si le patient était déjà connu ou non du pneumologue.
En 2016, la France dénombrait 1110 pneumologues avec une activité libérale ou mixte, mais inégalement répartis sur le territoire français [100]. Les Côtes-d'Armor possédait, quant à elle, une forte densité de pneumologues.

- La secrétariat rendrait les pneumologues hospitaliers moins joignables que ceux de ville

Plusieurs des médecins interviewés, dépendant d'hôpitaux différents, signalaient la barrière systématique exercée par les services de secrétariat des pneumologues hospitaliers.
En 2016, 1684 pneumologues étaient reconnus comme salariés [100]. Leur nombre est donc plus grand que les libéraux mais pour une charge de travail différente.
La question peut éventuellement se poser de savoir si un membre d'un secrétariat peut se permettre de refuser un médecin et il est difficile de savoir si cette décision est à l'initiative de la secrétaire ou après avoir reçu des consignes du pneumologue.

- Une relation amicale entre le médecin généraliste et le spécialiste accélérerait la prise en charge

Le médecin 6 possédait les numéros personnels de deux pneumologues avec qui il disait avoir une relation privilégiée lui permettant d'avoir une prise en charge rapide quand il appelait.
Le médecin 5 qui avait pratiqué la majeure partie de son exercice dans l'Oise signalait avoir beaucoup de difficulté à obtenir une prise en charge par un pneumologue pour ses patients, ce qui n'était pas le cas avant. Il précisait aussi être, dans sa précédente région, bien connu, ce qui facilitait grandement le dialogue.

- Les pneumologues offrirait des soins de qualité et nettement supérieurs dans le suivi de l'asthme d'après les médecins généralistes.

Quatre des médecins interviewés reconnaissaient directement la supériorité de la prise en charge spécialisée.
Une étude de 2010 menée sur 308 patients sur 3 ans retrouvait une amélioration significative de la qualité de vie d'un asthmatique en cas de prise en charge par un pneumologue contre une prise en charge par un médecin généraliste. [101]
Dans les entretiens, il en découlait une grande confiance dans les prescriptions du pneumologue. Les médecins 1 et 7 disaient avoir déjà renouvelé les traitements d'un patient asthmatique, qui avait eu une consultation de pneumologie récente, sans vérifier les critères de contrôle.

IV. 7. 3. Les pharmacies

- Les médecins généralistes auraient confiance dans les pharmaciens pour l'enseignement des techniques de prise médicamenteuse

Bien que certains des médecins de l'étude essayaient de montrer à leur patient les techniques de prise des aérosols, la majorité pensait, sans en être sûr, que les techniques étaient expliquées et montrées à la pharmacie.
Malheureusement, dans la littérature, en dépit du fort impact éducatif, la majorité des pharmaciens se limitait à une éducation minimale concernant les techniques de prise. Les techniques étaient expliquées par des instructions verbales sans démonstration visuelle [87]

IV. 8. Le développement des aides des médecins généralistes comme voie d'amélioration du suivi

- L'obtention de fascicule décisionnel rapide informatique ou non

Les médecins jugeaient utile l'obtention d'un fascicule décisionnel rapide plastifié et informatisé.
En effet comme signalé précédemment certains ne se souvenaient plus précisément de tous les critères de surveillance mais surtout se sentaient perdus devant la multiplicité des spécialités médicamenteuses et, dans quel cas, favoriser un système.

- La création de centre spécialisé dans l'éducation thérapeutique

Le médecin 7 estimait intéressante la création de centre d'éducation thérapeutique.
Ces centres existent déjà, il s'agit des écoles de l'asthme. Mais pour obtenir une réponse significative, il était proposé d'augmenter le nombre de structure au niveau national, de promulguer ces centres, de sensibiliser l'ensemble de la population à l'importance de l'éducation thérapeutique et de rembourser les soins [99], ce qui est le cas depuis la loi Bachelot .
A ce jour, on compte 98 écoles de l'asthme réparties sur l'ensemble du territoire français, chaque année, une journée dédiée à l'asthme cherche à sensibiliser le grand public et les caisses d'assurance maladie proposent, elle aussi, des séances épisodiques d'éducation thérapeutique. Malheureusement les écoles de l'asthme ne font pas encore partie des schémas décisionnels de la majorité des médecins et patients.

- Organisation de réunions régulières et pluridisciplinaires

Deux des médecins proposaient l'établissement de réunions régulières entre médecins généralistes et pneumologues pour discuter du rôle de chacun, des attentes du pneumologue envers le médecin généraliste et inversement, des points à retravailler, des dernières recommandations,...
A noter que le médecin 6 avait déjà mis en place des réunions régulières dans son cabinet entre les différents médecins généralistes de son cabinet, une fois par mois sur un sujet de l'ARS.

- Le développement du DEP à domicile

Pour pallier au manque d'utilisation du DEP durant les consultations de suivi, le médecin 8 suggérait que chacun des patients ait leur propre DEP à domicile.
Une étude américaine publiée en 2012 montrait un bénéfice à la surveillance du DEP à domicile. Elle avait été menée sur 77 enfants de 7 à 11 ans et mettait en avant une amélioration de la qualité de vie chez les enfants bénéficiant du monitorage, avec une diminution des passages dans un service d'urgences, des visites chez le médecin généraliste et des jours manqués à l'école [102]. Cela permettait de quantifier le contrôle de l'asthme, d'intervenir tôt dans l'apparition des symptômes et d'avoir une communication plus efficace avec le médecin traitant.

Par contre, dans les dernières recommandations du GINA [12], le monitorage du DEP sur le long terme n'est recommandé que pour les patients avec un asthme sévère ou avec une disparité entre les symptômes et le trouble ventilatoire obstructif.

- formation à la réalisation d'EFR au cabinet

La question des EFR au cabinet du médecin généraliste avait été discutée par les médecins 2 et 6 mais le temps déjà manquant, la compétence à les interpréter et leur place dans le suivi gênaient les médecins.
Les résultats d'une étude française de 2014 évaluaient que seulement 5% des internes de médecine générale s'estimaient aptes à réaliser et interpréter une spirométrie [103]. Une formation serait donc nécessaire mais ne résoudrait pas pour autant la question du temps. Un tel acte, suivi de son interprétation et des prescriptions en fonction des résultats prend bien évidemment plus de temps qu'un consultation « classique » d'un médecin généraliste. Une EFR réalisée par un médecin généraliste dispense-t-elle de consulter un pneumologue ? En rappelant la supériorité de la qualité des soins apportés par le pneumologue concernant l'asthme [101]

V. CONCLUSION

Ce travail qualitatif par entretiens semi-dirigés mené auprès de médecins généralistes des Côtes-d'Armor avait pour objectif la mise en valeur et la compréhension des obstacles concrets au suivi du patient asthmatique.

L'asthme est souvent une maladie partiellement contrôlée, pourtant elle est de plus en plus fréquente en France et entraîne de sérieuses conséquences sur la qualité de vie du patient et l'économie du pays.

De nombreux obstacles ont été mis en évidence dans cette étude qu'ils soient organisationnels ou spécifiques à l'asthme. Les médecins de l'étude mentionnaient surtout le manque de temps pour une bonne prise en charge, le défaut d'éducation thérapeutique en particulier sur les techniques de prise médicamenteuse et la réticence des patients. Cela aboutissait parfois à un renouvellement des traitements de l'asthme sans réévaluation ou avec une réévaluation partielle. Les différents médecins insistaient sur le manque de temps à tous les stades du suivi du patient et sur la difficulté d'acceptation de la maladie chez ces derniers. Moins souvent, étaient évoqués un défaut de formation avec d'anciens schémas décisionnels en tête et une multiplicité des spécialités médicamenteuses entraînant la confusion chez le médecin. La pollution atmosphérique n'avait été que très peu mentionnée, certainement due à la patientèle concernée, plutôt rurale et semi-rurale.

L'éducation thérapeutique était décrite comme le parent pauvre du suivi du patient asthmatique. Les techniques de prise médicamenteuse étaient souvent mal comprises de leurs patients d'après les médecins. Beaucoup d'entre eux se reposaient sur les pharmaciens pour l'enseignement du bon maniement. Un jeune médecin précisait aussi qu'une mauvaise éducation initiale rendait compliquée la suite de la prise en charge en ayant plus de difficultés avec les vieux asthmatiques repris que les asthmatiques fraîchement diagnostiqués. Les médecins affirmaient aussi que leurs patients avaient souvent du mal à évaluer l'importance de leur gêne due à l'asthme. Chez aucun des médecins, les plans d'action écrits n'étaient utilisés chez l'adulte. A côté de cela, les services extérieurs d'éducation thérapeutique telles les écoles de l'asthme faisaient partie des oubliés et étaient soit absents de la région soit méconnus des médecins.

L'analyse des interviews mettait aussi en évidence la représentation et les attentes des médecins et des patients du point de vue des médecins. La maladie asthmatique était souvent, consciemment ou non, banalisée de la part des patients comme des médecins. L'asthme était fréquemment un motif de consultation secondaire pour le patient et était évoqué rapidement en fin de consultation. Par ailleurs, les objectifs recherchés par leur population d'asthmatiques étaient flous pour le médecin. Même si beaucoup pensaient que l'objectif recherché était majoritairement l'amélioration de la qualité de vie, ils reconnaissaient aussi ne jamais s'être ou avoir posé la question, souvent faute de temps.

Il est donc nécessaire de renforcer le suivi du patient asthmatique sans insister sur la médication mais plutôt sur l'éducation thérapeutique avec la connaissance de la maladie, de l'utilité et de la maîtrise technique des aérosols et l'établissement systématique d'un plan d'action écrit à tout âge accompagné d'une surveillance du DEP. Ce temps pris au début de l'histoire de la maladie permettrait d'en gagner par la suite améliorant la qualité de vie, diminuant le nombre de complications et par conséquent le nombre de consultations non prévues auprès du médecin généraliste ou des services d'urgences.

VI. BIBLIOGRAPHIE

[1] Asthma. World Health Organization. Fact sheet No. 307. nov 2013

[2] Delmas MC, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Fuhrman C. Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne — Analyse des données de l'enquête décennale sante 2003 de l'Insee. Saint-Maurice (France): Institut de veille sanitaire, février 2008, 89.

[3] Com-Ruelle L, Crestin B, Dumesnil S. L'asthme en France selon les stades de severite. No 1290. Paris: CREDES; 2000

[4] Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. Questions d'économie de la sante IRDES no 138. 2008.

[5] rapport Kouchner. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005

[6] Delmas MC, Guignon N, Leynaert B, Moisy M, Marguet C, Fuhrman C. Augmentation de la prévalence de l'asthme chez le jeune enfant en France. Rev Mal Respir 2016. Doi : 10.1016/j.rmr.2016.09.002.

[7] L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees), Paris, 2017.

[8] L'état de santé de la population en France. Rapport 2011. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees), Paris, 2011.

[9] Com-Ruelle L, Grandfils N, Midy F, Sitta R : Les déterminants du coût médical de l'asthme en Ile de France. Credes. Paris 2002. 144

[10] Chouaid C. Vergnenègre A. Vandewalle V. Liebaert F. Khelifa A. Coût de l'asthme en France : modélisation médico-économique par un modèle de Markov. Revue maladie respiratoire juin 2004 ; vol 21 : 493-499.

[11] Sistek D. Tschopp JM. Schindler C. Brutsche M. Ackermann-Liebrich U. Perruchoud AP. Et al. Clinical diagnosis of current asthma : predictive value of respiratory symptoms in the SAPALDIA study. Swiss study on air pollution an lung diseases in adults. Eur respir J 2001 ; 17 : 214-219

[12] Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) updated 2018

[13] Boulet LP. Asthma and obesity. Clin Exp Allergy 2013;43:8-21

[14] Nurmatov U, Devereux G, Sheikh A. Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy : systematic review and meta-analysis. J Allergy Clin Immunol 2011;127:724-733.e1-30

[15] Celedon JC, Milton DK, Ramsey CD, Litonjua AA, Ryan L, Platts-mills TAE, Gold DR, Exposure to dust mite allergen and endotoxin in early life and asthma and atopy in childhood. J Allergy Clin Immunol 2007 ; 120:144-9

[16] Takkouche B, Gonzalez-barcala FJ, Etminan M, Firzgerald M, Exposure to furry pets and the risk of asthma and allergic rhinitis : a meta-analysis. Allergy 2008;63:857-864

[17] Bufford JD, Gern JE, Early exposure to pets: good or bad ? Current allergy & asthma reports 2007;7:375-82

[18] Wongtrakool C, Wang N, Hyde DM, Roman J, Spindel ER, Prenatal nicotine exposure alters lung function and airway geometry through7 nicotinic receptors. Am J Respir Cell Mol Biol 2012;46:695-702

[19] Burke H, Leonardi-bee J, Hashim A, Pine-abata H, Chen Y, Cook DG, Britton JR, et al. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze : systematic review and meta-analysis. Pediatrics 2012;129:735-744

[20] Boyatte G, Lodge C, Lowe AJ, Erbas B, Perret J, Abramson MJ, Matheson M, et al. The influence of childhood traffic-related air pollution exposure on asthma, allergy and sensitization : a systematic review and a meta-analysis of birth cohort studies. Allergy 2015 ; 70:245-256

[21] Pénard-morand C, Annesi-Maesano I, Maladies allergiques respiratoires et pollution atmospherique extérieure, Rev Mal Respir oct 2008 ; 25, n°8 : 1013-1026

[22] Chalmers GW, Macleod KJ, Little SA, Thomson NC, influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroids treatment in mild asthma, thorax 2002 ; 57(3):226-230

[23] Lazarus SC, ChinchillVM, Rollings NJ, Boushey HA ; National Heart Lung and Blood institute's asthma clinical research network. Smoking affects response to inhaled corticosteroids or leucotriene receptor antagonists in asthma. Am J Respir Crit Care Med 2007 Apr 15 ; 175(8) : 783-790

[24] Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Pauwels RA, et Al. Can guideline-defined asthma control be achieved ? The gaining optimal asthma control study. Am J respir Crit Care Med 2004 ; 170(8):836-844

[25] Alvarez GG, Schulzer M, Jung D, Fitzgerald JM, A systematic review of risk factors associated with near-fatal and fatal asthma. Can Respir J 2005;12:265-270

[26] Roberts G, Patel N, Levi-schaffer F, Habibi P, Lack G, Food allergy as a risk factor for life-threatening asthma in childhood : a case-controlled study. J Allergy Clin Immunol 2003 ; 112:168-174

[27] Donahue JG, Weiss ST, Livingston JM, Goetsch MA, Greineder DK, Platt R, Inhaled steroids and the risk of hospitalization for asthma. JAMA 1997;277:887-891

[28] O'Byrne PM, Pedersen S, Lamm CJ, Tan WC, Busse WW, Severe exacerbations and decline in lung fonction in asthma. Am J Respir Crit Care Med 2009;179:19-24

[29] Pauwels RA, Pedersen S, Busse WW, et Al. Early intervention with budesonide in mild persistant asthma : a randomised, double-blind trial. Lancet 2003 ; 361:1071-1076

[30] Rosenhall L, Borg S, Andersson F, Ericsson K. Budesonide/formoterol in a single inhaler (Symbicort) reduces healthcare costs compared with separate inhalers in the treatment of asthma over 12 months. Int J Clin Pract. 2003 Oct;57(8):662-667

[31] Gex G, Nendaz M, Janssens J-P, Les leucotriènes dans le traitement de l'asthme, Rev Med Suisse 2006;2:31370

[32] Chauhan BF, Ducharme FM, anti-leukotriene agents compared to inhaled corticostéroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children. Cochrane Database Syst Rev 2012;5:CD002314

[33] Quelle place pour Xolair dans le traitement de l'asthme sévère ? HAS dec 2017

[34] Travers AH, Milan SJ, Jones AP, Camargo CA, Jr., Rowe BH, Addition of intraveinous beta(2)-agonists to inhaled beta2)-agonists for acute asthma. Cochrane Database Syst Rev 2012;12 :CD010179

[35] Nair P, Milan SJ, Rowe BH, addition of intraveinous aminophylline to inhaled beta(2)-agonists with acute asthma. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD002742

[36] Reddel HK, Busse WW, Pedersen S, Tan WC, Chen YZ, Jorup C, Lythgoe D, et al. Should recommendations about starting inhaled corticoïd treatment for mild asthma be based on symptom fréquency : a post-hoc efficacy analysis of the START study. Lancet 2017;389:157-166

[37] Cates CJ, Karner C. Combinaison formoterol and budesonide as maintenance and reliever therapy versus current best practive (including inhaled steroïd maintenance), for chronic asthma in adults and children. Cochrane Daatabase Syst Rev 2013;4:CD007313

[38] Bateman ED, Harrison TW, Quirce S, Reddel HK, Buhl R, Humbert M, Jenkins CR, et Al. Overall asthma control achieved with budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy for patients on different treatment steps. Respir Res 2011;12:38

[39] Rank MA, Hagan JB, Park MA, Podjasek JC, Samant SA, Volcheck GW, Erwin PJ, et al. The risk of asthma exacerbation after stopping low-dose inhaled corticosteroids : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trails. Jallergy Clin Imunol 2013;131:724-729

[40] Mathevon T, Gopauloo L, Schmidt J, Traitement de la crise d'asthme aiguë chez l'adulte , mt juillet-août2005;11(4):248-253

[41] Rodrigo GJ, Verde MR, Peregalli V, Rodrigo C, Effects of short-term 28% and 100% oxygène on PaCO2 and and peak expiratory flow rate in acute asthma. A randomized trial. Chest 2003 ; 124:1312-1347

[42] Cates CJ, Welsh EJ, Rowe BH, Holding chambers(spacer) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. Cochrane Database Syst Rev 2013

[43] Newman KB, Milne S, Hamilton C, Hall K, A comparaison of albuterol administered by metered-dose inhaler and spacer with albuterol by nebulizer in adults presenting to an urban emergency department with acute asthma. Chest 2002;121:1036-1041

[44] Rodrigo Gj, Rodrigo C, Continuous vs intermittent beta-agonists in the treatment of acute adult asthma : a systematic review with meta-analysis. Chest 2002;122:160-165

[45] Camargo CS, Jr., Spooner CH, Rowe BH, Continuous versus intermittent beta-agonists in the treatment of acute asthma. Cochrane Database Syst Rev 2003:CD001115

[46] Rodrigo GJ, Castro-Rodriguez JA, Anticholinergics in the treatment of children and adults with acute asthma : a systematic review with meta-analysis. Thorax 2005;60:740-746

[47] Rowe BH, Spooner CH, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW, corticostéroïds for preventing relapse following acute exacerbations of asthma. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD000195

[48] Edmonds Ml, Milan SJ, Camargo CA, Jr., Pollack CV, Rowe BH, Early use of inhaled corticosteroids in the emergency department treatment of acute asthma. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD002308

[49] Pecora Fulco P, A Lone A, B Pugh C, Intravenous versus oral corticostéroïds for treatment of acute asthme exacerbations. Annals of Pharmacotherapy may 2002 ;36(4):565-570

[50] Kelly A-M, Kerr D, Powell C, Is severity assessment after one hour of treatment better for predicting the need dor admiission in acute asthma ? Respir Med 2004;98:777-781

[51] Grunfeld A, FirtzGerald J, Discharge considerations for adult asthmatic patients treated in emergency department. Can Respir J 1996;3:322-327

[52] Rowe BH, Bota GW, Fabris L, Therrien SA, Milner RA, Janaco J, Inhalated budesonide in addition to oral corticosteroids to prevent asthma relapse following discharge from the emergency department : a randomized controlled trial. JAMA 1999;281:2119-2126

[53] Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. ANAES, septembre 2004

[54] Mintz M, Gilsenan AW, Bui CL, Ziemiecki R, Stanford RH, Lincourt W, Ortega H, Assessment of asthma control in primary care. Curr Med Res Opin 2009;25:2523-2531

[55] Bateman ED, Bousquet J, Keech ML, Busse WW, Clark TJ, Pedersen SE, The correlation between asthma control and health status : the GOAL study. Eur Respir J 2007 ; 29:56-62

[56] Education thérapeutique du patient asthmatique, adulte et adulescent. recommandations. ANAES, juin 2001

[57] Houts PS, Bachrach R, Witmer JT, Tringali CS, Bucher JA, Localio RA, Using pictographs to enhance recal of spoken medical instructions. Patient Educ Couns 1998;35:83-88

[58] Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, Wang H, Sinhusake D, Bruce C, Henry RL, et Al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents : cluster randomised controlled trail. BMJ 2001 ; 322:583-586

[59] Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self-management plans following treatment optimization. Am J respir Crit Care Med 1997;155(5):1509-1514

[60] Gibson PG, Powell H, Written action plans for asthma : an evidence based review of the key components. Thorax 2004 ; 59(2):94-99

[61] Gibson PG, Powell H, coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD001117

[62] Mellis CM, Peat JK, Bauman AE, et al. The cost of asthma in new South Wale. Med J Aust 1991;155:522-528

[63] Krahn MD, Berka C, Langlois P et al. Direct et indirect costs of asthma in Canada, 1990. Can Med Assoc J 1996 ; 154 : 821-831

[64] Rodrigo GJ, Rodrigo C, Hall JB, Acute asthma in adults : a review. Chest 2004 ; 125 : 1081-1102

[65] Salmeron S, Liard D, et al. Asthma severity an adequacy of management in accident and emergency department in France : a prospective study. Lancet 2001;358:629-635

[66] Griswold SK, Nordstrom CR, Clark S, Gaeta TJ, Price ML, Camargo CA, Jr., Asthma exacerbations in north american adults : who are the « frequent tiers » in the emergency department ? Chest 2005;127 : 1579-1586

[67] Liard et al. AIRE : Asthma Insights et Reality in Europe : les asthmatiques en Europe. Revue française d'allergologie 2001;41 S1 : 5-16

[68] Salmeron S, comité scientifique ASUR,ASUR-ASUR2 : an overview of the standardisation of treatment of acute asthma in intensive care. Rev mal respir. 2005 apr ; 22(2 pt3) : 4830-4831

[69] Roche N, Pribil C, Devillier P, Van Ganse E, Schück S, Doussaint J, Martin J, Nachbaur G, Boucot I, Limited treatment adaptation despite poor asthma control in asthma patients treated with inhaled corticosteroids. J Asthma. 2016;53(1):76-85

[70] Krishnan JA, Riekert KA, McCoy JV, et al. Corticosteroid use after hospital discharge among high-risk adults with asthma. Am J Respir Crit Care Med 2004 ; 170 : 1281-1285

[71] Magar Y, Vervloet D, Steenhouver F, Smaga S, Mechin H, Roccaserra J-P, Marchand Ch, D'Ivernois J-F : Assessment of a therapeutic educationnal programm for asthmatic patients « Un souffle nouveau ». 2005, In press. Patient Education and Counselling.

[72] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Exercer. 2008;84(19);142-5.

[73] Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 1 mai 2002;3(2):81-90.

[74] Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.

[75] Mowrer JL , Tapp H , Ludden T , Kuhn L , MHS, Taylor Y , Courtlandt C , Alkhazraji T , Reeves K , Steuerwald M , Andrew MW , Dulin M Patients' and providers' perceptions of asthma and asthma care: a qualitative study. J asthma, 2015 ; 52:949-956

[76] Damon SA, Tardif RR.Asthma education: different viewpoints elicited by qualitative and quantitative methods, J Asthma. 2015 Apr; 52(3): 314–317.

[77] Lakhanpaul M, Culley L, Robertson N, Bird D, Hudson N, Johal N, McFeeters M, Angell E, Hamlyn-Williams C, Abbas N, Manikam L, Johnson M. A qualitative study to identify parents' perceptions of and barriers to asthma management in children from South Asian and White British families. *BMC Pulmonary Medicine*, 2017 ; 17:126

[78] Haughney J, Price D, Kaplan A, Chrystyn H, Horne R, May N, Moffat M, Versnel J, Shanahan E, Hillyer EV, Tunsäter A, Bjermer L. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. Respiratory Medecine, 2008 dec ; 102(12) : 1681-1693

[79] Morishita Y, Miki A, Okada M, Tsuboi S, Ishibashi K, Ando Y, Kusano E.Association of primary care physicians' exercise habits and their age, specialty, and workplace. J Multidiscip Healthc. 2013; 6: 409–414.

[80] Devillier P, Ghasarossian C, Terrioux P, Schiratti M, Leutenegger E. Persistent asthma: Chronic therapy quantitative compliance in daily practice. Rev Mal Respir. 2018 Mar;35(3):269-278.

[81] Rich M, Taylor SA, Chalfen R. Illness as a social construct: understanding what asthma means to the patient to better treat the disease. Jt Comm J Qual Improv. 2000 May;26(5):244-253.

[82] Sekiya K, Taniguchi M, Fukutomi Y, Watai K, Minami T, Hayashi H, Ito J, Tanimoto H, Oshikata C, Tsurikisawa N, Tsuburai T, Hasegawa M, Akiyama K. Age-specific characteristics of inpatients with severe asthma exacerbation. Allergol Int. 2013 Sep;62(3):331-336

[83] Lu Y, Feng L, Lim L, Ng TP. Asthma, life events and psychiatric disorders: a population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Aug;48(8):1273-1282

[84] Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. John libbey eurotext 2007 dec ; 3(10) : 456-461

[85] Child F, Davies S, Clayton S, Fryer A, Lenney W.Inhaler devices for asthma: Do we follow the guidelines? Arch Dis Child 2002; 86:176–179.

[86] Price D, Bosnic-Anticevich S, Briggs A, Chrystyn H, Rand C, Scheuch G, Bousquet J. Inhaler competence in asthma: Common errors, barriers to use and recommended solutions. Respiratory Medecine, 2013 jan ; 107(1) : 37-46

[87] Basheti I.A., Reddel H.K., Armour C.L., Bosnic-Anticevich S. Counseling about Turbuhaler technique: needs assessment and effective strategies for community pharmacists. *Respir Care*. 2005; 50: 617–623

[88] Hanania NA, Wittman R, Kesten S, Chapman KR. Medical personnel's knowledge of and ability to use inhaling devices. Metered-dose inhalers, spacing chambers, and breath-actuated dry powder inhalers. Chest. 1994 Jan;105(1):111-6.

[89] Bozorgzad P, Ebadi A, Moin M, Sarhangy F, Nasiripour S, Soleimani MA. The effect of educating the use of spray by visual concept mapping method on the quality of life of children with asthma. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2013 Mar;12(1):63-67.

[90] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014;114:148-157.

[91] Chorão P, Pereira AM, Fonseca JA. Inhaler devices in asthma and COPD – An assessment of inhaler technique and patient preferences, Respiratory Medecine, 2014 july ; 108(7) : 968-975

[92] Dhuper S, Chandra A, Ahmed A, Bista S, Moghekar A, Verma R, Chong C, Shim C, Cohen H, Choksi S. Efficacy and cost comparisons of bronchodilatator administration between metered dose inhalers with disposable spacers and nebulizers for acute asthma treatment. J Emerg Med. 2011 Mar;40(3):247-255

[93] Ritz T, Bobb C, Griffiths C. Predicting asthma control: the role of psychological triggers. Allergy Asthma Proc. 2014 Sep-Oct ; 35(5) : 390-397

[94] Annesi-Maesano I, Oryszczyn MP, Raherison C, Kopferschmitt C, Pauli G, Taytard A, Tunon de Lara M, Vervloet D, Charpin D. Increased prevalence of asthma and allied diseases among active adolescent tobacco smokers after controlling for passive smoking exposure. A cause for concern? Clin Exp Allergy. 2004 Jul;34(7):1017-1023.

[95] Hylkema MN, Sterk PJ, De Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma. European Respiratory Journal 2007 ; 29 : 438-445

[96] Price D, Zhang Q, Kocevar VS, Yin DD, Thomas M. Effect of a concomitant diagnosis of allergic rhinitis on asthma-related health care use by adults. Clin Exp Allergy. 2005 Mar;35(3):282-287.

[97] Boulet LP, Lemiere C, Archambault F, Carrier G, Descary MC, Deschesnes F. Smoking and asthma: clinical and radiologic features, lung function, and airway inflammation. *Chest*. 2006; 129: 661–668

[98] Guarnieri M, Balmes JR. Outdoor air pollution and asthma. Lancet. 2014 May 3;383(9928):1581-1592.

[99] Vervloet D , Rolland C. Les Écoles de l'Asthme, The asthma schools. Revue des Maladies Respiratoires, 2005 avr ; 22(2) : 16-18

[100] Bouet P, Rault JP, Le Breton-Lerouvillois G. atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016, conseil national de l'ordre des médecins

[101] Harmsen L, Nolte H, Backer V. The effect of generalist and specialist care on quality of life in asthma patients with and without allergic rhinitis. Int Arch Allergy Immunol. 2010;152(3):288-294

[102] Burkhart PV, Rayens MK, Oakley MG. Effect of peak flow monitoring on child asthma quality of life. J Pediatr Nurs. 2012 Feb; 27(1): 18–25.

[103] Morin C, Buffel C, Lorenzo A.. Need for the training of GPs to perform spirometry: a study of French GP trainees. Rev Mal Respir. 2014 May;31(5):404-411.

VII. ANNEXE

ANNEXE I : échelle Asthma Control Test (ACT)

Test de contrôle de l'asthme

Chez l'adulte (≥ 12 ans)

Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de l'asthme chez les adultes à partir de 12 ans. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne [1].

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

Score total

Le score est inférieur à 20 ✹ **L'ASTHME DE VOTRE PATIENT N'EST PEUT-ETRE PAS CONTROLE.**

Conseillez votre patient de consulter son médecin et de lui présenter les résultats de ce test pour en discuter avec lui.

Votre patient peut bénéficier de votre accompagnement dans le suivi de son asthme par le biais d'entretiens pharmaceutiques (dès la mise en place du dispositif).

Le score est égal ou supérieur à 20 ✹ **L'ASTHME DE VOTRE PATIENT EST SANS DOUTE BIEN CONTROLE.**

1. *ACT™ (Asthma Control Test™). © 2002, by QualityMetric Incorporated. Asthma France / French. Control test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated. Test réservé aux patients asthmatiques de plus de 12 ans qui suivent un traitement de fond.*

ANNEXE II : Examen de plan d'action

Asthma Action Plan

For: _____ Doctor: _____ Date: _____

Doctor's Phone Number _____ Hospital/Emergency Department Phone Number _____

GREEN ZONE

Doing Well

- No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night
- Can do usual activities

And, if a peak flow meter is used,

Peak flow: more than _____ (80 percent or more of my best peak flow)

My best peak flow is: _____

Take these long-term control medicines each day (include an anti-inflammatory).

Medicine	How much to take	When to take it

Before exercise

❒ _____	❒ 2 or ❒ 4 puffs	5 minutes before exercise

YELLOW ZONE

Asthma Is Getting Worse

- Cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath, or
- Waking at night due to asthma, or
- Can do some, but not all, usual activities

-Or-

Peak flow: _____ to _____ (50 to 79 percent of my best peak flow)

Add: quick-relief medicine—and keep taking your GREEN ZONE medicine.

First: _____ (short-acting beta$_2$-agonist) ❒ 2 or ❒ 4 puffs, every 20 minutes for up to 1 hour ❒ Nebulizer, once

Second

If your symptoms (and peak flow, if used) return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:

❒ Continue monitoring to be sure you stay in the green zone.

-Or-

If your symptoms (and peak flow, if used) do not return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:

❒ Take: _____ (short-acting beta$_2$-agonist) ❒ 2 or ❒ 4 puffs or ❒ Nebulizer

❒ Add: _____ (oral steroid) mg per day For _____ (3–10) days

❒ Call the doctor ❒ before/ ❒ within _____ hours after taking the oral steroid.

RED ZONE

Medical Alert!

- Very short of breath, or
- Quick-relief medicines have not helped, or
- Cannot do usual activities, or
- Symptoms are same or get worse after 24 hours in Yellow Zone

-Or-

Peak flow: less than _____ (50 percent of my best peak flow)

Take this medicine:

❒ _____ (short-acting beta$_2$-agonist) ❒ 4 or ❒ 6 puffs or ❒ Nebulizer

❒ _____ (oral steroid) mg

Then call your doctor NOW. Go to the hospital or call an ambulance if:

- You are still in the red zone after 15 minutes AND
- You have not reached your doctor.

DANGER SIGNS

- **Trouble walking and talking due to shortness of breath**
- **Lips or fingernails are blue**

- **Take ❒ 4 or ❒ 6 puffs of your quick-relief medicine AND**
- **Go to the hospital or call for an ambulance _____ (phone) NOW!**

See the reverse side for things you can do to avoid your asthma triggers.

How To Control Things That Make Your Asthma Worse

This guide suggests things you can do to avoid your asthma triggers. Put a check next to the triggers that you know make your asthma worse and ask your doctor to help you find out if you have other triggers as well. Then decide with your doctor what steps you will take.

Allergens

❒ Animal Dander

Some people are allergic to the flakes of skin or dried saliva from animals with fur or feathers.

The best thing to do:

- Keep furred or feathered pets out of your home.

If you can't keep the pet outdoors, then:

- Keep the pet out of your bedroom and other sleeping areas at all times, and keep the door closed.
- Remove carpets and furniture covered with cloth from your home. If that is not possible, keep the pet away from fabric-covered furniture and carpets.

❒ Dust Mites

Many people with asthma are allergic to dust mites. Dust mites are tiny bugs that are found in every home—in mattresses, pillows, carpets, upholstered furniture, bedcovers, clothes, stuffed toys, and fabric or other fabric-covered items.

Things that can help:

- Encase your mattress in a special dust-proof cover.
- Encase your pillow in a special dust-proof cover or wash the pillow each week in hot water. Water must be hotter than 130° F to kill the mites. Cold or warm water used with detergent and bleach can also be effective.
- Wash the sheets and blankets on your bed each week in hot water.
- Reduce indoor humidity to below 60 percent (ideally between 30—50 percent). Dehumidifiers or central air conditioners can do this.
- Try not to sleep or lie on cloth-covered cushions.
- Remove carpets from your bedroom and those laid on concrete, if you can.
- Keep stuffed toys out of the bed or wash the toys weekly in hot water or cooler water with detergent and bleach.

❒ Cockroaches

Many people with asthma are allergic to the dried droppings and remains of cockroaches.

The best thing to do:

- Keep food and garbage in closed containers. Never leave food out.
- Use poison baits, powders, gels, or paste (for example, boric acid). You can also use traps.
- If a spray is used to kill roaches, stay out of the room until the odor goes away.

❒ Indoor Mold

- Fix leaky faucets, pipes, or other sources of water that have mold around them.
- Clean moldy surfaces with a cleaner that has bleach in it.

❒ Pollen and Outdoor Mold

What to do during your allergy season (when pollen or mold spore counts are high):

- Try to keep your windows closed.
- Stay indoors with windows closed from late morning to afternoon, if you can. Pollen and some mold spore counts are highest at that time.
- Ask your doctor whether you need to take or increase anti-inflammatory medicine before your allergy season starts.

Irritants

❒ Tobacco Smoke

- If you smoke, ask your doctor for ways to help you quit. Ask family members to quit smoking, too.
- Do not allow smoking in your home or car.

❒ Smoke, Strong Odors, and Sprays

- If possible, do not use a wood-burning stove, kerosene heater, or fireplace.
- Try to stay away from strong odors and sprays, such as perfume, talcum powder, hair spray, and paints.

Other things that bring on asthma symptoms in some people include:

❒ Vacuum Cleaning

- Try to get someone else to vacuum for you once or twice a week, if you can. Stay out of rooms while they are being vacuumed and for a short while afterward.
- If you vacuum, use a dust mask (from a hardware store), a double-layered or microfilter vacuum cleaner bag, or a vacuum cleaner with a HEPA filter.

❒ Other Things That Can Make Asthma Worse

- Sulfites in foods and beverages: Do not drink beer or wine or eat dried fruit, processed potatoes, or shrimp if they cause asthma symptoms.
- Cold air: Cover your nose and mouth with a scarf on cold or windy days.
- Other medicines: Tell your doctor about all the medicines you take. Include cold medicines, aspirin, vitamins and other supplements, and nonselective beta-blockers (including those in eye drops).

U.S. Department of Health and Human Services
National Institutes of Health

National Heart Lung and Blood Institute

For More Information, go to: www.nhlbi.nih.gov

NIH Publication No. 07-5251
April 2007

ANNEXE III : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction à l'entretien

Bonjour,
Je me nomme, Florent SAMSON, Interne en Médecine Générale à la Faculté Caen. Je réalise une thèse concernant le suivi de l'asthme par les médecins généralistes, sous la direction du Docteur Michel LE GAC.
Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.
Si vous êtes toujours d'accord, Il sera enregistré, comme convenu.
Les entretiens seront par la suite retranscrits et analysés et toutes les données seront bien entendu anonymisées.
Notre objectif sera d'analyser vos points de vue et réflexions concernant le suivi de l'asthme en tant que médecin généraliste.
Vous pourrez bien entendu être informés des résultats de cette étude.
Avant de débuter, avez-vous des questions sur un point que je n'aurais pas détaillé ?

Questionnaire de présentation

Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

Faire préciser :
Le nombre d'années d'exercice
L'ancienneté d'installation
L'âge
Le mode d'exercice :
- rural, semi-rural ou urbain
- en cabinet de groupe ou seul
- activité libérale, salariée
- informatisé ou pas et avec des systèmes d'alertes ou pas
- maître de stage ou pas
- nombre de consultations en moyenne par jour, nombre de jours travaillés par semaine
- fréquence des visites à domicile
- type de patientèle
- pratiques (homéopathie, pratique hospitalière en parallèle etc)
- préférence pour telle ou telle autre pratique
- formation médicale (initiale et continue (congrès, groupes de pairs, FMC départementale, laboratoires etc))

1) REALISATION

Pourriez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi d'un asthmatique ?

Connaissez vous des critères de surveillance de l'asthme que vous n'utilisez pas ? Et pour quelles raisons ?
Questionnaire ACT, ACQ? DEP?

2) OBSTACLES

Vous est il déjà arrivé de renouveler un traitement asthmatique sans suivre votre schéma habituel ?
Pouvez vous me donnez un exemple ?

Quels sont les obstacles au bon déroulement au suivi d'un asthmatique de votre point de vue ?
Pour quelle durée, renouvelez vous les traitements d'un asthmatique ?

3) Les rapports avec les autres acteurs

Médecin spécialiste :

Quand confiez vous la main à un confrère spécialiste ?

A quelle fréquence demandez vous des EFR ? Avez vous déjà rencontré des obstacles freinant l'accès au spécialiste et/ou aux EFR?

Patients :
Quelles sont les points de vue et leurs attentes de vos patients concernant leur asthme selon vous ? *Quel est le profil de vos patients asthmatiques non observants ? A quel pourcentage les estimeriez vous dans votre population d'asthmatique ?*
Changez vous vos habitudes chez un patient qui est régulièrement en bonne équilibre. thérapeutique ?
Comment réagissez vous si votre patient vous demande un renouvellement rapide en fin de consultation pour un autre motif ?

Hôpital :
Vous arrive t il d'avoir des doutes sur l'indication ou la non-indication hospitalière lors d'une décompensation d'un asthme ?

Autres acteurs :
Comment procédez vous à l'éducation thérapeutique de vos patients ?
Vous arrive t il de travailler avec une école de l'asthme ?
Donnez vous des recommandations au patient sur l'adaptation du traitement en cas de crise ?

5) RESSENTI et ANALYSE d'UNE SITUATION d'ECHEC
Pourriez-vous décrire une situation où vous vous êtes senti en échec avec un patient asthmatique?
- Quel était le contexte ? âge du patient, sexe, état de santé, observance, présence de l'entourage, etc.
- Qu'est-ce que vous en avez pensé ?
- Selon vous, l'échec était dû à quel(s) facteur(s) ?
Quelles seraient vos propositions d'amélioration ?
Y-a-t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder ?

Remerciements

Exemples de questions de relance :
Avez-vous un exemple ?
Pourriez-vous préciser ?
Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
Qu'entendez-vous par...?
Si je comprends bien...
Donc, selon vous...
Qu'est-ce que vous en avez pensé ?
Vous m'avez dit tout à l'heure...
C'est à dire ?
A votre avis, ce serait dû à quoi ?
Parler moi de...
Etc

ANNEXE IV : retranscription des entretiens

Médecin 1

SF : Donc,... pourriez vous vous présentez en quelques mots ?

M1 : Je suis installée depuis 1 an et demi en cabinet de groupe. On est quatre. C'est un exercice, je dirais, semi rural quand même. J'ai 34 ans. Je suis une femme. Et j'ai fait des remplacements, avant, pendant 4 ans

SF : Ok … Je vois que vous êtes informatisée. Est ce qu'il y a des systèmes d'alertes ?

M1 : Oui, oui, que moi j'utilise … mes confrères non .

SF : habituellement les consultations par jour … ?

M1 : alors là je vais regarder il y a 15 jours. Je vais prendre mon activité d'avant comme je m'en vais. Donc je …. en moyenne 30 patients par jour.

SF : 30 patients par jours … pour combien de jours par semaine ?

M1 : On va dire 4 jours et demi. 4 jours, 4 jours et demi. Je suis là un samedi sur 2

SF : Et votre patientèle ?

M1 : Oui, j'y pensais tout à l'heure. C'est quand même bien réparti. Je n'ai pas forcement plus de pédiatrie que les autres médecins. Euh. C'est tout. J'ai des suivis pédiatriques et j'ai aussi des personnes âgées.

SF : Avez vous d'autres pratiques ? Hémopathie ? Pratique hospitalière ? …

M1 : Non. Pas de pratique hospitalière. Un tout petit peu homéopathie.

SF : Autrement pour votre formation continue.

M1 : Alors ... Je fais des FMC de DINAN. Je suis abonnée à Prescrire que je ne lis pas et par contre je suis abonnée à Exercer, ca s'appelle, que je lis, qui est très très bien. Et je fais les DPC. Je fais 1 à 2 DPC par an

SF : Pourriez vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi de l'asthme ?

M1 : D'accord par contre je vais rapporter cela à ma patientelle. Le suivi d'asthme, j'en fais beaucoup plus chez les enfants que chez les adultes. J'ai en mémoire que de 2 patients pour un suivi d'asthme. Je fais ça en renouvellement tous les 3 mois, je regarde le traitement, si il y a un traitement de fond. La dernière prescription de Ventoline. Si je vois qu'il y a des prescriptions de Ventoline plus fréquentes je me pose la question sur l'efficacité du traitement de fond. Je demande à quand est ce que date la dernière crise d'asthme et en fait, depuis une formation qui avait été organisée par le CHU de Rennes,les journées Marcel Simon, je.. j'avais … on n'avait essayé de mettre ça en place avec la pharmacie de (lieu d'exercice) sur un questionnaire sur la bonne prise, en fait, du traitement de fond, sur les modalités de prise du traitement de fond. J'avais donné dans un premier temps le questionnaire à la pharmacie qui l'avait et, en fait, la pharmacie me renvoie systématiquement le compte rendu, enfin le questionnaire rempli et ensuite ça me permet, lors de la prochaine consultation, de refaire le cours sur les modalités de prise du traitement. Et... voilà. Je regarde si il y a des allergies associées. (rire court) C'est pas du tout structuré. Je regarde si il y a des allergies associées, quand est ce que date la consultation pneumo parce que je demande toujours systématiquement le suivi d'un pneumo. Et pour les enfants je regarde, si les PAI ont bien été mis en place. Quand il y a de l'asthme allergique, j'essaye de, voilà, adapter le traitement selon la période à laquelle on est et le type d'allergie, c'est plutôt acarien ou quelque chose au pollen. Je ne fais pas

de ... pas d'EFR mais de spirométrie. J'ai l'appareil mais je n'ai pas les embouts. Je n'ai pas les embouts et ça coûte super cher les embouts. J'avais regardé sur mediclik, ça coûte super cher.

SF : Bien. Vous avez déjà en parti répondu. Connaissez vous des critères de surveillance de l'asthme que vous n'utilisez pas et pour quelles raisons ?

M1 : la spirométrie. Pour raison … pour raison financière mais .. Je pense que .. voilà … ça me permet juste ... je vais regarder (tape sur son ordinateur) mais faut pas. C'est quand même super important. Et qu'est ce qui m'a mis dans ce sens là. J'avais un petit qui était aussi suivi par un allergologue sur Saint-Brieuc et qui disait qui faut voir si il faudrait diminuer le traitement et qu'il faudrait également faire un test de spirométrie et je me disais... là faut le faire.. voilà.

SF : Vous est il déjà arrivé de renouveler un traitement asthmatique sans suivre votre schéma habituel ? Et pourquoi ?

M1 : est ce que … oui ça m'est arrivé après un avis auprès d'un spécialiste. C'est pour ça. Je n'ai pas un exemple en tête mais pour moi je ne vois que ça. Ou.... aussi. Si parce que les parents se sont dit je vais diminuer pour voir et, en fait, ça se passe pas trop mal en diminuant le traitement. Donc du coup, on continue comme cela même si moi je ne l'aurais pas fait spontanément. Et ça se passe bien comme ça donc on laisse comme ça avec, quand même, une consigne donnée aux parents que si il y a une exacerbation d'asthme, et bien, reprendre le schéma précédent.

SF : De votre point de vue quelles sont les obstacles au bon déroulement du suivi d'un asthme ?

M1 :(silence) (grande inspiration) Euh pareil. Le plus compliqué dans le suivi d'asthme, c'est la bonne prise du traitement. Je m'en suis vraiment rendu compte avec ce questionnaire qu'en fait y avait des gens qui augmentaient le traitement mais, en fait, ils ne le prenaient pas correctement et aussi, je pense que les gens ont tendance à banaliser leur asthme. Ils n'ont pas conscience que ça peut se dégrader très très très rapidement. Et... ça m'arrive de le faire. Des gens . Hop. Il me faudrait une ordonnance de Ventoline. Hop. On me demande ça entre 2 consultations. Forcément c'est le jour où c'est le bazar. Tu fais ton ordonnance de Ventoline sans voir le patient ou tu la signes parce qu'elle a déjà été faite et après quand tu reprends calmement le dossier tu te rends compte que ça fait 3 fois que tu la renouvelles sans avoir vu le patient. Et ça s'est pas bien. Ça veut dire que probablement son asthme n'est pas stabilisé. Donc …. peut être lié à une surcharge de travail de la part des médecins, qu'on ne prend pas le temps, quand on signe une ordonnance comme ça, de refouiller dans le dossier du patient et puis aussi parce que les gens, je pense qui ne prennent pas conscience qu'un asthme ça peut très vite se dégrader. Peut être une mauvaise éducation du patient en fait. Peut être parce que nous, on banalise peut être aussi.

SF : Quand confiez vous la main à un confrère spécialiste ?

M1 : Tout le temps. Tout le temps (rire court) enfin, au moins faut... au moins un avis spécialisé. Quand on va introduire un traitement, moi, je demande toujours un avis pneumologue derrière pour être bien sûre est ce que j'ai bien mis le bon traitement et puis je pense qu'il faut quand même une spirométrie tous les .. des EFR tous … chaque année et encore plus chez les enfants. Pour le pneumologue et aussi chez les enfants, chez l'allergologue de manière systématique. Et je me permets juste d'ouvrir un dossier pour un patient adulte (commence à taper sur son ordinateur) qui avait un asthme très très très … qu'on n'arrivait pas à stabiliser, qui allait tout le temps aux urgences alors qu'il avait un traitement très lourd. Lui je l'avais envoyé voir un spécialiste parce qu'il était déjà allé aux urgences pour une décompensation d'asthme qui était justement très très .. rapide. Il était tout de suite très très mal. Très rapidement. Malgré des traitements très très lourds. D'ailleurs je ne sais pas ce que ça a donné … ça va mieux... Et quand pour une décompensation d'asthme je vois que peut être des aérosols, ça serait pas mal. On n'a pas le droit de les prescrire en première intention. Alors là je demande un avis pneumo très rapide et généralement dans le coin on arrive à les avoir … dans la journée.

SF : Selon vous quels sont les points de vue et les attentes de vos patients concernant leur asthme ?

M1 : l'amélioration de la qualité de vie, de faire le moins de crises d'asthme possible et de, je pense aussi, d'avoir le traitement... j'allais dire d'avoir le traitement minimal et optimal mais aussi probablement se passer de traitement, parce que, enfin, souvent ils oublient de prendre leur traitement correctement parce que c'est un traitement qui quand même assez lourd surtout quand c'est des jeunes patients ou des enfants. Prendre des doses matin et soir sur un traitement de fond c'est peut être pas .. C'est pas.. une vie. Je pense que c'est ça et je pense pour ceux qui font du sport, etc être aussi être moins gênés, être moins gênés pour leurs activités quotidiennes. Je pense qu'il y a ça. Être le moins gêné possible dans ses activités quotidiennes mais parallèlement avoir le traitement le moins lourd possible ... et le moins de crise d'asthme possible.

SF : Vous arrive t il d'avoir des doutes sur l'indication ou la non indication hospitalière d'une décompensation d'asthme ?

M1 : d'envoyer à l'hôpital c'est ça ? Aux urgences ?

SF : (hochement de la tête)

M1 : Après avec l'asthme ça peut aller tellement rapidement que je pense qu'on ne peut pas dire que … on va attendre on va voir. Je l'ai fait une fois. Si je l'ai fait une fois. Attends. C'était une jeune patiente qui n'était pas connue comme asthmatique mais elle avait fait de l'asthme plus jeune et je... je vais juste ressortir le dossier (tape sur son ordinateur) je me souviens c'était l'été dernier et … j'étais vraiment embêtée. Je me permets juste de ressortir le dossier. Au mois d'octobre. Il y avait une dyspnée à la parole. Voilà j'avais noté. Une sat à 97% en air ambiant. Elle n'était pas tachycarde. Elle n'avait pas de traitement et euh … vraiment embêtée et ce que j'ai fait, je l'ai mise sous cortisone, mis en aérosol de pulmicort, de la ventoline mais pas en aérosol parce que je n'ai pas le droit et je lui ai dit : vous revenez lorsque … il y a pas l'heure de notée. J'avais dû la voir en milieu de matinée et j'avais demandé à la revoir dans l'après midi, genre vers 15, 16h. Il avait moins de sibilant et il y avait encore une dyspnée à la parole et à l'effort. Du coup, je l'ai envoyée aux urgences. Et aux urgences, ils lui ont fait un aérosol. Même que... non c'était en 2015, mais tu vois même un an et demi après je.. j'arrive pas à me dire est ce que j'aurais dû l'envoyer aux urgences tout de suite. Peut être que oui mais entre guillemet je ne suis pas mécontente de ma prise en charge non plus. Je n'ai pas dit j'ai fait une connerie, quoi. Parce qu'elle était jeune.

SF : comment procédez vous à l'éducation thérapeutique de vos patients ?

M1 : Je réfléchis. Essentiellement par la bonne prise en charge, par la bonne utilisation des dispositifs. C'est ça, c'est la pharmacie qui fait et voilà. Et si, répéter sans arrêt que l'asthme c'est pas rien. Ça peut vite évoluer. Je pense qu'on n'a pas le temps ou qu'on ne prend pas le temps de le faire en consultation. Après je sais qu'il y avait une thèse qui avait été faite sur Rennes là dessus. Je ne sais pas du tout ce que ça a donné Je ne sais pas du tout ce que ça a donné. Et ça, ça serait le boulot d'une infirmière en éducation thérapeutique et je peux même dire que je ne sais pas si ça existe à l'hôpital. J'en ai aucune idée. Peut être que oui et qu'on ne sait pas. Et que si, je parle de l'hôpital de Dinan ou de Saint-Brieuc, et que si ça existe, faut que l'info soit passée parce que moi, personnellement, ça m'intéresserait. Je pense que ce serait important.

SF : Est ce qu'il y a des écoles de l'asthme ?

M1 : Oui c'est vrai. L'école de l'asthme. Il y en a à Saint-Brieuc. Mais moi, mes patients asthmatiques... pourtant ils sont suivis par les pneumos etc. Mes petits patients asthmatiques, ils ne sont pas suivis à l'école de l'asthme.

SF : Pouvez vous me décrire une situation dans laquelle vous vous êtes sentie en échec avec des patients asthmatiques ?

M1 : Ceux qui ne comprennent rien (rires) C'est euh voilà j'ai un autre exemple en tête. (tape sur l'ordinateur) Rien que d'y penser ça me met hors de moi. C'est des patients, à chaque fin de consultation, c'est : il faudra me mettre de la ventoline. Je ne sais pas pourquoi c'est gens là j'arrive pas à retenir. Je ne sais pas pourquoi, il y a des gens, je connais par cœur leur asthme etc mais euh

je n'y arrive pas parce que ils sont toujours à réclamer de la ventoline en fin de consultation et que je les envoie vers le pneumologue et je n'ai pas forcement les courriers tout de suite tout de suite. Et en fait j'ai beau leur dire, en disant, mais là vous prenez de la ventoline tout le temps ils faut prendre un traitement de fond. Je prescris le traitement de fond et en fait je me rends compte que c'est pas forcement bien pris. Qu'ils s'en fichent. Et en fait voilà c'est … Ils ne se rendent pas compte que à chaque fois ils me disent : ah non non il y a pas trop de crises d'asthme mais à coté de cela ils sont sans arrêt en train de réclamer de la ventoline. Les 3 enfants , enfin les enfants, c'est des ado maintenant, ils sont asthmatiques. Ils sont suivis par un pneumologue. Ils me disent qu'ils n'ont pas souvent de crises d'asthme mais ils sont sans arrêt en train de me réclamer de la ventoline. Et ça du coup, ça m'avait gonflée. Je ne comprenais rien. Voilà et le courrier du pneumologue qui me met : l'asthme paraît relativement contrôlé en ayant fait le EFR, j'insiste pour que elle ait toujours sa ventoline avec elle. Sauf que elle réclame tout le temps de la ventoline. Là quand je regarde. Il y a une prescription au mois novembre, au mois de septembre,... c'est qu'il y a un truc qui ne va pas. Ça, ça me …

SF : selon vous, quelles seraient vos propositions d'améliorations ?

M1 : l'éducation thérapeutique. Je pense qu'ils ne percutent pas que .. ne percutent pas que la ventoline ne va pas résoudre les crises si fréquentes en résumé. Les crises si fréquentes c'est pas la ventoline la solution, c'est peut être un traitement de fond mais … je pense que c'est ça.

SF : Y aurait il un autre point que vous voudriez aborder sur le sujet ?

M1 : Non, .. je pense que pour améliorer la prise en charge de l'asthme. C'est une meilleure éducation des patients et peut être aussi une meilleure information ou formation, voire les deux, sur l'intérêt de la spirométrie en cabinet. Parce que après dans mes remplacements, en tout cas ce n'était pas noté ce qu'il y avait eu de fait. Les confrères ne font peut être pas tout, je n'en sais rien mais je sais qu'il a plein de spiromètres dans son tiroir mais je ne sais pas si il les fait. La question c'est est ce que … voilà, est ce que on est bien formé sur l'interêt de la spirométrie. C'est important.

SF : eh bien je vous remercie pour votre temps

Médecin 2

SF : Donc pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M2 : bien alors je suis le docteur (nom) Je suis médecin généraliste installé depuis plus de 6 ans maintenant, en semi-rural, périphérique de ville. Je fais de la médecine générale sans orientation spécifique. Je fais un peu plus de pédiatrie que la moyenne de la moyenne du coin... de la vraie médecine générale.

SF : ok. Vous exercez depuis combien d'années ?

M2 : depuis un peu plus de 6 ans comme je disais.

SF : et vous avez pas fait d'exercices avant ?

M2 :ah si si j'ai remplacé pendant 3 ans avant de m'installer. Je suis installé depuis 6 ans et remplaçant pendant 3 ans

SF : ok. Sur l'informatique est-ce qu'il y a des systèmes d'alertes pour tout ce qui est suivi ?

M2 : Alors d'alertes c'est-à-dire... c'est...

SF : bien comme des petits messages qui apparaissent pour dire qu'il faut contrôler tel ou tel facteur.

M2 : oui, oui, on peut les introduire. Ça, c'est pas compliqué... soit par date, soit par fréquence, soit à chaque ouverture du dossier. Il y a aussi des alertes sur les prescriptions et sur des allergies croisées.

SF : Et vous les utilisez ?

M2 : Ah les alertes. Je m'en sers un petit peu... oui, je m'en sers plus pour des rappels des choses à longue date des suivis... des suivis à plusieurs années comme des rappels de colo, etc... ou au contraire sur des suivis plus rapprochés sur ... ou je vais être à même d'être celui qui redéclenche les choses... parce que il y a aussi plein de choses. Les suivis semestriels pour les dermatos dans les histoires de mélanome. J'estime que les gens gèrent tout seul leur consultation tous les 6 mois. Je m'en sers un petit peu. Je ne vais pas dire que je m'en sers autant je pourrais mais je m'en sers un petit peu.

SF : Vous voyez combien de patients par jour en moyenne ?

M2 : Je en moyenne je on va dire entre 20 25 ?

SF : Pour combien de jours par semaine ?

M2 : quatre et demi

SF : votre patientèle est plutôt générale ou orientée vers un profil ?

M2 : Il n'y a pas de profil spécifique. J'ai beaucoup de jeunes actifs et d'enfants. j'ai pour le moment un profil d'une patientèle plutôt jeune. J'ai moins de personnes âgées dans ma patientèle que la moyenne que... j'ai plus de pédiatrie.

SF : est-ce que vous avez d'autres pratiques, homéopathie, hospitalière... ?

M2 : Non, je fais uniquement de la médecine générale au cabinet. Je ne me débarrasse pas de mes gardes hospitalières mais je pense que j'en fais régulièrement ... Pour garder un peu de contact avec la semi urgence. A proximité de l'hôpital, on en fait un peu moins.

SF : Au point de vue de la formation médicale continue, vous procédez comment ?

M2 : qui est plus... pour ce qui est médicament, je lis Prescrire... voilà ce qui est ...ce qui est médicament et nouveau médicament. Je ... J'ai fait pas mal de formations médicales en présentiel. Je n'aime pas trop

les formations en informatique. J’ai l'impression qu'on fait un peu ça par dessus la jambe, je trouve mais je fais des choses présentielles en fonction des thèmes qui m'intéresse mais sans m'éloigner énormément. On va dire, quand le sujet m'intéresse sur ce qui se fait. Dinan, Saint-Brieuc, Le club de jeunes médecins généralistes de Saint-Brieuc et puis une fois à Rennes, une fois à Brest sur des sujets personnels, plus que professionnels de la formation médicale. Donc l'essentiel, je fais des formations présentielles qui n'ont pour 80 % des choses vraiment il y a un thème qui m'intéresse beaucoup je ... Ça peut être Rennes ou Saint-Brieuc mais je ne vais pas plus loin que ça.

SF : Pourriez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi pour l'asthme ?

M2 : Alors ... Ça dépend c'est pour ça que je demandais tout à l'heure si c'est plutôt asthme sur le versant pédiatrique ou asthme des bronchites chroniques et des choses comme ça le ... Parce que voilà pour ce qui est pédiatrique j'ai assez peu de consultation de suivi systématique autour de l'asthme j'ai très peu d'enfants avec des asthmes en position intermédiaire ce que je veux dire j'ai avec des asthmes suffisamment costauds pour qu'ils aient un suivi spécialisé et régulier et que je ne sois là que pour gérer des débuts de crise éventuellement pour éviter un passage hospitalier et... J'ai des enfants asthmatiques avec des asthmes simples avec lesquels... Je vais dire que je les vois quasiment jamais pour une consultation dédiée à l'asthme parce que on refait les renouvellements à l'occasion de petites maladies infectieuses autres sans forcément qu'il y ait de décompensation de l'asthme alors par contre les adultes asthmatiques qu'un traitement de fond que je vois pour... Que je vois pour... De façon... Pour parler vraiment de problème respiratoire, consultation type, déjà je les interroge sur leur consommation, quels que soient les traitements sur la prise du traitement de fond sur la prise de ventoline ou équivalent en complément depuis la dernière fois et surtout dans les derniers jours avant la consultation je... je... leur demande si ils considèrent, eux, que leur asthme est équilibré, auscultation.. non je vais pas dire que je fais systématiquement mais je fais un Peak Flow très facilement et je fais 2 fois dans l'année mais pas... Systématiquement. Enfin systématiquement s'il y a une plainte respiratoire si des consommations de ventoline qui ont bougé mais... Et puis un examen général, par ailleurs, j'essaie de faire entendre aux bronchiteux chroniques que si ils ont de l'asthme à côté ça... Comprendre même la nécessité de la surveillance des EFR même s'ils ont l'impression avec le traitement d'être bien au niveau respiratoire et puis... Non je suis en train de réfléchir rien de spécifique de l'asthme. Auscultation la consommation vraiment de... Les modulations de consommation éventuellement sur les traitements de fond puis ... Et puis le Peak Flow régulièrement et c'est bon un examen plus général comme n'importe quelle consultation de suivi.

SF : Est-ce que vous connaissez des critères de surveillance de l'asthme que vous ne surveillez pas et pour quelle raison ?

M2 : (rire court) qu'est-ce que je connais d'autres que je n'utilise pas... Je vais dire que non, Si j'en connais c'est que je les ai oubliés vu que je ne les utilise pas par oubli, par omission. Il n'y a pas de critères que je mets de côté de façon systématique ... si j'avais lu dans les dernières recommandations, des recommandations récentes en tout cas... Une fréquence de contrôle chez l'enfant des EFR qui m'avait étonné je n'ai pas retenu laquelle mais je fais assez peu faire chez l'enfant quand le bilan initial est fait. Si ce n'est pas... Enfin je n'ai peut-être pas des asthmatiques trop à problèmes dans ma patientèle enfin je pense à deux petits pour lesquels on a un suivi conjoint avec le pneumo parce que... J'ai l'impression de vraiment être là pour poser le critère de est-ce que on hospitalise ou pas quand c'est vraiment très très tendu... Les autres asthmatiques que j'ai non non, je ne les me repousse pas vers des suivis. Les épreuves fonctionnelles. Je ne vois pas d’autre ...

SF : Vous est-il déjà arrivé de renouveler un traitement contre l'asthme sans suivre votre schéma habituel ?

M2 : Alors des traitements... Renouveler de la ventoline sans suivre ce que j'ai dit. Là oui parce que ça m'arrive de renouveler sans avoir le patient avec moi pour tout dire. Après... les traitements de fond... à moins vraiment que j'ai une raison que j'ai eu un épisode infectieux intercurrent et du coup qu'on se soit vu et que j'ai oublié de faire le renouvellement et que j'ai un coup de fil un mois après pour me dire que ça m'enquiquine de revenir un mois après j'ai bien récupéré et je consomme pas plus, voilà, ça peut m'arriver de faire un peu moins si on s'est vu, mais le traitement de fond j'aime bien, moi, écouter les poumons et demander comment on se positionne et quelles sont les consommations de médicaments avant de les renouveler. Après ça m'arrive de renouveler sans avoir fait ce que je disais tout à l'heure, quand c'est les

traitements de crise parce qu'ils manquent et qu'il n'y a pas eu trois demandes dans les 2 derniers mois parce qu'il y a une surconsommation énorme...

SF : De votre point de vue quelles sont les obstacles au bon déroulement du suivi d'un asthmatique ?

M2 : Il y a le problème d'éducation thérapeutique au départ qui même... je m'en suis rendu compte en arrivant... pour des vieux asthmatiques, des gens qui sont asthmatiques depuis longtemps... quand on va pointer un petit peu, il y a des mauvais usages ou des usages dans les deux sens, insuffisants ou excessifs, mais aussi, voilà, ce n'est pas exceptionnel d'avoir des gens anciens qui vont aller prendre des choses, des choses de longue durée d'action sur des choses aiguës. Et de ne pas avoir dégainer la ventoline, enfin... voilà, niveau obstacle moi je mettrais vraiment ce qui est connaissance de la maladie par le patient comme facteur. vraiment... Pourtant j'ai des... Pas énormément.. Mais j'ai des personnes, auquel je pense là, qui... Qui je pense, quand on a fini par avoir l'échange de dire, enfin voilà qui me remerciaient de la prise en charge et qui ont fini par me dire... « non non mais... Oui vous êtes mieux depuis que je vous suis mais pas parce que moi je vous prescris des choses différemment mais parce que voilà j'ai pris plus le temps de vous expliquer le déroulement des choses et les critères d'inquiétude ou pas et puis comment moduler votre traitement dans les limites du raisonnable. » Après.... Les facteurs de freins par ailleurs...(silence) pas de choses évidentes qui me viennent par ailleurs en tête. Ici, on est en effectif suffisant pour que en principe sur les demandes en urgence ou semi urgent. On arrive vraiment à répondre sur le coup et à éviter des passages à l'hôpital, juste parce que on a dit, et bien non, ça sera pas possible avant demain. On n'a pas trop la problématique du retard à l'allumage qui fait qu'on surconsomme les urgences pour les asthmatiques ... les problèmes un peu de... Il y a les problèmes un peu plus... Un peu plus saisonnier pour les vrais allergiques avec des épisodes vraiment saisonniers. Non ce n'est pas un obstacle. Je suis en train de répondre à côté.

SF : Quand est-ce que vous confier la main à un confrère spécialiste ?

M2 : Donc ça dépend... Ça dépend d'une part des traitements qu'il y a déjà en place et puis vraiment de ce qui peut y avoir comme pathologies intriquées j'ai quelqu'un qui va être... qui va avoir une insuffisance cardiaque en plus de son asthme.. une vraie bronchite, un vrai terrain bronchiteux chronique avec une insuffisance respiratoire même quand il n'est pas en crise je vais passer la main assez facilement dès que... Parce que en règle générale les traitements sont déjà conséquents soit... Si je n'ai pas de critères, de raisons pour expliquer une décompensation enfin sur des choses aiguës sur des critères sur des critères purement de ... Enfin si on est dans la vraie urgence je vais passer la main au service d'urgence ou à la rea si c'est nécessaire ce n'est pas tous les jours quand même en cabinet de ville parce que surtout ici... le.. Avec la proximité des urgences les tableaux vraiment cognés ils vont directement aux urgences pour dire les choses carrément, même de temps en temps on les oriente directement quand on entend certaines choses au téléphone le critère ça peut être simplement de ... C'est aussi un peu patient dépendant, le patient pas alarmiste chez qui, qu'on lui demande, qu'il a bien fait le boulot en amont et que depuis qu'il décompense, il a utilisé les bons traitements, et qu'il décrit des signes de gravité de sa crise je ne le vois pas je l'oriente vers les urgences. Après dans le suivi de l'asthmatique l'orientation vers le spécialiste spécifiquement je le fais si on a... Enfin personnellement je ne fais pas 2 paliers de traitement sans avoir... C'est plus une habitude personnelle... si pour un asthmatique chronique, un asthmatique avec un traitement de fond on a déjà augmenté le traitement de fond et il reste déséquilibré même si il me dit c'est gérable et et que c'est 3 mois après, un Peak Flow qui reste moyen ou si il me dit qu'il est bien et qu'il siffle toujours je vais demander des EFR et le réorienter chez le spécialiste ... Je ne vais pas... Je ne fais pas plus de plusieurs augmentations consécutives . Après il y a toujours des exceptions mais je... Sortie de certains patients avec qui j'ai déjà eu des échanges à répétition avec les pneumos et on a dit bon de toute façon et on s'est fixé critères très individuels pour ce patient là oui non commencer les aérosols sans hospitalisation et on avise si on s'en sort pas avec les aérosols des choses qui sont polypathologie soit des asthmes vraiment vraiment très cognés... Sinon moi le recours au spécialiste c'est soit les critères d'urgence dans quel cas là c'est pas le spécialiste c'est les urgences puis le spécialiste soit les modifications...si... Enfin c'est mon choix personnel comme de toute façon pour les adultes asthmatiques je demande à ce qu'il y ait un suivi spécialisé tous les mois... Tous les ans. Si on en est loin de la prochaine consultation et que j'ai déjà augmenté et que ça me paraît pas équilibré je vais faire la consultation de suivi suivante dans la foulée... pas forcément dans l'urgence ça dépend où sont les gens... Dans la foulée je me... Quelle que soit la dose de départ, si en fond et sans notion de problème saisonnier je me dis qu'il faudrait encore augmenter alors que c'est déjà moi qui l'ai fait la fois précédente en principe je demande au pneumo ce qu'il en pense j'ai bien conscience que ça c'est pas mon rayon c'est ma façon... Mon choix quotidien.

SF : Les pneumologues sont faciles d'accès dans la région ?

M2 : C'est pas trop compliqué... Personnellement.. Pas trop compliqué . Pour les patients connus c'est pas trop compliqué d'avoir une réévaluation par les pneumos dans la région .

SF : Selon vous quels sont les points de vue et les attentes des patients concernant leur asthme ?

M2 : (silence) Il y a plusieurs profils.. Plus... Il y a plusieurs profils il y a plusieurs phases dans la vie de l'asthmatique j'ai l'impression. il y a la volonté de prendre... Enfin ils ne souhaitent pas avoir de traitement du tout si possible même quand on explique ce qui est quand même compliqué dans les asthmes persistants. le ... Il y a une acceptation... Ces quelques années d'asthme je trouve que ça se passe souvent très bien et puis.. Enfin en gros il y a le tout début quand on pose le diagnostic et qu'on commence les traitements et après une période plus ou moins longue... enfin après des longues périodes de bonne équilibre, c'est les moments où on a le plus de... Où on a le plus de... Ce qui tu demandais c'était les attentes du patient. Je suis en train de répondre ....Parce que voilà il y a.. Il y a 2 ...J'ai l'impression qu'au début et passé un certain.... Et passé un certain temps avec un traitement de fond qui équilibre bien... C'est pas vraiment des attentes... Il y a souvent un décrochage... Décrochage dans la prise en charge et une volonté d'essayer si ça se passerait bien sans le traitement. Après dans la majorité des patients c'est de fonctionner normalement.. Dans la majorité de mes patients c'est de fonctionner normalement avec leur traitement de fond. Ça va être obligé de gérer des crises, en général le moins de crises possible.. enfin, de crise ou de consommation supplémentaire d'autres traitements... Ce qu'ils veulent c'est un traitement de fond qui les équilibre dans leur quotidien y comprit ... Voilà il doit y avoir de l'asthme d'effort ou des choses comme ça.. Les gens qui ont un asthme mixte persistant et un asthme d'effort par-dessus se plaignent... Enfin il y a plusieurs patients auquel je pense qui se plaignent des difficultés à l'effort qui demande... Qui demanderait presque à ce qu'on renforce le traitement de fond pour prévenir les périodes à l'effort alors qu'il n'y a pas lieu si on contrôle bien avec des prises de ventoline avant l'effort. Moi de mon point de vue les patients que je rencontre ce qu'ils souhaitent c'est... Tout en limitant au maximum ce qu'il y a prendre, avoir si possible plutôt un traitement de fond efficace et peu de traitement des crises et.... Au fil des années ne plus voir le pneumo je pense parce qu'il est ...compliqué (rire court)

SF : Vous arrive-t-il d'avoir des doutes sur l'indication ou la non indication hospitalière d'une décompensation d'un asthme ?

M2 : eh Bien oui. Oui oui oui il y a beaucoup de situations évidentes il y a le problème du téléphone où je disais tout à l'heure c'est dépendant de la personne à qui on parle c'est intéressant de connaître... De connaître les profils des patients parce que effectivement selon le fond d'anxiété, selon le.. La façon dont ils ont pu gérer d'autres épisodes du même type. Quelqu'un que j'ai déjà vu très mal en point en consultation, qui aurait attendu même le lendemain pour être vu en disant oui je suis gêné faut que je vois le toubib et on le voit à 24 heures après en lui disant mais là vous êtes carrément... Mais là ça va hier c'était pire mais bon il ne s'était pas posé de questions et là il m'appelle en disant qu'il est très mal je vais l'orienter rapidement vers l'hôpital. Mais là... Comme je le disais c est l'intérêt de connaître un peu le profil de nos patients en étant vigilant quand même parce que... Les gens alarmistes ont droit de faire de grosses crises aussi. Alors la nécessité... Se poser la question du est-ce qu'il faudrait hospitaliser? Oui. Pour les patients que je connais et que je suis, en principe j'ai un référent pneumo et je... Très facilement je les appelle en consultation pour discuter des situations... Alors après selon la lourdeur du dossier avec quelques fois des, non non moi je le prends en admission direct, on réfléchira après. J'ai très souvent juste des recommandations... De prise en charge ultérieure ou pour valider parce que théoriquement on est pas supposé être prescripteur d'aérosol... Pour valider les choses ou demander à ce qu'ils les faxent. Mais bon localement les pharmaciens sont pas trop enquiquinants. Quand on est premier prescripteur... Enfin quand on est premier prescripteur d'une cure mais qu'on prescrit des choses qui ont déjà été prescrites par les pneumos, ils sont pas trop embêtants. Alors que là où j'ai fait mes études, les pharmaciens c'était niet. Faut signer par le pneumo de l'hôpital. c'était systématiquement enquiquiner pneumo par téléphone pour lui dire je voudrais remettre quelques jours d'aérosol pour voir ce que ça donne, donc il faudrait que vous fassiez l'ordonnance. Localement je n'ai pas eu trop souvent à solliciter... Après oui ça arrive de se questionner sur l'indication parce que on a étonnamment un peak Flow pas mauvais, et pourtant des gens... Et puis pas de désaturation, et pourtant déjà pas plaintifs d'habitude qui vont vous dire qu'ils se trouvent très mal. Soit ce qui arrive de temps en temps, des gens qui nous disent et bien oui mais je... Qu'on trouve gênés mais sans plus qui vont nous dire oui mais il y a 2h j'étais

beaucoup beaucoup plus mal que ça et on se dit si si vraiment on a des... on a un vrai panel de prescription qu'ils n'ont pas ...enfin de prescription de plus à partir de là qu'ils n'ont pas... un traitement de fond déjà trop lourd ou qu'ils n'ont pas déjà pris trop de choses avant de venir nous voir... bon bah on va y arriver avec ce que je vais rajouter d'ici courez à la pharmacie en sortant d'ici et tenez-moi au courant. Quand les gens ont déjà bien fait les choses et qu'on a l'impression qu'on ne va pas augmenter vraiment le traitement c'est vrai que c'est là c'est des situations un petit peu. Ce n'est pas forcément les crises les plus franches où la question ne se pose pas du coup ... il y a des crises où... ou .. En regardant de l'extérieur moi je compare toujours ce qu'on faisait en fond ce qui a été fait et ce qui va être fait différemment ou de plus après m'avoir vu. Quand on se dit ouais bah voilà j'ai saupoudré un peu de cortisone pendant quelques jours et puis je lui ai dit qu'elle pouvait aller plutôt à 14 bouffées plus qu'à 10 qu'elle faisait pour la ventoline. si vraiment c'est quelqu'un de très gêné effectivement ça peut être un peu léger. Moins maintenant parce qu'il est vrai que j'appelle facilement les pneumos. Il m'arrive de faire juste un petit mot... D'imprimer une synthèse de ce que j'ai fait et de dire si ça ne va pas mieux vous passer par les urgences, emmener les prescriptions emmener ce petit mot là... des choses comme ça.. Soit d'avoir fait le courrier déjà, soit... Ça m'est arrivé de dire à des gens c'est tendu, je pense qu'on peut y arriver sans hospitalisation. Qu'il me rappelle, si je les ai vus le matin, le soir même ou le lendemain pour me dire que voilà ça ne va pas dans la bonne direction. du coup envoyer un fax aux urgences sans forcément les revoir en disant moi voilà en ambulatoire je pense que j'arrive au bout de ce que je peux faire... Surtout pour des gens pour qui il n'y a jamais eu prescription d'aérosols à domicile et qu'on sait qu'à ce moment-là les pharmaciens vont un peu traîner des pieds pour les prescrire et que si il n'y en a jamais eu souvent c'est que... Il n'y a soit pas de pneumo soit un pneumo qui n'a pas eu l'occasion d'en prescrire et qui va nous dire au téléphone "non j'aimerais autant le voir avant de balancer un aérosol" oui ça.. Ça arrive d'être en situation d'entre deux ici.

SF : On en a un peu parlé au début. Comment procédez-vous à l'éducation thérapeutique de vos patients ?

M2 : Dans l'asthme je n'ai pas l'impression que c'est ce qu'il y a de plus compliqué. Surtout du rabâchage à répétition. Enfin j'ai pris le pli après mon installation parce que je m'en étais pas forcément rendu compte en tant que remplaçant. De ne pas avoir de parti pris sur la façon que les gens gèrent même si... Même si quelqu'un commence en disant je suis asthmatique depuis que j'avais 8 ans de dire du coup quand vous êtes gêné, qu'est-ce que vous faites ? dans quel ordre ? Comment vous prenez ? Et même quand les gens disent oui mais ça change rien.. de dire ... Non non mais montrez moi comment vous prenez, pas juste combien vous prenez mais comment vous prenez. Je trouve que... C'est peut-être le hasard de la sélection des patients mais... Je trouve qu'il ne faut préjuger de rien sur ce que les gens savent déjà... C'est du... C'est beaucoup de rabâchage et de répétition... Autant sur ce qu'on peut attendre de tel traitement puis dans quelle mesure... Il y a des asthmatiques qui nous appellent ou qui nous sollicitent en disant ça ne va pas, il me faudrait une prescription... Il me faut juste du solupred... Oui enfin il faut que vous compreniez que c'est pas si simple que ça quand même. Que de balancer la cortisone à grosse dose. Que vous augmentiez ce que vous avez déjà en pulvérisation, d'accord. Donc euh voilà de poser les jalons, pour que l'asthme qui décompense en été, c'est que... Probablement... Probablement qu'il faudra mettre un peu de cortisone, mettre des choses à côté. Que c'est plus compliqué dès qu'il y a de la fièvre ou qu'on est loin dans la belle saison et qu'on se pose des questions de choses infectieuses qui viennent favoriser le truc. Dans mes patients j'ai plus d'asthmatiques avec lesquels j'ai galéré dans l'éducation thérapeutique dans les adultes que j'ai prise en charge avec déjà de mauvaises habitudes que d'enfants diagnostiqués... Enfin pour lesquels on a posé le diagnostic d'asthme, bronchite asthmatiforme ou dans les suites de bronchiolite, pour lesquels... Pour lesquels l'information est bien passée avec la majorité des parents et du coup ils savent bien gérer ou ils savent bien quand ne plus gérer et éventuellement me solliciter. J'essaie d'être disponible au téléphone... De temps en temps il y a effectivement des échanges pour dire voilà qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'il faut venir vous voir ? La difficulté c'est cela je trouve dans l'éducation des patients. C'est bien... Qu'ils comprennent bien le cloisonnement entre les familles de médicaments, et de ce qu'ils peuvent en espérer... Et de ce qu'ils peuvent changer... Enfin dans quelle mesure ils peuvent changer tout seul... Et les critères de... Le niveau auquel on se dit qu'il ne faut plus gérer tout seul. Je pense que c'est pas mal. Au niveau éducation thérapeutique pour l'asthme, j'estime que si on a fait 2 points là, on doit pouvoir soigner les gens correctement d'une part, et ne pas avoir de catastrophe d'autre part. C'est certain que ça prend du temps et c'est certain pour un asthmatique d'un certain âge et ancien on commence à dire " oui mais est-ce que vous êtes sûrs qu'est-ce que vous faites vous le faites correctement et que, j'allais dire, quand il faut et dans le bonne ordre". Au départ à faire entendre c'est pas forcément... En consultation dire ce qu'on veut, à faire changer plutôt c'est pas forcément évident.

SF : Pouvez-vous me décrire une situation dans laquelle vous vous êtes senti en échec concernant le suivi d'un patient ?

M2 : Et bien récemment avec un patient que j'ai vu à domicile, insuffisant respiratoire chronique plus une apnée du sommeil, mais un authentique asthme par-dessus qui date même d'avant. Qui fait des décompensations respiratoires enfin des décompensations infectieuses assez fréquemment mais là c'était récemment, donc en été et pas d'élément infectieux patent et en plus... Oui en plus je l'ai vu... Pas d'élément infectieux et en plus il était déjà sous antibio et cortisone quand je l'ai vu parce que, je ne sais plus quel spécialiste il avait vu, enfin bon, un spécialiste avait voulu lui rendre service, il avait dit "ah je recommence à tousser gras" et le collègue avait voulu rendre service en disant et bien je rebalance un antibio et un peu de cortisone ça va aller. Une décompensation pour le bonhomme était déjà assez... Enfin il a déjà un état respiratoire qui n est pas terrible depuis le départ. Pas de critère formel d'hospitalisation, c'est-à-dire, enfin pas une dyspnée à la parole mais vraiment beaucoup de sifflement et une saturation pas... Enfin, un monsieur qui n'est jamais au-dessus de 95 mais qui restait au-dessus de 90. Mais surtout sur un ras-le-bol de son côté, la difficulté c'est pas trop une difficulté médicale, mais ... Au départ le refus de prise en charge autre, le refus de prise en charge hospitalière on va dire. "C'est bon l'hôpital j'en ai marre de faire des allers-retours, ça va aller avec les antibios" je lui ai expliqué qu'il n'a pas de foyer et que les antibios, je lui aurais pas forcément mis et qu'il les prend depuis 4-5 jours, et qu'il n'est pas... Enfin voilà si ils auraient dû apporter quelque chose, ils l'auraient déjà apporté. Enfin voilà. C'est quelqu'un qui avait déjà en fond, entre deux évaluations du pneumo, des prescriptions,...des aérosols qu'il faisait 2 fois par jour. Enfin là, la difficulté, de toute façon, lui il me demandait d'augmenter ses aérosols en me disant que ça devrait passer sans plus. Moi je trouvais pour l'avoir déjà vu décompenser un certain nombre de fois, que... Voilà il était vraiment en dessous par rapport à d'habitude et... On a pu bouger... Ce qui a emporté le morceau, justement j'ai discuté avec le pneumo qui le connaît. Il y avait des... il avait des signes de décompensation d'insuffisance cardiaque qu'il n'avait pas d'habitude. C'est sûr ça que j'ai poussé beaucoup en disant " je ne vois pas pourquoi vous auriez... Enfin si c'est en lien avec votre respiratoire c'est un signe de gravité, et c'est parce que vous êtes habitué à être en hypoxie que ça se passe bien, enfin... Que ça vous paraît tolérable à la maison" et c'est... C'est parce qu'on était deux à pousser avec le pneumo au téléphone, en disant qu'il faudrait faire le point sur ce qui est cardiaque, qu'on a réussi à le faire passer... À l'hospitaliser un petit peu. Voilà ça a été un blocage qui tenait plus au patient qui a des difficultés une prise en charge directement est-ce que de toute façon à domicile on est quand même... Enfin c'est quelqu'un qui avait aussi l'oxygène à domicile si besoin, donc c'était relativement blindé déjà.

SF : Est-ce que vous auriez des propositions d'améliorations concernant votre pratique ou concernant la pratique des médecins généralistes ?

M2 : Je... Enfin des propositions... Moi je m'étais questionné parce que on m'avait proposé.. il y a des moyens de s'équiper pour faire des EFR. Donc je m'étais posé la question et je ne l'avais pas fait sur le coup par rapport à la fréquence à laquelle on est amené à le faire. Et un peu, parce que c'est vrai si on commence à dire... Je n'ai pas été jusqu'à poser la question à la caisse, parce que sinon on commence à dire en suivi d'asthme, je fais souffler dans la machine. À quelle fréquence je peux faire ça sans que ce soit considéré comme un truc abusif ? Est-ce qu'il faut faire comme les pneumos, en disant une fois dans l'année c'est suffisant ? Est-ce que ça dispense de voir le pneumo ? Le problème c'est ça. Est-ce que sa dispense de voir le pneumo du coup ? En sachant moi que les EFR s'ils sont très anormaux, moi ça me donnait matière à dire donc je vais passer la main, si ils sont un peu plus perturbés que la fois précédente, qu'est-ce que ça va impliquer dans mon changement de prise en charge en tant que médecin généraliste (sonnerie de téléphone), c'est pas forcément évident. Le seul questionnement que j'ai eu, c'était ça. Après il y a une vraie différence entre ici et la Saône-et-Loire, où j'ai fait mes études. La simplicité pour avoir l'interlocuteur au téléphone, moi je trouve que c'est pas compliqué. Je ne sais pas ce qu'en disent les autres pour le coup. (décroche le téléphone).

SF : Et donc une dernière question. Est-ce qu'il y a d'autres points sur le sujet que vous aimeriez aborder ?

M2 : Alors sur l'asthme... (silence) le seul questionnement pour lequel je n'ai pas de réponse à donner, je n'ai pas appris ça durant mes études. C'est à côté faudrait que je demande à l'occasion à des pneumos, parce que j'y pense en dehors, j'y pense jamais pendant... C'est complètement annexe, c'est asthme-cure thermale ? Je viens d' une fac où tout ce qui est prise en charge thermale, c'était présenté pas vraiment

utilisable au quotidien pour le moins et j'avoue que j'ai eu la demande de temps en temps, et j'ai botté en touche " il faut voir si votre pneumo considère ça utile" moi j'en ai pas entendu parler en retour ni pour faire une demande de la part du pneumo ni ... Sinon non sur l'asthme c'est vraiment cette question là que je me pose. Je trouve que localement on a la chance d'avoir facilement des pneumos abordables téléphoniquement et assez facilement les évaluations dans la foulée. Ce n'est pas sur l'asthme, que je reste dans des situations compliquées, ou de me dire on va pas y arriver donc on va botter en touche. Après comme je disais, c'est peut-être un hasard de sélection, des jeunes asthmatiques vraiment sévères j'en ai très peu et des jeunes asthmatiques pas raisonnables avec leur traitement et qui font n'importe quoi je n'en ai pas. Quand je remplaçais, j'ai des souvenirs de choses compliquées... En tant que remplaçant, je me suis retrouvé à faire des... Ah bah là je ne peux pas vous dire ... si vous me dites que votre gosse fait n'importe quoi et que vous le laissez faire. Et bien oui va aller aux urgences à chaque fois qu'il continuera à faire un peu plus n'importe quoi. Là dans les patients que j'ai actuellement... Très raisonnables je ne sais pas... Mais sur leurs traitements, les asthmatiques que j'ai... Le message a l'air d'être passé. Je vois assez peu de situation trop à problème. Je n'ai pas de questionnement particulier. Ici et maintenant je ne me trouve pas malheureux en terme de réseau pour gérer au quotidien. Bon après c'est certainement perfectible quand même. Pas de chose de plus à signaler.

SF : Bien dans ce cas, il ne me reste plus qu'à vous remercier.

M2 : Pas de problème.

Médecin 3

SF . Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M3. Docteur (nom). médecin homéopathe acupuncteur installé depuis 33 ans en médecine générale à J. (lieu d'exercice). Voilà c'est tout.

SF. Installé depuis 33 ans.. Et avant ? Vous aviez un exercice ?

M3. Non premier exercice.

SF. Donc vous êtes en cabinet. C'est plutôt rural, semi rural ?

M3. Donc cabinet rural installé avec deux confrères.

SF. Vous êtes informatisés. Est-ce que vous avez des systèmes d'alertes que vous utilisez ?

M3. Non

SF. Combien de patients voyez-vous par jour ?

M3. En moyenne 30... Une trentaine par jour.

SF. Pour combien de jours par semaine ?

M3. 4 jours et demi par semaine

SF. Et vous avez une patientèle privilégiée ?

M3. Une patientèle qui... A vieilli certainement avec moi vu les années d'installation. Un pourcentage quand même élevé d'anciens. Par la diversification l'homéopathie tout ça j'ai aussi une clientèle pédiatrique aussi quand même.. Voilà

SF. Et concernant la formation médicale continue ?

M3. Je suis abonné à Prescrire déjà. Et puis je ne fais pas partie de groupe de pairs ou... Je vais à quelques EPU organisés soit par des labos avec spécialistes soit des fois des Congrès d homéo ou de choses comme ça, voilà.

SF. Pourriez-vous me décrire le déroulement d'une consultation habituelle de suivi d'asthme ?

M3. Les asthmatiques on les voit régulièrement au moment de renouvellement de consultation... Renouvellement de traitement je veux dire. C'est à mon avis l'interrogatoire qui prime. C'est-à-dire est-ce qu'ils ont fait des crises entre-temps ou pas. Est-ce que... Comment ça s'est passé. Soit on les renouvelle tous les 3 mois, soit... Plus maintenant parce que comme on est moins, j'ai tendance à mettre à renouveler plus longtemps facilement plus longtemps, 4 voire 6 mois éventuellement. Par l'interrogatoire à savoir est-ce qu'ils ont présenté des décompensations et des comment... Plus de crises que habituellement. Combien ils ont consommé de bombes de ventoline ou pas, est-ce qu'ils en redemandent plus que d'habitude ou etc. Voilà. Chez les jeunes si ils ont présenté des signes de décompensation clinique au sport ...etc ... ou autre. Éventuellement débit expiratoire de pointe si on a un doute ou quoi que ce soit. Une consultation normale avec une auscultation, les signes cliniques, des sibilants ou pas. Et puis voilà. Prise de tension etc.

SF. Ok... Connaissez-vous des critères de surveillance que vous n'utilisez pas ?

M3. Des critères de surveillance que je n'utilise pas ? C'est-à-dire ?

SF. Et bien souvent des confrères mentionnent le débit de pointe par exemple.

M3. Je ne l'utilise pas certes régulièrement. Je l'utilise plus quand j'ai un doute sur un premier diagnostic

chez un gamin ou etc... Ou chez une personne chez qui je note des signes cliniques mais en surveillance oui, je ne l'utilise pas tellement. J'utilise plus la notion... S'il y a une déstabilisation clinique... Plutôt des signes cliniques des sibilants, des toux, des signes comme ça. Plus que le peak flow oui je pense.

SF. Vous est-il déjà arrivé de renouveler un traitement sans suivre votre schéma habituel ?

M3. Sans suivre le schéma habituel c'est-à-dire ? Sans utiliser le débit de pointe, sans un critère, ... Sans examen clinique ? Sans quoi ?

SF. Par exemple si vous avez un patient en fin de consultation pour un autre motif qui vous demande de renouveler son traitement. Vous procédez comment ?

M3. Et bien je renouvelle. Oui Oui je pense. Ça m'est arrivé de renouveler soit ventoline soit sérétide, soit... Des traitements pour l'asthme sans faire un débit de pointe ou... Je fais en tout cas au moins une auscultation pulmonaire, ce que je fais habituellement à toutes les consultations avec la prise de tension. Je considère que c'est quand même quelque chose.... Même si c'est pour un autre motif qu'on vient. En dehors d'une fracture ou d'un truc où il y a pas besoin d ausculter etc.. Je pense que ça fait partie de l'examen clinique standard habituel. Chez moi en tout cas.

SF. De votre point de vue quels sont les obstacles au bon déroulement du suivi de l'asthme ?

M3. Les obstacles au bon déroulement du suivi d'un asthme... Je pense que c'est parce qu'on n'a pas assez de temps d'une part... À consacrer à nos asthmatique. D'autre part peut-être qu'au fil du temps, on prend peut-être aussi de mauvaises habitudes qui ne sont pas... On n'est pas aussi systématique parce qu'on connaît de mieux en mieux nos patients... Où qu'on croit de mieux en mieux les connaître. Je pense que ça c'est aussi des obstacles. Le fait de connaître les gens, c'est un peu à double tranchant oui je pense. Peut-être. Le temps oui, on n'a pas toujours le temps. Et comme on connaît bien les gens ici, quand on a un doute on passe la main spécialiste. Je pense que...

SF. Et bien justement sur la question d'après. Quand est-ce que vous confier la main à un confrère spécialiste ?

M3. Quand est-ce que je.... Bon je pense qu'il y a plusieurs cas de figure. Il y a des fois quand on a un doute et on veut faire un diagnostic précis. Un doute par exemple chez un gamin ou un adolescent même chez un adulte qui a des phénomènes de toux avec pas forcément des signes spastiques très évidents. Alors on se dit tiens. Il a peut-être un asthme sous-jacent. Je pense que c'est un des cas où je passe la main facilement pour avoir un diagnostic précis, pour avoir des épreuves fonctionnelles respiratoires, surtout quand on a un doute en ayant fait un débit expiratoire de pointe etc... Je pense que c'est le cas, oui c'est le premier cas quand on veut préciser la notion d'asthme, le diagnostic d'asthme. Et ensuite après peut-être quand les gens, les vieux asthmatiques semblent déstabilisés par des manifestations intercurrentes, soit des surinfections, soit des ... etc... On peut avoir un nouveau, des avis, un avis spécialisé pour faire le point pour voir si le traitement est toujours optimum ou pas, ou si il faut changer, introduire autre chose ou pas, voilà.

SF. Et vous avez accès facilement au spécialiste ?

M3. L'accès au spécialiste en pneumo, je trouve que, dans le coin, c'est relativement facile, relativement facile. Soit un spécialiste en ville si il n'y a pas d'urgence, soit les urgences par le biais des urgences voire les services de pneumo. J'ai l'habitude de travailler avec les gens du service hospitalier de Dinan. Ils sont très à l'écoute. On téléphone dans le service et ils nous prennent les gens rapidement que ce soit pour n'importe quel problème pulmonaire. C'est assez agréable d'avoir un centre hospitalier sous la main avec des gens avec qui on peut avoir des contacts réguliers. Oui en pneumo je pense que c'est relativement facile, l'accès au spécialiste.

SF. Selon vous quels sont les points de vue et les attentes de vos patients concernant leur asthme ?

M3. Les attentes des patients... Quelle que soit leur pathologie, ce qu'ils veulent c'est être soulagés de leurs symptômes. Ce qu'ils attendent... oui c'est... Quand ça leur paraît urgent, quand ils sont très dyspnéiques, je pense que c'est qu'on les prenne en charge relativement rapidement d'une part. Ce qu'on a de plus en plus de difficultés à faire parce qu'on est de moins en moins de médecins je pense. Ça c'est

un problème. Et après. L'asthme... Il y a quand même un traitement de fond, donc je pense que c'est quand même une maladie chronique on va dire. En tout cas pour la majorité des asthmes. Donc ce qu'ils veulent c'est de faire de moins en moins de crises, c'est d'avoir un traitement efficace, éventuellement pour certains asthmes ne plus en faire, en guérir etc... Non ce qu'ils attendent, c'est oui qu'on les soulage d'une manière ou d'une autre, soit dans l'urgence soit dans le traitement de fond.

SF. Et est-ce que vous changez vos habitudes de suivi pour un patient qui est régulièrement en bonne équilibre thérapeutique ?

M3. Ah non je pense que si le patient est bien équilibrée, je ne pense pas... Je ne pense pas que je changerai. Non si ça marche bien.

SF. Non pas changer de traitement vos habitudes c'est-à-dire de suivi, de consultation, tout ça ?

M3. Changer mes habitudes. Il faudrait que je participe peut-être à des formations, EPU, quelque chose... Et qu'on me dise voilà les asthmes me faut faire ça ça et ça. Oui je pense que ça pourrait être intéressant. Ce qui pourrait être intéressant aussi c'est de travailler plus en réseau et d'avoir un petit peu... Et d'avoir une étude statistique avec ce qui devrait se faire, ce qui se fait et pourquoi on le fait... Et comment et ce que ça nous donne. Ça pourrait éventuellement être intéressant oui peut-être. Mais bon toute participation à des études ou quoi que ce soit ça demande... Ça nécessite du temps, et le temps c'est pas quelque chose exponentielle et extensible.

SF. Vous arrive-t-il d'avoir des doutes sur l'indication ou la non indication hospitalière dans une décompensation d'un asthme ?

M3. Des doutes... Sur l'indication d'hospitalisation ? Oui on peut avoir des doutes éventuellement oui. Sur la nécessité d'une hospitalisation ? Selon l'état oui l'état du patient... Des doutes... oui je ne sais pas... Sur la nécessité de hospitaliser quelqu'un pour une crise d'asthme. Je pense qu'il faut mieux prévenir que guérir. Je pense. il faut être vigilant. Là encore on peut se guider sur l'état clinique, la SAT,.. Bon et voir un peu. J'ai rarement eu des doutes sur.... Non rarement.

SF. Comment procédez-vous à l'éducation thérapeutique ?

M3. L'éducation thérapeutique ? Ça m'arrive des fois de montrer comment fonctionne certains systèmes à inhaler par exemple. Oui ça m'est arrivé. Oui les systèmes ont quand même relativement changé entre... Les sprays qu'on donnaient directement dans la bouche, après avec des chambres,... Non je pense ça m'est arrivé montrer comment fonctionnaient (toux) fonctionnaient certains dispositifs. Peut-être moins souvent maintenant. Peut-être parce que... Les gens... Les gens sont peut-être aguerris dans le fonctionnement des systèmes et tout ça. Mais bon... On ne vérifie pas souvent ça c'est vrai. C'est peut-être un truc qu'on pourrait faire plus souvent. C'est vrai qu'on observe des fois des gens qui sont hospitalisés et qui font retour au chambre d'inhalation parce que le diskus était mal utilisé ou etc... Après est-ce que tous les nouveaux systèmes, fonctionnent mieux que les nouveaux, euh que les anciens. Difficile à apprécier ça je pense...

SF. Est-ce qu'il y a des écoles de l'asthme dans la région ?

M3. Non je n'en ai pas de notion. Non

SF. Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle vous vous êtes senti en difficulté concernant un patient asthmatique ?

M3. (silence) en échec complet. Pas tellement. Crise d'asthme en désaturation et tout ça. Ça m'est déjà arrivé de faire intervenir l'ambulance, les pompiers, mettre en route une nébulisation rapidement, voire le SAMU. Non je ne pense pas. Non maintenant en plus je ne prends plus de garde la nuit. Je pense que les situations que j'ai pu avoir par le passé stressantes, c'est ça la nuit, à domicile. Mais je trouve que les délais d'intervention à la fois les pompiers, les ambulances et le SAMU sont suffisamment... On arrive à se débrouiller avec un minimum de trousse d'urgence. Je ne trouve pas que ce soit... un état d'urgence qui m'ait causé grand problème. L'asthme. Je trouve que... Par rapport aux urgences cardiaques ou...

SF. De votre point de vue quelles seraient les propositions d'améliorations concernant vos pratiques ou les pratiques des médecins généralistes de manière globale ?

M3. Peut-être... Avoir... Peut-être plus de référence en ce qui concerne les moyens de surveillance, les choses comme ça. Avoir un petit peu aussi des références concernant les molécules, des changements de molécules. Peut-être avoir plus de références au niveau diagnostic aussi en fonction des âges, des types d'asthme et tout ça. Parce que je pense effectivement c'est peut-être un domaine où les indications thérapeutiques ont changé un peu. Les molécules en fonction de l'asthme s'il est allergique, infectieuse, asthme d'effort etc... Je pense qu'on a pas forcément toujours les bons schémas qui nous viennent à l'esprit pour poser les bonnes molécules de prime abord et tout ça. On reste peut-être toujours sur nos vieux schémas etc... Enfin c'est...(toux) ça peut être intéressant d'avoir des guides un peu plus appropriés. Et puis éventuellement peut-être justement travailler un petit peu plus en réseau avec les pneumos du coin. Faire venir un pneumo. Voir un peu. Se faire un peu... Au sein du cabinet ou même plusieurs cabinets du coin, pour savoir qu'est-ce qu'ils attendent de nous, qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse et comment rendre compte pour être plus performant peut-être au niveau thérapeutique d'une part et pour prévenir justement certaines hospitalisations qui peuvent être un peu soit injustifiées, soit... Voilà mais tout cela ça nécessite certainement beaucoup plus de temps, plus d'investissements aussi. Entre ce qu'on voudrait faire et ce qu'on fait il y a toujours une marge difficile à combler.

SF. Y a-t-il un autre point sur le sujet que vous voudriez aborder ?

M3. Non je ne vois pas non. Sur l'asthme non.

SF. Bon et bien je pense qu'on a fait le tour.

Médecin 4

SF. Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M4. Je suis médecin généraliste. J'exerce la médecine générale depuis maintenant bientôt 35 ans. Je suis installé depuis fin années 84. Puis au point de vue médecine générale et bien je fais comme pour définition un petit peu de tout. Et bien évidemment on est confronté à des problèmes d'asthme comme ce qui nous intéresse aujourd'hui. Besoin d'autres détails ?

SF. Vous voyez combien de patients par jour ?

M4. Par jour... Comme je vais sur mes 63 ans, je limite un petit peu mon activité. Je ne suis plus qu'à une vingtaine de patients par jour, ça peut aller jusqu'à 25. J'essaie de rester entre 20 et 25 on va dire. Je ne veux surtout pas en faire plus maintenant.

SF. Combien de jours par semaine ?

M4. Je ne travaille plus que 4 jours par semaine. Et donc je pense que je réduirai encore plus dans l'année qui vient, dans l'année de mes 64 ans où je passerai peut-être à 3 jours par semaine. On va faire un petit atterrissage en douceur on va dire parce que je pense arrêter à 65 ans. Pour ma dernière année je ferai ça je pense.

SF. Vous avez une patientèle particulière ?

M4. Un petit peu plus... J'ai plus de personnes âgées. J'ai un peu plus de personnes âgées avec qui je me suis attaché bien évidemment. Voilà c'est plutôt une patientèle âgée, voila plutôt âgée. Ceci dit bien évidemment j'ai aussi quelques jeunes mais enfin...

SF. Et est-ce que vous avez d'autres pratiques que la médecine générale ?

M4. Non non, exclusivement la médecine générale. J'ai passé un certificat, une préparation juridique du dommage corporel. Pendant pas mal d'années j'ai fait des expertises. Puis là maintenant j'ai arrêté parce que c'est un peu difficile de concilier les deux. Que la médecine générale globale.

SF. Et concernant la formation médicale continue ?

M4. Par Internet. Je fais par Internet. Souvent... Maintenant il y a tout un système. Je suis abonné à... Tout un système de formation continue par Internet et j'avoue que ça me plaît bien. Je fais ça tranquillement quand je veux, etc etc... Les sorties à droite à gauche, j'avoue maintenant (soupir). Autant avant... Autant avant mes 60 ans, j'allais à des tas de réunions des week-ends des choses comme ça. Mais depuis l'âge de 60 ans, je (soupir) je le fais par Internet, par informatique.

SF. Pourriez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi de l'asthme ?

M4. Consultation de suivi d'un asthme. Le patient... Quand tout va bien tout va bien. Il vient pour renouveler son traitement, on... On l'interroge bien évidemment sur le nombre de crises qu'il a fait dans le mois ou dans les deux ou trois mois précédents. Le retentissement sur l'état général. Et puis si tout va bien, on maintient le même traitement, si il n'y a pas plus de crises. J'ai assez souvent, je dois l'avouer, recours au spécialiste quand ça ne va pas pour modifier le traitement etc... Tout simplement quoi. Mais autrement, je leur demande, disons, leur peak-flow. Et ils font leur petit test de respiration. Si ça s'améliore si c'est pire etc.. quoi. Les facteurs déclenchants de leur crise les facteurs infectieux s'il y a eu. Leur environnement et cetera. les questions habituelles, le tabac et cetera... s'il y en a, malheureusement ça peut arriver. De moins en moins quand même, parce que...il y a quand même des gens qui fument et qui ont de l'asthme. Il y en a bien sûr mais heureusement on y arrive en leur bourrant le mou un petit peu, alors faire comprendre que c'est totalement incompatible.

SF. Est-ce qu'il y a des critères de surveillance de l'asthme que vous connaissez mais que vous n'utilisez pas ?

M4. J'aime bien leur faire faire une fois par an des épreuves fonctionnelles respiratoires chez un

spécialiste. Moi je les envoie systématiquement une fois par an. Une consultation, faire un petit bilan, voir s'il y a une évolution quelconque. Et voilà... Sinon le Peak Flow, les trucs comme ça qu'ils ont à leur disposition... Je m'en tiens ça c'est vraiment selon la demande du patient. Le ressenti et le nombre de crises qu'il font. Bien entendu.

SF. Donc pour le Peak Flow les patients ont leur propre appareil ?

M4. Oui voilà. Et puis bon de temps en temps quand ça va pas ou qu'il y a une évolution, je ne le demande pas à chaque fois, mais je leur demande de le faire ici bien évidemment. C'est un moyen de test un petit peu, mais surtout leur fréquence de crises, leur utilisation de ventoline ou autre action rapide. Savoir s'ils le font plus ou moins que d'habitude.

SF. Vous est-il déjà arrivé de renouveler un traitement de l'asthme sans suivre votre schéma habituel ?

M4. Non non, j'avoue, je suis assez méthodique. Je suis le schéma habituel... C'est-à-dire, ne pas....

SF. Par exemple si jamais un patient vous demande de renouveler un traitement en fin de consultation...

M4. Il est venu pour je ne sais pas quoi, une sciatique, " est-ce que vous pouvez me remettre..." alors là tout dépend de chacun. Ça dépend du patient, si je sais très bien qu'il va revenir régulièrement et qu'il reviendra si ça va pas, ça peut arriver. Oui ça a pu arriver. Ça a pu arriver. Bon le moins possible en général... C'est vrai qu'ils viennent des fois quand on est ensemble tous les deux prêts à sortir, " et tiens au fait est-ce que c'est possible de.. Renouveler mon traitement" alors qu'il est venu pour autre chose. Si on le connaît bien, si on sait qu'il est sérieux... si. On va le faire. On ne va pas le laisser. Il est évident qu'on ne va jamais laisser un patient sortir, un asthmatique, sans être sûr qu'il ait tout sous la main. C'est presque criminel de laisser un asthmatique sans son beta mimétique. Bon après, il y a des situations, où... Oui je le fais, je le dépannerais bien entendu. Ça a pu arriver, ça peut arriver qu'on le fasse sans se faire le petit questionnaire habituel.

SF. Quels sont les obstacles de votre point de vue au bon déroulement du suivi d'un asthme ?

M4. Alors on parlait tout à l'heure de leur mode de vie. Bien évidemment en priorité le tabac en premier. Mais sinon, en général, mes patients sont assez dociles. Ils respectent assez bien... Leur truc. Ils ont tellement peur que ça récidive, de faire de graves crises. Il faut les motiver un petit peu. Leur faire comprendre que... Mais en général ça se passe bien. Ils respectent leur protocole, les machins...

SF. Quand est-ce que vous passez la main à un confrère spécialiste ?

M4. Assez souvent je dois dire maintenant. Quand la fréquence des crises bien sûr et de plus en plus intense, ou ... Plus fréquentes et plus intenses. Quand ça se complique d'un état infectieux par exemple. Bien sûr on traite l'état infectieux, mais on le recontrôle après l'état infectieux. Si c'est revenu comme avant, on ne touche à rien. Si c'est pas revenu comme avant, là oui... après les complications infectieuses par exemple. Voilà après complication infectieuse comme je disais, ou crises plus fréquentes ou crises plus intenses. C'est à peu près les trois... Les trois critères. Je respecte... J'essaie de...

SF. Et les pneumologues sont faciles d'accès ?

M4. Oui. Oui voilà à côté de chez nous on a le docteur (nom)... Autrement les pneumologues de l'hôpital sont... Difficiles à joindre bien entendu, mais... À ce moment-là les secrétaires font barrières systématiquement, mais bon on demande à parler directement au médecin en question, le pneumologue en question, et en général, dans ces cas-là, on arrive toujours à avoir un rendez-vous dans les quelques jours qui suivent. Peut-être pas le jour même, quoi que ça m'arrive des fois le jour même, mais disons, dans les quelques jours qui viennent on arrive à avoir... Un rendez-vous quand même avec le pneumologue de l'hôpital. Sinon là en ville, avec le docteur (nom)... On arrive à avoir dans les 24-48 heures, voire des fois le jour même, à avoir le rendez-vous.

SF. Selon vous quels sont les points de vue et les attentes des patients concernant leur asthme ?

M4. Les points de vue concernant ??

SF. Concernant les patients que vous suivez, quels sont leurs points de vue et leurs attentes concernant leur maladie ?

M4. Ce serait d'avoir une vie le plus normal possible, de faire le moins de crises possible et le moins intense possible. Là ils savent bien, tous les médias en parlent... Ils savent bien ce qu'ils sont en droit d'attendre et d'obtenir de nous. Enfin pas tous. Et bon en général on y arrive grâce à tous les traitements qui existent actuellement et qui sont mis à notre disposition. Et si on n'y arrive pas et qu'on voit que le patient n'est pas content, bien sûr, on passe la main au pneumologue pour voir si... Il fait mieux. Voilà.

SF. Ce serait quoi leur objectif ?

M4. Et bien je t'ai répondu. De faire moins de crises de moins en moins intenses. Ou pas de crise du tout bien évidemment. C'est évident que quand on en arrive là, c'est l'idéal, mais bon c'est pas toujours possible. Quoique maintenant on y arrive... Bon il y a toujours certains qui font des crises malgré tous les trucs et traitements, mais c'est quand même les exceptions et c'est bien sûr eux qui sont en priorité dirigés vers les spécialistes.

SF. Vous arrive-t-il d'avoir des doutes concernant l'indication ou la non indication hospitalière concernant certains patients asthmatiques ?

M4. Oui, oui quand même. C'est vrai qu'il y a des fois on se dit est-ce qu'on les laisse partir en leur mettant une forte dose de cortisone ou truc comme ça. Corticoïde. En espérant que ça ira mieux le lendemain. Mais oui il y a des fois, on est... On se dit comment va se passer la nuit. On ne dort pas tranquille. Quand on a un patient qui arrive à 7h ou 8h le soir, pour sa consultation et qu'on voit qu'il est très gêné. On n'aime pas trop. On n'est pas très à l'aise. Oui ça arrive des fois qu'on hésite. Après dans le doute, j'avoue moi je passe la main assez facilement. Je l'oriente vers les urgences, et je vois que par rapport à ce que je connais de ce patient, qu'il est vraiment plus gêné qu'avant... Là oui je l'adresse sans aucune hésitation. On a l'avantage ici d'être à 500 mètres ou 1 km d'un centre hospitalier enfin bref c'est pas... Voilà quoi. Avec tout ce qu'il faut, service de pneumologie et tout le tralala. Dans ces cas-là, je pense que c'est mieux de ne pas prendre de risques... Sans aller le voir.

SF. Comment procédez-vous pour l'éducation thérapeutique ?

M4. Donc c'est surtout l'utilisation des aérosols, des choses comme ça. Les laboratoires nous fournissent toujours des placebos, avec lesquels on peut assez facilement leur montrer. Il faut bien prendre le temps parce que tout est là. En particulier chez l'enfant et la personne âgée. C'est évident que... Dieu sait que des personnes âgées si on a prescrit ça... Si on leur prescrit ça sans leur expliquer, ça sert à rien quoi. Ils le feront pas ou ils le feront mal. Voilà quoi. Pareil chez l'enfant. C'est là qu'on passera le plus de temps, mais... Il y a toujours les systèmes, chambre d'inhalation et choses comme ça, pour les petits. Les Turbuhaler qui sont plus faciles également chez... Voilà. Il faut prendre le temps de leur expliquer l'utilisation. La plupart du temps, dans 90 %, c'est sans doute... C'est les systèmes d'inhalation qui sont utilisés. Bon et avec les placebo qu'on a, on peut leur montrer facilement ce qu'il en est, l'utilisation tout ça. Et ça fait une part très importante dans la consultation. Parce que de faire l'ordonnance si elle est mal utilisée, dieu sait que des fois ce n'est pas aussi simple que d'avaler un comprimé. Tous les aérosols et machin chouette... C'est vrai que c'est très important en particulier dans la maladie asthmatique.

SF. Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle vous vous êtes senti en échec concernant à le suivi d'un patient asthmatique ?

M4. Et bien je parlais des gens avec le tabac. Il y en a certains. Il y en a eu une à laquelle je suis en train de penser. Je l'ai vue cette semaine. Je suis en échec parce que... elle continue à fumer. Et en plus de son asthme, elle fait une bronchite chronique. Elle est toujours encombrée enfin bref. Elle continue à fumer, elle ne mollit pas. On ne sait plus quoi faire parce que... Enfin ça se termine sans arrêt avec antibio corticoïde, et puis voilà on augmente les doses pour les inhalations. Mais on sait que c'est perdu. Enfin c'est perdu, je me comprends. On brasse de l'air, on a beau dire, on a beau expliquer mais on sait très bien quand on la reverra dans 3 semaines ou 6 semaines, dans un mois ou deux, dans le même truc. Voilà c'est décevant. Bon dieu merci voilà c'est 2 %, un ou deux pourcents de mes patients asthmatiques. La plupart comprennent et font attention. Mais autrement quelqu'un qui suis bien son traitement et si on est en situation d'échec, alors là on revient à ce que je disais, on passe la main au pneumologue. Si on

sait que la personne est raisonnable, qu'elle suit bien son traitement, quelle a bien compris le maniement des... de tous les petits appareils là, si ça marche pas, là ce n'est plus de notre domaine j'ai envie de dire.

SF. Voyez-vous des conseils concernant votre pratique ou les pratiques des médecins en général pour améliorer le suivi ?

M4. Je pense qu'ils le font mais les pharmaciens aussi faut qu'ils participent aussi à ça. Quand ils donnent leur petit flacon de pticht pticht comme disent les patients... Bon qu'ils n'hésitent pas à bien leur expliquer quitte à leur montrer une deuxième fois. Ce n'est jamais une fois de trop. Ça ça peut faire partie des choses importantes. Pour améliorer les choses. Pour améliorer les choses... Oui ça serait des choses comme ça. Mais autrement non je ne vois pas trop ce qu'on pourrait répondre à ça.

SF. Donc ça serait plutôt sur l'éducation thérapeutique

M4. Oui voilà. C'est ça l'éducation thérapeutique exactement. Bon ce n'est pas toujours évident mais il faut redire, rabâcher, répéter. C'est que comme ça qu'on peut arriver à quelque chose.

SF. Est-ce que vous auriez d'autres sujets à apporter sur l'asthme ?

M4. Non pas vraiment non. On a un arsenal thérapeutique qui est bien développé je trouve moi et qui réussit quand même à faire face à 80 ou 90 % des situations. Là non. Il y a toujours des progrès qui sont faits, des améliorations mais c'est des petites améliorations, parce qu'il y a sans arrêt de nouveaux produits qui sortent. Mais bon, on s'aperçoit que ça ne change que dans les petits détails. L'asthme grave et non contrôlé par les thérapeutiques là, bon ben c'est du domaine du spécialiste. Il n'y a plus... On ne progresse pas beaucoup je trouve. On a déjà un très bon arsenal thérapeutique je trouve.

SF. Et bien je pense avoir fait le tour de mes questions
(tous les deux debout en train de se serrer la main)

M4. Mais c'est vrai que actuellement on est bien aidé par les spécialistes qui nous chapeautent de bien sur Dinan. C'est rassurant quoi. Oui c'est rassurant. Je trouve que, et bien comme je te disais ça fait bientôt 35 ans que j'exerce la médecine, au tout début de mon installation, j'avais assisté à des crises d'asthme (soufflement) en garde aux urgences, sévères, hypersévères, hyper lourdes qui maintenant, il y en a bien évidemment toujours, c'est absolument évident, mais je trouve que la maladie est mieux prise en charge. Il y a une surveillance qui est meilleure. Il y a des dispositifs qui sont mis (sonneries de téléphone) que je trouve bien.

(remerciements hors enregistrement)

Médecin 5

SF. Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M5. Je suis un vieux médecin généraliste, j'étais installé dans l'Oise pendant 35 ans et j'ai cessé mon activité dans l'Oise parce que j'étais... submergé. Voilà. Je suis resté 1 an à ne rien faire. Et puis je suis reparti en trouvant un poste ici de médecin collaborateur à travailler 3 jours par semaine, oui ça me va très bien. Et j'ai déjà maintenant trois journées pleines. Je fais à peu près 36 heures de travail... Au bout de 2 ans donc tu vois. Mais j'aime bien prendre mon temps avec les gens et je ne suis pas... Je suis assez différent des autres parce que j'ai vécu une expérience de médecin isolé. Tout seul en campagne. Donc j'ai une approche de la médecine qui n'est pas complètement la même que ce que je peux voir chez mes confrères notamment celui avec qui je discute le plus c'est Michel M. Et voilà. J'ai 65 ans. Et je n'ai pas du tout envie de partir en retraite.

SF. Vous voyez combien de patients par jour ?

M5. J'en vois... entre 25 et 30. Sur 3 jours. Je ne travaille que 3 jours. Oui entre 25 et 30.

SF. Est-ce que vous avez une patientèle un peu particulière ?

M5. J'ai pas mal de personnes âgées. Et je commence à avoir un petit peu de suivi de pédiatrie. Et puis on a comme tout le monde, je dirai la clientèle des... Le ventre mou de clientèle, c'est 15 - 17 ans jusqu'à on va dire 50 ans. Donc ça j'en ai un petit peu, mais... J'ai un petit peu de pédiatrie, ça commence à venir. Et puis.. Mais surtout j'ai pas mal de... Je vais dans les EHPAD. Ça fait pas mal de personnes âgées voire très âgées.

SF. Est-ce que vous avez d'autres pratiques que la médecine générale ?

M5. Non. Rien du tout, pas du tout. Je n'ai pas de connaissances.

SF. Concernant la formation médicale continue, comment procédez-vous ?

M5. Alors je n'en fais plus là maintenant. J'en ai fait dans l'Oise par des réunions en fait qu'on avait avec des laboratoires. Des fois j'ai eu un ou deux week-ends. Mais là maintenant, je n'en fais plus. C'est vrai que je n'ai pas raccroché les wagons ici avec plein de trucs. Je voulais pas trop... Je ne sais pas pour combien de temps je suis là. Et puis j'ai un peu... J'ai un peu perdu entre la fin de mon exercice où je n'en faisais plus. Là, les 3 - 4 ans. Les dernières années que j'avais dans l'Oise, je travaillais de 6h jusqu'à 22h30, donc... La formation médicale continue le week-end, je ne pouvais plus en entendre parler. Je n'en ai pas fait depuis quelques années de cela. Là ici je n'en fais pas. Je ne peux pas dire que ça ne me passionne pas, mais... Retourner un peu sur les bancs de l'école, c'est...

SF. Vous êtes abonné à des revues ?

M5. Je lis le « Quotidien du médecin ». C'est tout, je ne lis rien d'autre.

SF. Pourriez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi de l'asthme ?

M5. Alors... On refait un peu l'historique de ce qui a été vu la fois d'avant. Savoir s'il a eu des crises, si il a eu des complications des crises, combien, à quel moment, s'il y a eu des complications infectieuses, soit rhinopharyngite, soit... Enfin toute la filière ORL et pulmonaire. Et puis enfin après la tolérance de tout ça. Et après, je l'ausculte. Et c'est vrai qu'on n'a pas... Moi je n'ai pas du tout d'appareil de mesure. Style peak Flow ou truc comme ça. Et je fais faire, si la personne n'est pas trop... Si la personne est valide, je fais faire un bilan pulmonaire une fois par an. Chez un pneumo pour faire une EFR, pour voir comment il est puissance et débit.

SF. Donc on a déjà parlé du peak-flow. Est-ce que vous connaissez d'autres critères de surveillance que vous n'utilisez pas et pour quelle raison ?

M5. D'autres critères de surveillance. Non, Il y a quoi, les... Comment ça... C'est le propre de mon âge

d'avoir des trous de mémoire. C'est pas les gaz du sang, c'est la... saturation. Non, je ne sais pas il y en a qui en ont des appareils pour mesurer ça ? Des confrères...

SF. Y en a quelques-uns qui en ont.

M5. Non autrement je n'ai pas d'autre chose. C'est pour ça que moi, j'envoie facilement au pneumo pour faire un point, un bilan respiratoire une fois par an. Qu'est-ce qu'il y a d'autres comme moyens, dis-moi ?

SF. Ce n'est pas à moi de... On pourra éventuellement en discuter après.

M5. (rire) ok

SF. Vous est-il déjà arrivé de renouveler un traitement sans suivre votre schéma habituel ?

M5. Alors, quand je suis arrivé ici, je n'avais pas du tout les mêmes schémas de traitement. Il n'est pas facile de renouveler pour quelqu'un parce que c'est vraiment... je crois dans l'asthme, c'est vraiment... Les gens sont vraiment très reliés à leur traitement. Ils ont d'une espèce de dépendance psychologique en plus avec leur traitement qui est importante. C'est difficile de leur faire changer de produit. C'est difficile aussi d'expliquer aux gens par exemple comment utiliser plus un corticoïde inhalé que du salbutamol. Donc ce n'est pas facile. Donc j'ai renouveler ce qu'il se faisait ici parce que je m'aperçois dans les habitudes thérapeutiques, on n'a pas complètement les mêmes entre la Bretagne et ce qu'on faisait en Picardie. C'est drôle de pas avoir... Il y a des prescriptions qui sont pas tout à fait identiques. Il y a des habitudes de produits ou médicaments. Nous on avait pas mal de médicaments, tu sais avec... style QVAR airomir. Ici je n'en vois pas du tout. Mais ça venait d'une observation de la mauvaise coordination main-bouche des gens quand ils devaient inhaler leurs produits. Style la ventoline, quand on regarde les gens, si on pouvait mettre le produit en couleur on s'apercevrait qu'il y en a partout et assez peu d'inhalé. Mais bon je renouvelle, dire que... Des fois ça me surprend, alors je me mets au diapason d'ici en disant que c'est pas établi sur des critères débiles. C'est forcément sur des choses intelligentes, mais après c'est une question de produit. Voilà.

SF. De votre point de vue quels sont les obstacles au bon déroulement du suivi de l'asthme ?

M5. C'est... Les obstacles qui viennent de la part du malade, en fait ?

SF. Du malade, de la maladie, de l'environnement, de l'organisation des soins... Au choix

M5. (silence) il y a... Je pense qu'il y a une question d'âge. Il y a des gens quand ils sont petits, c'est bien pris en charge par la maman. Plus âgé c'est moins bien suivi, ils font un peu comme ils veulent. Et puis très souvent chez les jeunes, ils se mettent à fumer en même temps. Ils trouvent que c'est... Enfin ils pensent que c'est compatible. Après plus âgé, enfin ils ont bien plus la maîtrise de... Enfin ils mesurent différemment la gravité, le déficit... Enfin la détresse respiratoire en cas d'une crise d'asthme aiguë. Et puis après chez les personnes âgées, c'est observé très scrupuleusement, enfin je trouve. Ce n'est pas mieux fait parce que leurs capacités respiratoires sont très diminuées, et donc tout ce qui est inhalé ne va pas très loin en fait. Je crois que ça correspond à des âges de la vie. Après les critères... Les critères extérieurs, il y a peut-être... Ce qui va contrarier tout ça, c'est la pollution, le milieu de travail dans lequel ils sont, et oui je ne vois pas d'autres choses. Je ne vois pas d'autres trucs.

SF. Quand est-ce que vous passez la main à un confrère spécialiste ?

M5. Alors... Assez... Pour une crise d'asthme ? Pour une maladie asthmatique ?

SF. Euh oui pour le suivi de l'asthme.

M5. Moi je faisais une fois par an. Une fois par an il y avait un bilan et on... C'était aussi quelqu'un que je connaissais très bien, un pneumo avec qui je bossais qui était très bien. Et on adaptait en fonction.. Moi je me rangeais à ce qu'il me disait en fonction des mesures qu'il avait faites, et de l'état qu'il trouvait... changé, inchangé. Voilà donc je faisais ça régulièrement, assez régulièrement. Tous les gens que … pour lesquels on fait une lettre ne vont pas forcément chez le pneumologue, mais une grosse partie y allait et il y avait une bonne coordination. Moi je les voyais, je les voyais 3 fois à peu près, sauf phénomène

intercurrent, et puis le pneumo la quatrième fois. Voilà à cette fréquence là. Je n'avais pas de souci pour avoir un pneumo. Je pouvais avoir un rendez-vous dans les 8 jours, ici ce n'est pas du tout le cas.

SF. Donc ici c'est compliqué ?

M5. Oh oui. Oui si tu veux avoir les pneumo de l'hôpital c'est... (soupir) compliqué. Dr (nom)., il est... Il a plus de 65 ans donc il lève pas mal le pied. Il n'est pas là tout le temps. Ah oui moi je trouve. Les spécialistes ici... Enfin je ne veux pas trop juger. Moi, j'étais installé pendant au moins 30 ans. Donc j'ai été...Je ne veux pas dire que j'étais un incontournable mais enfin on me connaissait. Et quand je passais un coup de fil... Ici quand je passe un coup de fil les secrétaires, elles n'en ont rien à secouer. Oui il y avait un truc que je n'avais jamais vu, c'est les ophtalmos qui prennent le téléphone une fois par mois. Les dermatos même chose tu ne peux même pas les joindre. Ici pas un médecin peut joindre un dermatologue, même un médecin. Ce n'est pas possible. Il y a juste (nom) qui a le numéro de téléphone perso de (nom). Moi, je n'avais jamais vu ça. C'est peut-être l'évolution d'aujourd'hui, mais moi je n'avais jamais vu ça avant. Mais oui, je crois que c'est assez difficile à joindre les pneumos. Je ne parle pas d'envoyer des gens où ça, parce que là...

SF. De votre point de vue quels sont les attentes et les points de vue des patients concernant leur asthme ?

M5. Les attentes. C'est les attentes d'avoir un traitement qui soit fiable pour qu'ils ne soient pas gênés. Qui ne les handicape pas dans leur vie quotidienne. Donc je pense. S'il y a un traitement qui soit efficace et que ça ne les handicape pas trop. C'est particulier l'asthme, parce que c'est... Traité, ça permet d'avoir une vie tout à fait normale et de même pratiquer du sport. Parce que à ma génération, on ne faisait pas. Quand on avait un asthmatique enfant, on le mettait dans du coton et puis on le dispensait de sport etc.. etc... Aujourd'hui on les envoie faire du sport les asthmatiques. Et quand ils sont bien traités, même il peut arriver chez les ados, même à fumer ce qui prouve qu'ils sont pas spécialement...(rire court), qu'ils ne sont pas gênés de faire des conneries. Et je pense que l'attente de l'asthmatique, c'est quand même d'avoir un traitement efficace et de ne pas être gêné durant sa vie quotidienne. Voilà. Ne pas renoncer à certains trucs. Quand ils ont envie de faire du sport, quand ils font... Moi, j'en connais qui marchaient, qui font de l'escalade ou qui font des trucs comme ça, ne pas être handicapé ni... C'est difficilement... Enfin le souffle, c'est matérialisable. Mais c'est aussi pas tellement... Pas tellement facile à comprendre. Quand on a mal à une jambe, ce n'est pas la même chose. Pour ce qui est respiratoire c'est un peu différent. Je pense, ces 2 critères là, l'efficacité et puis la bonne tolérance du produit, parce que il y a quand même des trucs comme tout ce qui est corticoïde inhalé, au bout d'un moment ça te colle des dysphonies, il y a des tas de gênes au niveau pharyngo laryngé. Tant que c'est bien toléré tout va bien.

SF. Vous arrive-t-il d'avoir des doutes sur l'indication ou la non-indication hospitalière d'une décompensation d'un asthme ?

M5. (silence) non je ne pense pas. (silence) je pense que... Moi je ne me suis jamais mis dans la peau de... Enfin je me suis toujours refusé de juger à posteriori, parce que ça voudrait dire il faut qu'on juge à posteriori sur une décompensation s'il y a eu décompensation ou pas. C'est ça que tu veux dire ?

SF. Non, lorsque le patient décompense, est-ce que vous avez des doutes sur "est-ce qu'il faut l'envoyer à l'hôpital ?"

M5. Ah oui ce n'est pas la même chose. Je préfère l'envoyer à l'hôpital. En secteur hospitalier il sera bien plus... Je préfère toujours... Je préfère faire dans ce domaine là une hospitalisation un peu hâtive ou qu'on aurait pu s'en passer, plutôt que de garder quelqu'un à la maison. On n'a pas d'arme chez soi. Et la détresse respiratoire c'est angoissant. Je préfère adresser en milieu hospitalier toujours. Je n'hésite pas une seconde là-dessus.

SF. Comment procédez-vous à l'éducation thérapeutique des patients ?

M5. (rire court) on leur prescrit quelque chose, je passe du temps à leur expliquer. Le phénomène de l'asthme, la différence entre la ventoline et le corticoïde inhalé. Et puis après, je m'amuse quand je les revois, à leur montrer... Je leur fait faire me montrer comment ils se servent de ces outils là. Et c'est là-dessus. Chez les petits il y a des chambres qui sont parfois prescrites, bien. Il y a une grosse déperdition quand même. Je ne sais plus combien en déperdition, mais il y a quand même pas mal. Après l'utilisation

de, quand les gens sont à peu près honnêtes, disons quelquefois 10 - 12 bouffées de ventoline sous prétexte qu'ils ont un peu de mal ou qu'ils ont... Ce qui rime à rien et qu'il les met... Ce qui les excite comme c'est pas possible. Je vérifie toujours qu'ils le font bien et qu'il y a un synchronisme. Quand il n'y a pas de synchronisme, alors dans ce cas-là, je prescris les trucs là, QVAR airomir où le synchronisme est peut-être un peu meilleur. Mais les gens quand ils sont en difficulté respiratoire, ils ont toujours un souffle qui n'est pas le même. Donc je me dis au repos sans rien, sans difficulté à inspirer expirer (sonneries de téléphone), ils vont faire une manœuvre avec l'aspiration bêta 2 ou autre, mais quand ils sont en dyspnée, ce n'est pas du tout la même chose. (interruption de l'interview le temps de la discussion téléphonique)

SF. Donc est-ce que vous vous êtes déjà retrouvé dans une situation dans laquelle vous vous êtes senti en échec concernant un asthme ?

M5. Oui

SF. Est-ce que vous pouvez me citer un exemple ?

M5. Oui j'avais un malade à qui j'ai donné... Qui avait fait une crise d'asthme, qui avait été majorée d'une réaction allergique (tape sur le clavier). Et, il habitait en face de chez moi , je me suis retrouvé à 3h du matin chez lui et j'étais persuadé ce que j'avais donné était efficace. Et je l'ai vu quasiment étouffé à la fenêtre de sa maison, à poil, alors qu'il faisait moins 7 - moins 8 dehors. Alors là je me suis dit "merde j'ai sous-estimé la chose", donc je l'ai envoyé aux urgences vite fait bien fait. Oui je pense que n'importe quel médecin un jour ou un autre peut se planter dans une prescription, ne validant pas la gravité ou la séquence de décompensation de l'asthme qui n'est pas forcément bonne. Oui ça ça arrive.

SF. Donc dans cette situation ce qui a joué c'est le traitement qui n'était pas adapté ?

M5. Oui...à domicile quand on a pas d'outils particulier pour évaluer la gravité, si ce n'est ce que dit le malade et l'auscultation, c'est pas toujours simple de savoir si on est dans une phase qui va s'aggraver ou si ça va être stable. Alors on donne un traitement, et puis s'ils reviennent 2 heures plus tard, il peut y avoir aussi des facteurs émotionnels qui aggravent la détresse respiratoire, et on se dit qu'on a pas été efficace. C'est la que moi je fais hospitaliser sans... Ça me fait trop peur ça.

SF. Est-ce que vous auriez des propositions d'amélioration concernant les pratiques des médecins généralistes ?

M5. Je ne sais pas trop ce que font les autres. Moi je ... (silence) oui, moi je pense que c'est.. Améliorer, c'est pas... C'est difficile à dire. Je ne sais pas. Il y a certainement à perfectionner des bêta 2 ou les corticoïdes inhalés à... On sera plus en sécurité, nous, si il y avait une bonne tolérance, une bonne absorption, un bon synchronisme. On serait plus tranquille certainement. Enfin moi ça me rend toujours un peu inquiet quand je vois ça. J'ai 1 enfant qui en a fait de l'asthme, petit à une période de sa vie, pas très longtemps. Quand il est là sur un lit en pleine nuit et qu'il ne peut plus respirer, on est quand même un peu... Inquiet quoi. La bonne observance des médicaments, surtout dans l'histoire de l'absorption des trucs inhalés. C'est ça qui me chagrine toujours. Voilà c'est tout

SF. Donc ça ça se rapprocherait plutôt de l'éducation du patient ?

M5. Je pense. Oui, il y a besoin... Parce que ça il y a besoin

SF. Est-ce qu'il y a d'autres points que vous voudriez aborder sur le sujet ?

M5. Pas spécialement

SF. C'est bien j'ai tout ce qu'il me faut

Médecin 6

SF. Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M6. Je m'appelle (nom) J'ai 63 ans. Je me suis installé en 1985 à Saint-Briac. J'ai quitté Saint-Briac en 2011 pour venir ici au centre médical de (lieu d'exercice). Je suis papa de 3 enfants je suis marié.

SF. Vous exercez depuis combien de temps ?

M6. Bien depuis 1985, qui nous fait 31 - 32 ans maintenant révolu puisque c'était le 15 juin.

SF. Sur l'informatique est-ce qu'il y a des systèmes d'alertes pour le suivi en général ?

M6. Il y a des systèmes d'alertes. Il faut les allumer. Quand on a par exemple une coloscopie qui doit être faite dans 3 ans, et bien il faut l'inscrire dans l'alerte qui s'ouvre à l'ouverture du dossier. Pour les vaccins on peut alerter. On peut faire toutes les alertes qu'on veut, il suffit mettre la date... Et le motif.

SF. En moyenne vous avez combien de consultations par jour ?

M6. 30... Avec les visites

SF. Et pour combien de jours par semaine ?

M6. 4 jours pleins et une demi-journée. Je ne travaille pas le jeudi.
Une demi-journée le samedi matin avec une dizaine de samedi où je suis absent.

SF. Vous vous occupez plutôt de quel type de patientèle ?

M6. Je n'ai pas de sélection. Je ne fais pas beaucoup de pédiatrie. Je ne dois pas avoir un profil ... M'occuper des enfants. Je ne les refuse pas (rire court). Ne sais pas comment ça marche pour les autres. Je sais que (nom), lui, non veux pas tout simplement.

SF. Est-ce que vous avez d'autres pratiques que la médecine générale ? Homéopathie pratique hospitalière...

M6. Non... Non

SF. Et concernant la formation médicale continue ?

M6. J'ai un petit peu laissé tomber depuis que je suis arrivé ici. Avant j'en faisais... Très régulièrement. Là on va mettre sur place, euh sur pied, un groupe qualité qui sera donc... Comme on est 8 médecins qui se réunira ici le vendredi... Le premier vendredi de chaque mois de 12h30 à 13h30 sur un thème qui est désigné par l'ARS. Voilà. Autrement je participe, je vais dire, à des soirées promotionnelles. Ce n'est pas de la véritable FMC mais c'est quand même fait par des spécialistes cardiologues ou neurologues,... Sur les nouveaux anticoagulants par exemple. On a eu ça plusieurs reprises. C'est quand même de la FMC parce que c'est fait par des... Par des professionnels, par des spécialistes de renom je dirais.

SF. Pourriez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi d'un asthme ?

M6. Un patient asthmatique ? Et bien je lui demande s'il se sent essoufflé. Et bien ça dépend du stade de son asthme parce qu'il y a l'asthme occasionnel. Dans ce cas-là je lui demande combien de fois il a recours à la ventoline en cas de crise. Il y a le stade suivant où les gens prennent un traitement de fond. Dans ce cas-là je leur demande s'ils ont besoin de prendre de la ventoline en plus... Du traitement de fond et combien de fois. Voilà. Si ils sont obligés d'en prendre trop souvent, et bien on réévalue le traitement. Comment dire. Si je les vois dans un état... Difficile, je veux dire très dyspnéique durant une surinfection, dans ce cas-là... Ça dépend des gens. Il y en a je sais que je vais les hospitalisés très très vite parce que l'expérience a montré, en majorant le traitement même avec des aérosols, ils auront besoin d'oxygène pour passer le cap. J'en connais deux comme ça. Les autres on arrive à gérer. Et pour ceux qui ont... Un asthme... Je dirais quand même un peu sévère, je leur propose de faire le point avec le pneumologue.

D'ailleurs il n'y a même plus besoin de leur proposer puisque ils sont reconvoqués de manière assez périodique. C'est le pneumologue qui décide quand est-ce qu'il veut les revoir.

SF. Connaissez-vous des critères de surveillance de l'asthme que vous n'utilisez pas et pour quelle raison ?

M6. Les échelles ? Non je ne connais pas les critères dont... tu veux me parler je ne vois pas.

SF. Par exemple est-ce que vous utilisez le peak flow ?

M6. Je l'ai utilisé mais ça m'a vite gonflé. Ça m'a vite gonflé de me servir de ça. Pourquoi je n'en sais rien. Ça ne m'apportait pas. Je dois avouer que ça ne m'apportait pas. Je préfère travailler avec le pneumo. Faire des EFR a priori. Quand on a besoin d'utiliser le peak flow... Enfin bon c'est sûr que c'est un truc qu'on pourrait faire chez les asthmes modérés. Même si ils ont peut-être pas forcément conscience de la gravité de leur asthme. C'est peut-être là l'indication. Mais je ne l'ai plus le peak flow. Je l'avais quand j'étais à Saint-Briac et dans le déménagement il a dû disparaître. Voilà

SF. Vous est-il déjà arrivé de renouveler un traitement d'un asthme sans suivre votre schéma habituel ?

M6. Ça n'évoque rien pour moi ça. Renouveler un traitement sans suivre...

SF. Par exemple comment réagissez-vous si, en fin de consultation pour un autre motif, quelqu'un vous demande de renouveler son traitement de l'asthme ?

M6. Donc ça ça peut arriver forcément. Je dirais que si ça arrive à la toute fin de consultation (rire court)... Ça va vite, est-ce que vous êtes plus gêné ou est-ce que tout va bien, oui et terminé. S'il n'y a pas de fait nouveau... J'essaye de faire en sorte qu'ils soient... Vus pour ceux qui sont sévères. Qu'ils soient suivis conjointement par le pneumo. Quand c'est très modéré...

SF. Quels sont les obstacles de votre point de vue au bon déroulement du suivi d'un asthme ?

M6. Je pense que c'est le déni du patient. Ça m'est arrivé de me faire piéger c'est des gens qui ne se savaient pas asthmatiques et chez qui je n'avais pas noté... D'anomalie auscultatoire. Ça m'est arrivé une fois de découvrir que ce monsieur là était asthmatique. Donc j'avais fait sa connaissance à son arrivée en retraite. Il ne se savait pas asthmatique et puis un jour on constate qu'il a une difficulté respiratoire importante lors d' une surinfection. C'est comme ça que le diagnostic était fait. Enfin je ne sais pas si je réponds à la question. (rire court). C'était quoi la question ?

SF. Les obstacles en général...

M6. Ah oui le déni. Parce que lui c'était particulièrement un déni. En le réinterrogeant après... On s'aperçoit qu'il était dyspnéique en tondant sa pelouse. Mais il avait la pêche, il ne se plaignait pas. Pour lui c'était sa norme. Donc les obstacles pour moi ça serait plutôt ça. Peut-être tout l'intérêt du Peak flow. Dépister un obstacle au respiratoire alors que le patient lui se plaint de rien. Qu'est-ce qui peut y avoir comme autre obstacle. (grande inspiration) je ne sais pas. je ne vois pas

SF. On en a déjà un petit peu parlé mais quand est-ce que vous confier la main à confrère spécialiste ?

M6. Donc en aiguë... Quand quelqu'un n'est pas vraiment gêné par son asthme et que en aiguë on a du mal à... À passer le cap. Lors d' une surinfection, ça marche assez facilement aujourd'hui. Je pense à quelqu'un qui n'était pas asthmatique et le jour où il a fait le vaccin contre la grippe il est devenu asthmatique... Dans les 3 jours. Et aujourd'hui c'est un asthmatique sévère, donc j'ai passé la main et il est suivi très difficilement avec le livret. Je l'ai mis avec l'hôpital de Dinan. Donc ça c'est un cas qui m'a marqué. Donc dans les épisodes aigus, tous ceux qui sont dans... Ceux chez qui j'ai remarqué qu'on était limite de l'insuffisance respiratoire aiguë durant une surinfection, je passe la main aussi sec. L'hospitalisation même plutôt que rendez-vous pneumo. Parce que je sais qu'il n'y a pas de temps à perdre. Autrement quand c'est pas trop sévère,... Je dirais que c'est sur les données de l'auscultation quand même si... Ça respire franchement bien et que le patient suis bien son traitement, qu'il n'est pas gêné, je ne passe pas la main. Mais si les signes auscultatoires malgré un traitement bien conduit, là oui

je demande un avis. Et tous ceux qui ont un traitement quotidien, il y a peut-être des exceptions, mais de manière générale je pense qu'ils ont un suivi régulier et la périodicité est décidée par le pneumo. Voilà

SF. Selon vous quels sont les points de vue et les attentes des patients concernant leur asthme ?

M6. Je pense que ce qu'ils attendent c'est de ne pas être gêné... Pour que leur quotidien se déroule normalement. Je ne leur ai jamais demandé ce qu'étaient leurs attentes. Ce qu'ils veulent lorsqu'ils viennent ici, c'est... Ils viennent avec confiance et ils veulent être bien soignés. Et que ça se passe bien voilà.

SF. Est-ce que vous avez un profil type de patient non observant ?

M6. En matière d'asthme ? J'en ai vu... J'en ai pas là en tête. Les patients non observants en asthme mais il y en a bien sûr. On sous-estime très souvent leur ... Problème. Je ne pense à personne là comme ça pour l'instant. Est-ce qu'il y a un profil ? (haussement des épaules) je dirais que... Les asthmatiques sont des gens qui veulent quand même ignorer leur maladie le plus possible. C'est comme cela que je le ressens. Le déni. On sous-estime la gravité du monde. Peut-être que le déni est quelquefois bilatéral. (rire) oui

SF. Vous arrive-t-il des fois d'avoir des doutes concernant l'indication ou la non indication hospitalière durant une décompensation asthmatique ?

M6. Non je ne crois pas. Il est peut-être arrivé chez quelqu'un qui était gêné de me dire donc avec le traitement que je vais donner ça va s'arranger, je n'hospitalise pas et puis de réviser la copie 3 jours après parce que les choses ne s'arrangent pas. La première fois j'avais un doute et la deuxième fois je n'en avais plus. Mais... Je crois que... Un médecin qui n'a pas de doute il faut qu'il change d'orientation. (sourire)

SF. Concernant l'éducation thérapeutique comment procédez-vous ?

M6. Alors ça c'est une bonne question parce que... Je ne suis pas un bon éducateur. Je me suis aperçu que les sprays n'était pas forcément bien pris. Et les trucs de démonstration (soupir), j'en ai puis au moment où je veux les retrouver je ne sais plus où ils sont. Donc je leur dis de demander au pharmacien de leur montrer et de revenir avec le truc la prochaine fois éventuellement. Ce qui n'est pas toujours le cas. J'ai vu plusieurs fois... Des surprises. J'ai eu des surprises avec des gens chez qui je demandais comment ils les utilisaient leurs produits. De drôles de surprises (rire court). Je pense effectivement que même si on a bien expliqué, rien ne remplace la démonstration. Voilà. J'en ai eu une une fois. Je lui ai dit montrez-moi comment vous faites. Elle a pris sa ventoline et puis elle a fait (mime une expiration profonde)(rire court). Elle a expiré la ventoline comme quelqu'un qui inhale pas la fumée, chez les fumeurs. (rire court de ma part ainsi que du médecin). Alors on m'a raconté (mime quelqu'un qui brumise l'air de la ventoline et qui hume l'air ensuite). Le déodorant qu'on inhale. (rire court) mais ça je ne l'ai jamais vu. Donc moi j'essaye de donner des dispositifs avec déclenchement automatique ou chambre d'inhalation, surtout chez les enfants. Chez les adultes, moins, enfin déclenchement automatique quand c'est possible. Voilà. Et quand ils ont un débit respiratoire suffisant, parce que quand ils sont trop graves... Là pour le système avec poudre, il n'arrive même pas à le prendre. Donc là ils ont mis une chambre. Voilà

SF. Est-ce qu'il y a une école de l'asthme dans la région ?

M6. Non, j'en ai jamais entendu parler de ça. L'hôpital de Dinan un service de rééducation respiratoire, plus pour les insuffisants chroniques type BPCO que pour les asthmatiques. La rééducation à l'effort quoi. Et pour l'asthme, jamais entendu parler de ça.

SF. Pourriez-vous me décrire une situation durant laquelle vous vous êtes senti en échec concernant un patient asthmatique ?

M6. (silence) moi je dirais le monsieur qui tondait sa pelouse, chez qui je suis complètement passé à côté de son asthme. Parce que c'était un jovial. Quand je le voyais, ce n'était pas pour ça. Et je n'ai pas du tout pensé qu'il était asthmatique. Les cas d'échec... Oui quand on est en échec, on hospitalise. C'est un échec du traitement, pas forcément un échec personnel. Je n'ai pas de souvenir immédiat, mais il y en a probablement.

SF. Quelles seraient vos propositions d'améliorations concernant vos propres pratiques ou les pratiques des médecins généralistes en règle générale ?

M6. Alors voilà quelque chose qui tombe à pic, parce que on a décidé ici de se réunir une fois par mois pour faire un... Concernant un thème qui sera dédié par l'ARS, mais également pour faire le point sur les situations de consultation qui nous ont posé problème où qui peuvent enrichir l'expérience des autres. Voilà. Donc je pense... L'exercice en groupe, ici on est 8, permet... De voir un peu quelles sont les pratiques des autres et comment pouvoir s'améliorer soi-même en fonction de ce qu'ils vont en dire. On a chacun notre façon d'exercer qui est personnelle. Donc je pense qu'on peut aussi... Provoquer des FMC, si il y a quelque chose de nouveau. Ce n'est peut-être pas un truc qui me passionne pour dire je vais faire un FMC de 2 jours sur l'asthme. J'ai alors l'impression... Alors en fait à chaque fois que j'ai fait des FMC où je me disais que j'allais m'ennuyer, et bien je me suis trompé. Très souvent... Voilà. On a régulièrement des trucs faits par des labos avec un pneumologue. Mais c'est plus orienté BPCO en ce moment, parce que il y a plein de produits qui sortent sur la BPCO. Sur l'asthme on a rien de particulier en ce moment. Voilà.

SF. Il y aurait-il un autre point que vous voudriez aborder sur le sujet ?

M6. (silence) je sais que des médecins font des EFR. Moi ce n'est pas maintenant que je vais m'y mettre, mais je pense que si j'étais jeune médecin, je... Vraiment on a tellement tellement de boulot, que... Ce qui nous freine dans ce genre de chose, c'est... Où les caser ces EFR. Je ne sais pas combien de temps ça prend, mais ça doit prendre au moins une demi-heure. Alors qu'un électro ça se fait... Ça se fait dans le cadre de la consult. C'est plus rapide. C'est... Ce que je pense aujourd'hui, vu la tournure de l'évolution de la profession, avec les difficultés croissantes d'avoir un rendez-vous, c'est ce que je vais suggérer à mes collègues. C'est que chacun prenne la décision de se spécialiser entre guillemets, d'être plus pointus dans un domaine. Je pense que ça serait bien, qu'il y en ait un ou deux qui fasse l'effort de formation dermato. Cardio c'est plus délicat parce que c'est un plateau technique qu'on ne peut pas avoir. Il y a deux trois spécialités peut-être, on aimerait avoir l'avis d'un confrère qui est plus pointu. Et la pneumo pourquoi pas. Je pense que ça fait partie des choses qu'un généraliste peut faire plus que d'ordinaire. Voilà. Ce qui m'a donné cette idée, c'est les difficultés à avoir des rendez-vous en Dermato notamment. En pneumo on y arrive. Tant que on a Monsieur (nom), mais à l'hôpital (soupir), c'est déjà problématique pour avoir un rendez-vous assez vite. On n'a pas d'interlocuteur direct. On tombe toujours sur les secrétaires qui sont... Hermétiques. Asthmatiques (rire), constipées, enfin non elles sont gentilles, mais elles ont un planning et bah non il n'y a pas de place. Elles ne prennent pas de double rendez-vous elles. Enfin bon il faut se donner la peine d'avoir le pneumo en direct, et moi depuis que je suis à Dinan, je ne les connais pas à titre personnel. Et récemment il m'est arrivé de demander le docteur C. de l'hôpital de Saint-Malo. Je l'ai appelé, on se connaît. Il m'a dit demain midi... Voilà. Donc voilà il faut court-circuiter les secrétaires pour pouvoir avoir accès direct... de manière générale pour tous les spécialistes. Si on passe par la secrétaire, on aura des difficultés. Voilà. Donc pour moi si il y a des améliorations en médecine générale, ce serait des EFR chez quelqu'un qui a envie de faire ça. Il faut en avoir envie, il ne faut pas le faire par obligation, sinon ça ne marchera pas. Et je pense à partir du moment que l'un d'entre nous est d'accord, le matos, c'est le SCM qui le paye. Voilà. Ça serait pour tout le monde. Voilà

SF. Et bien je pense avoir tout ce qu'il me faut il me reste plus qu'à vous remercier.

Médecin 7

SF : Tout d'abord, pourriez vous présenter en quelques mots ?

M7 : Me présenter ? euh vite fait. Médecin généraliste installé depuis 23 ans. Voila

SF : vous exercez depuis combien de temps ?

M7 : je suis installé depuis 23 ans et j'exerce en activité de remplaçant, avant, pendant 4 ans. Voila .. 4 ans de remplacement

SF : donc vous êtes informatisé. Est-ce qu'il y a des systèmes d'alertes sur le logiciel ?

M7 : pas que je sache, non. Je ne crois pas. Des système d'alertes par rapport aux prescriptions et interaction ?

SF : surtout les suivis, les prescriptions,…

M7 : il y a peut-être un système d'alertes que je n'utilise pas. Parce qu'il ne saute pas au yeux. Oui, il y a peut-être un truc. C'est pas…. Je crois qu'il y a un système d'alertes.

SF : combien de consultations en moyenne par jour

M7 : 20

SF : combien de jours par semaine

M7 : 4 et demi

SF : Ok. C'est plutôt quel type de patientèle ?

M7 : Variée… variée. Il y a de tout. Il y a des enfants, des adultes. Il y a beaucoup de seniors … forcément.

SF : Est-ce que vous avez d'autre pratique que la médecine générale. Homéo… (interruption)

M7 : Non

SF : Concernant la formation médicale ?

M7 : Très peu. Très peu … pas le temps

SF : pas d'abonnement à Prescrire ou de … (interruption)

M7 : Non, aucun abonnement

SF : ou FMC

M7 : Une formation par an en générale. C'est pas beaucoup. Oui c'est cela. Une formation par an. Ouais, oui

SF : Pourriez vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi d'un asthmatique

M7 : Alors le problème, c'est qu'en général ils ne viennent pas que pour ça. C'est exceptionnel même. Une consultation euh … normale avec un interrogatoire… une évaluation quoi… la consommation des broncho-dilatateurs etc quoi. Recherche de signes de gravité. Le problème c'est que c'est souvent noyé dans plein d'autres pathologies quoi. C'est rare qu'ils viennent exprès pour ça. Extrêmement rare même. Je ne sais ce qu'en disent les confrères.

SF : Connaissez vous des critères de surveillance de l'asthme que vous n'utilisez pas et pour quel raison ?

M7 : peak flow que je n'utilise pas. Pour des raisons d'hygiène entre autres, je n'utilise pas. J'en ai fait un moment. J'ai abandonné. En fait mes asthmatiques sont surveillés par le pneumo… quasiment 90 %. Voient le pneumo 1 fois par an… pour faire des EFR.

SF : Vous arrive t'il de renouveler un traitement asthmatique sans suivre votre schéma habituel ?

M7 : De renouveler un traitement ? sans suivre le schéma habituel ? … Si c'est une prescription qui émane d'un pneumologue ou à une sortie d'hôpital, oui bien sur, je renouvelle. Si le patient va bien, si il n'y a pas de raison d'aller le modifier, oui, je le renouvelle.

SF : De votre point de vue, quels sont les obstacles au bon déroulement du suivi d'un asthme ?

M7 : Les obstacles au bon déroulement… Je pense qu'il y a un mauvais suivi du traitement déjà… souvent … une mauvaise observance du traitement, une mauvaise utilisation des système de broncho-dilatateurs … souvent … Et puis on voit bien quand on fait les renouvellements, finalement il y a quand même pas mal de patients qui vont vous dire « ah bah j'ai pas besoin de mon PULMICORT ou de mon SERETIDE », ceci cela « j'en ai d'avance » En fait je pense qu'il l'utilise…. avec pas mal de liberté et d'oubli souvent.

SF : habituellement un asthmatique, vous le voyez tous les …

M7 : Bien, je le voie quand…Je voie. Je ne voie pas. En fait je ne voie quasiment pas d'asthmatique qui ne viennent que pour ça, en fait.C'est noyé dans plein de pathologies annexes. Je le vois tous les … allez, 3 à 6 mois. Les asthmatiques modérés tous les 3 à 6 mois. Ouais

SF : On en a déjà un peu parlé mais quand est ce que vous confier .. que vous passez la main à un confrère spécialiste ?

M7 : Tout le temps. Pour faire un bilan d'asthme avec des EFR au départ et puis pour le suivi à peu près une fois par an. Je passe la main, je délègue. Je ne suis pas équipé pour faire les surveillances, VEMS et compagnie. Ah oui il voit le pneumo très régulièrement. D'ailleurs je crois que les pneumos les reconvoquent systématiquement d'office.

SF : Habituellement oui c'est le cas. Mais des fois ils ont besoin d'être relancés par le … (interruption)

M7 ah ouais, ouais, ouais, hum

SF : Selon vous, quels sont les attentes et les points de vue sur leur maladie de vos patients ?

M7 : Les attentes et points de vue ? bonne question. Les attentes et les points de vue ? sur leur maladie ? A dire vrai j'en sais rien. Il n'y a pas beaucoup de questionnements par rapport à ça en fait… bizarrement… Il y a des interrogations parfois sur les facteurs déclenchants, les facteurs favorisants surtout plus que sur le traitement. Les traitements en cause parfois. Les tableaux… les histoires allergiques, quand ça vient comme ça, les relux aussi. Ils m'interrogent parfois sur la cause éventuelle. Sur les traitements pas tellement, j'ai pas de question sur les traitements.

SF : Après ce n'est pas forcément les traitements mais la maladie asthmatique en général.

M7 : Je ne sais pas. Ils ne posent pas de questions. Peut être que je ne leur laisse pas le temps de les poser. Non, il n'y pas tellement de questions par rapport à ça, bizarrement… Moi ça ne m'a pas marqué en tout cas.

SF : Est-ce que vous avez un profil type de patient (interruption)

M7 : asthmatique ?

SF : … non observant

M7 : Non observant ? Non, pas du tout, non. Non, C'est monsieur tout le monde et puis euh, non, non, il n'y a pas de profil type. Je ne trouve pas. Moi, je ne vois pas… toujours. Profil psychologique type ou profil … ? Non honnêtement je ne vois pas de profil type.

SF : Vous arrive t il d'avoir des doutes sur l'indication ou la non indication hospitalière lors de la décompensation d'un patient asthmatique ?

M7 : Ah oui. Oui clairement. Souvent on hésite. Parfois oui.

Sf : Et c'est surtout sur des critères en particulier qui vous dérangent ?

M7 : Oui, il y a des critères de gravité qui font que. Quand même … on hospitalise ou pas. Et des fois on est dans des situations un peu limites. Non c'est vrai c'est pas évident de prendre cette décision d'hospitaliser

SF : Comment procédez vous à l'éducation thérapeutique des patients ?

M7 : En général eh bien déjà leur expliquer comment fonctionne … déjà la nécessité de prendre un traitement de fond de façon régulière, déjà. Essayer de les convaincre de prendre matin et soir. Leur expliquer qu'il y a un traitement de fond et traitement de crises etc. Après leur expliquer quand même le … le fonctionnement du dispositif. Le nexthaler, le turbuhaler, le spray etc, la chambre d'inhalation etc. Il faut quand même leur expliquer un peu en sachant que le pharmacien normalement va mettre une couche derrière, enfin j'espère. Parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui l'utilisent mal. On est noyé dans une multitude de...

SF : Dans les environs est-ce qu'il y a une école de l'asthme ?

M7 : Je ne crois pas. (inspiration) je ne crois pas. Pas que je sache. Je ne suis pas au courant de tout. Il y a peut être à l'hôpital. Ils ont un service de … je ne sais pas est ce que ça ne concerne pas forcément que les asthmatiques. Il y a les BPCO aussi. Réhabilitation respiratoire. Je pense que ça inclut l'asthme. J'ai un patient qui y va régulièrement. Je ne sais pas trop ce qu'ils lui font faire (rire court)

SF : pourriez vous me décrire une situation dans laquelle vous vous êtes senti en échec concernant un patient asthmatique ?

M7 : (silence) en échec concernant un patient asthmatique. (silence) le patient asthmatique est toujours … qui est toujours essoufflé qui est toujours gêné malgré un traitement maximum quoi. C'est un échec, c'est sûr.

SF : Est ce que vous avez un exemple précis en tête ?

M7 : (silence) J'ai un exemple un peu précis en tête, oui (silence)

SF : Dans ce cas là c'était dû à quels facteurs ?

M7 Il y avait un facteur infectieux surajouté (silence) un peu compliqué.. à éradiquer on va dire.

SF : Est-ce que vous auriez des propositions d'amélioration concernant le suivi de l'asthme ? (silence) pour votre pratique ou les pratiques en général des médecins généralistes ?

M7 : (silence) je suis mal placé pour répondre puisque je délègue, quasiment tout le temps au pneumologue (inspiration) je réfléchis. Vu comme ça, non. Je n'ai pas de …je n'ai pas de proposition. Je n'ai pas de … non je ne vois pas

SF : Est ce qu'il y a d'autre point sur le sujet que vous voudriez aborder ?

M7 : (silence) (inspiration) Non si ce n'est de mettre en place, comme vous dites, des centres de … consultation spécifique avec une éducation thérapeutique etc. Ça serait pas mal … avec des intervenants … des médecins, des infirmiers etc ...

SF : Bon eh bien je crois que j'ai ce qu'il me faut. Il me reste plus qu'à vous remercier.

Médecin 8

SF. Donc pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M8. Me présenter en quelques mots. Donc je m'appelle (nom), donc je suis médecin généraliste à (lieu d'exercice) depuis déjà... Je me suis installé en 88 après avoir fait 2 ans de remplacement entre 86-88. Je fais exclusivement de la médecine générale sans... Je n'ai absolument pas d'exercice particulier. J'exerce en cabinet de groupe depuis également 1988 sachant que j'avais fait, motivé, en cherchant par soi-même (rire court) purement au départ pour des raisons familiales, disons. Essentiellement. Et après pour la commodité parce qu'il faut dire que c'est plus simple de s'installer en groupe plus que dans son coin. Voilà, je n'ai pas d'autres choses à dire a priori. Je suis un peu intéressé par la médecine générale par beaucoup d'aspects. C'est un peu parce que j'aime mieux toucher à tout. (rire court) En fait on touche de moins en moins à tout mais bon. J'aime bien la diversité, seulement c'est un peu difficile de se former régulièrement. J'ai un peu de difficulté actuellement. Je suis assez convaincu de la FMC, j'ai fait pas mal de choses, j'en avais fait dans l'asthme en particulier. J'avais fait des modules avec échelle sur 2 journées sur l'asthme. Et bien en fait c'est très bien mais la pratique après, c'est beaucoup moins facile. Parce que je trouve mettre en application... Nous on a toujours une consultation extrêmement polyvalente... La grosse difficulté, c'est que en un quart d'heure de décision de temps, il faudrait qu'on fasse un quart d'heure 20 minutes. Faudrait qu'on voit l'épaule, le derrière, la gorge et puis au fait l'oreille le bouton dans le dos et puis ceci et puis cela. Ce qui fait qu'ici à la limite, on a tendance des fois à faire attention à tout (rire). Et bien oui qu'on ne laisse pas passer le mélanome du coin à la consultation là. Donc ça oblige à gérer dans un temps assez court, des consultations qui devraient être plus approfondies, en particulier là on est sur l'asthme. Donc je suppose que tu auras des questions après à me poser dessus.(en riant) je connais la pratique mais je ne la fais pas beaucoup. Pour des questions de timing. Voilà.

SF. Est-ce qu'on peut revenir sur le nombre d'années d'exercice ?

M8. Alors j'exerce depuis 88, en cabinet de groupe depuis 88, et en remplacement depuis 86. Donc ça fait un peu plus de 30 ans. 29 ans d'exercice en cabinet installé et 2 en remplacement.

SF. Donc vous êtes informatisé. Est-ce qu'il y a des systèmes d'alertes ?

M8. Les systèmes d'alertes sur notre nouveau logiciel, je ne les trouve pas tellement faciles, moi. À part me mettre... On ne peut pas trop... À part mettre un message comme un post-it, je ne vois pas trop de solution. Je mets en rouge dans la consultation, mais je n'ai pas trop de petit bouton clignotant comme j'avais dans Axisanté. Sur le logiciel qu'on a actuellement. Le seul système d'alertes qu'on a... C'est dans la gestion des ordonnances avec les interactions.

SF. Combien de consultations en moyenne par jour ?

M8. Actuellement j'ai beaucoup descendu mon activité. Je suis rendu en moyenne entre 20 et 25, ça dépend. C'est plutôt médium je dirais 21-22.

SF. Pour un nombre de jours travaillés par semaine ?

M8. Je travaille 4 jours et demi

SF. Est-ce que vous avez d'autres pratiques à côté ? Homéopathie pratique hospitalière...

M8. Non, aucune pratique. (en riant) pratiquer les instruments de musique éventuellement.

SF. Et donc pour l'information médicale c'est principalement des FMC?

M8. Donc moi j'aimais bien, j'aime bien les FMC... Je vais très peu aux FMC locales. De temps en temps parce que certains font des efforts maintenant. Moi le soir je dois avouer que ça ne me plaît pas trop. Et je préfère de loin de faire une journée, 2 journées, 3 journées... Autrefois je faisais 8 journées par an minimum, en FMC avec le collège des hautes études médicales qui est une institution assez ancienne dans le département en tout cas... Qui propose des formations assez interactives. C'est-à-dire qu'on est obligé de réfléchir sur place sur un thème, d'échanger. Et on échange avec le spécialiste, moi je trouve que c'est plus intéressant sortir avec des idées claires sur les points occupés en FMC, que d'ingurgiter un

truc dont on ne retient pas les trois quarts. Je suis un peu comme ça, j'aime bien que ça rentre tout seul. Je ne veux pas me fatiguer beaucoup, donc il faut que ça puisse rentrer à coup de... Un coup de marteau un peu. Donc dans ce sorte de FMC, ça rentre beaucoup mieux. Autrement je suis lecteur, pas très assidu, mais je lis quand même Prescrire. Et puis j'aime bien... Dès qu'il y a quelque chose qui m'interroge je vais très facilement rechercher de l'information sur Internet. J'ai pu m'abonner à MASSON. La formule généraliste de l'encyclopédie médico-chirurgicale. C'est comme des articles de référence souvent intéressants. Alors dire que je l'épluche sans arrêt, il ne faut pas exagérer. Mais ça s'observe quand je cherche un sujet ou que je ne sais plus trop bien, je vais revérifier tout de suite le plus vite possible. Voilà comment je fais.

SF. Pourriez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi de l'asthme ?

M8. Alors en fait (rire) uniquement la théorie que j'avais apprise en formation et qui nous a redonné une fois de temps en temps. On avait eu des petites... On avait eu des petites... Des petits trucs sur GINA. Des petits résumés par je ne sais plus quel labo qui travaille dans l'asthme, évidemment. Genre labo qui fait Symbicort, je ne sais plus quoi. Donc en général, j'avoue pour l'asthme, je me contente souvent maintenant plutôt que de faire une évaluation telle qu'il est marqué dans le bouquin, d'essayer d'évaluer un petit peu la consommation de beta2 mimétique à courte durée, voir comment les gens se sentent, vivent dans leur vie courante, ça c'est facile à trouver. Et quand même j'essaie de voir si ils ont des crises surtout. J'essaie de savoir combien ils ont eu de crises. Après je redemande la consommation de ventoline éventuellement. Voilà comment je ferais un petit peu dans la gestion de l'asthme. Après le peak flow, (en riant) je l'ai fait au départ le peak flow. J'ai eu plein de peak-flow mais il y en a plus un qui marche correctement. Mais avant ils nous étaient filés par le labo. On les avait gratos. Je ne sais même pas où demander ce truc là. Peut-être sur Internet. deux, j'avais déjà expliqué ce truc là avec le peak flow. C'est que tout le monde crachote dedans. On a beau mettre un petit bout de carton dedans, je ne trouve pas ça génial sur le plan de l'hygiène. et trois, ça s'use assez vite, il ne faudrait pas en avoir un, il faudrait en avoir plusieurs pour comparer un peu. Et en plus la difficulté du peak-flow au cabinet uniquement, c'est que les gens sont pas trop habitués et donc moi je pense que c'est mieux que les gens aient un peak-flow chez eux en théorie. Ce qu'ils n'ont pas beaucoup la plupart du temps. Alors ça c'est un peu dommage. J'en ai quelques-uns qui ont un peak flow. J'en ai même qui ont un oxymètre chez eux. C'est dévié sur des bronchiteux chroniques, donc ce n'est pas un bon exemple, mais bon. Des BPCO. C'est des gens que je... Ceux là, je... C'est vrai que théoriquement, moi je trouve ça très très bien de faire ça systématiquement, mais du coup je ne le fais plus à cause des problèmes de matériel et d'hygiène, et de... Voilà le temps de faire souffler les gens dedans. Je le fais de temps en temps si je veux faire un diagnostic. Par exemple les gens me disent je suis essoufflé, je fais le peak-flow là comme ça pour voir s'il y a une altération ou pas. Ça n'a pas une valeur très formelle mais enfin bon, ça donne quand même une indication. Autrement je ne le fais plus dans la consultation systématique de l'asthme. Et puis aussi pour les raisons que je disais au départ, souvent c'est rare que je vois un patient que pour son asthme. Ça peut arriver mais ce n'est pas si fréquent que ça. Ils viennent souvent pour des choses multiples. Autrement j'en parle. Ceux qui ont des asthmes avec une thérapeutique lourde ou une altération déjà du VEMS de base, donc qui sont déjà une atteinte possible chronique, chronique. J'exige qu'il voit le pneumologue une fois par an pour refaire la mise au point sur les EFR. J'en ai quand même pas mal, je les embête un peu avec le suivi pneumologique. Même ceux... Enfin ceux qui n'ont pas de crise du tout, je ne vais pas dire que je les envoie tous les ans. J'essaie de les envoyer une fois de temps en temps... Quand ils veulent bien. Tous les 3 ans par exemple. J'essaie de m'imposer de leur rappeler de faire un contrôle EFR dans l'année. Et puis... parce que on en a quand même qui évoluent bien heureusement, chez qui on arrive à une décroissance thérapeutique. J'en avais quelques-uns qui avaient des asthmes plus cognés que ça ne l'est maintenant. Et donc je pense que c'est plus grâce au pneumologue que grâce à moi. Voilà

SF. Donc à part le Peak Flow dont on vient de parler à l'instant est-ce que vous connaissez d'autres critères de surveillance que vous n'utilisez pas et pour quelle raison ?

M8. Je n'utilise pas beaucoup... Enfin les critères de surveillance, c'est les critères de description clinique que je citais tout à l'heure. La fréquence des crises... En journée. La fréquence des crises nocturnes. L'évaluation sur l'activité... Le retentissement de la vie quoi. En général c'est des questions que je pose quand même. Par contre je ne suis pas toujours super précis. Ça dépend des jours. Ça dépend de ce que j'ai en même temps. Je ne suis pas carré, je le fais au moment donné. Je mets là avec le GINA et coupe coupe coupe. Avec le logiciel que j'avais avant, je décrochais un peu les items. Je m'étais forcé à faire ça après une formation et puis après c'est parti. Au fur et à mesure, parce que c'est toujours le problème on est en retard, moi surtout d'ailleurs. Il y a plein de boulot. On a une tendance un peu à la finance. J'essaie

quand même d'évaluer au moins, j'essaie de me baser quand-même sur les consommations de bêta 2 mimétique à courte durée, parce que c'est toujours un bon indice. Les gens vous disent ah j'ai une crise par-ci par-là. Combien vous consommez de ventoline. (en riant) la moitié du flacon en moins. Voilà moi je trouve que c'est un bon critère quand même... dans l'asthme. Après j'essaie de voir aussi les critères d'observance quand même. Savoir si... Si ça déconne un peu, j'essaie de voir aussi si ... Si ils ont l'air de faire des crises un peu trop fréquentes, si ils prennent bien leur traitement déjà. Deuxièmement si il manipule bien leur engin parce que... Quand on les voit faire. Souvent chez les personnes âgées je suis très attentif à la maîtrise... À la façon de le prendre. Savoir si ils ont... Parce que nous on prescrit, on a des échantillons de temps en temps de prescription. Il y en a dans mon tiroir. J'en ai quelques-uns (ouvre le tiroir de son bureau) et je montre aux gens. Après est-ce qu'ils le font, c'est une autre paire de manche. Chez les gens qui ont un asthme ancien, en général ils sont habitués à leur matériel. Mais des fois on se rend compte quand même, quand ils le font, ce n'est pas si génial que ça. Voilà. Je ne sais plus ce que j'allais dire. Autrement... Autrement dans l'asthme, j'aime bien savoir les cofacteurs de risques, style tabac plus particulièrement parce que ça c'est... Je dis toujours aux jeunes par exemple que ça les expose à de la bronchite chronique précoce plus facilement que les autres. J'insiste bien qu'il faut arrêter le tabac un jour ou l'autre. Il y a toujours la possibilité d'ouvrir ça parce que ça me paraît très important. Ça fait partie de la consultation aussi je pense. Il ne faut pas louper le coche. Parce que tout le monde comme tout le monde. Les gens sont comme tout le monde. On a tendance à... Si on traite bien son asthme le tabac ça passe. Ça par exemple et puis les autres cofacteurs. Je pense que je suis assez... méticuleux chez les gens qui ont déjà, comme je disais, des atteintes assez sévères. Ceux là je suis assez exigeant sur... sur la qualité du contrôle et la surveillance pneumologique. À défaut de faire des peak Flow. Là, je suis assez intransigeant. C'est contrôle annuel, au bas mot, et si ça déconne vraiment, avec des crises fréquentes ou qu'on s'en sorte pas, j'ai tendance à envoyer facilement en contrôle pneumo. Je ne sais plus quoi dire d'autre du coup.

SF. Vous est-il déjà arrivé de renouveler un traitement asthmatique sans suivre votre schéma habituel ?

M8. Oui oui oui, clairement oui. Parce que... Ah docteur, j'ai mal là ceci cela, et au fait il me fallait mon renouvellement pour l'asthme. Bon oui. (rire)

SF. Quels sont les obstacles au bon déroulement du suivi de l'asthme de votre point de vue ?

M8. Moi ce qui me met le plus... Peut-être l'habitude déjà. Le ronron du quotidien, en considérant que l'asthme c'est courant. C'est un peu ça (rire) c'est quand même quelque chose pas grave mais... Ça fait partie des choses, je ne dirais pas banales de ce qu'on peut voir mais qui sont toutefois... À la fois fréquentes et souvent pas bien graves. Parce que c'est une crise tous les 36 du mois, souvent pas trop méchante. Par contre je n'ai pas parlé du plan qu'on peut donner aux gens. Moi je fais ça pour les consommations de ventoline, tiens au fait. C'est-à-dire j'exprime ma quantité de ventoline maximum que je voulais mettre sur laquelle je veux qu'il revienne me voir si jamais il y a des complications. Ça j'ai oublié d'en parler. Ce matin je suis pas en forme. Je leur donne une quantité et je leur dis vous faites tant de bouffées, on attend 5 ou 10 minutes. Je dirais maximum tant par jour et si vraiment ça... Si tous les jours et bien vous venez me voir. Je fais ça souvent au départ. Sur des gens qui étaient déséquilibrés, que je reprends un peu en charge. Je les fais revenir au bout de 3 à 6 mois sur les références. Sinon j'ai tendance à faire ça. Et puis souvent un avis pneumologique dans la foulée, pour faire la mise au point sur les EFR... Et de façon à réévaluer furtivement la façon dont ça évolue. Mais après au bout d'un certain temps quand ça a l'air stabilisé, j'ai tendance un peu à me reposer sur mes lauriers. Voilà

SF. Donc on revient un peu sur un sujet que vous avez abordé. Quand est-ce que vous confier la main à un confrère spécialiste ?

M8. Un confrère spécialiste je passe la main systématiquement. C'est de faire ça de façon à peu près annuel, sur des gens qui ont des... Donc des gens qui ont des asthmes... euh les stades. Je n'est pas encore parlé des stades. Je ne sais plus. Parce que je vais reprendre les descriptifs. Parce que je n'ai jamais su ces trucs-là, enfin je ne les ai pas appris au départ. J'arrive... Enfin j'ai un peu de mal à les mémoriser. Enfin on voit bien les gens qui ont une consommation de ventoline... Ou quand il y a du pollen, ceux qui ont des crises fréquentes, et ceux qui ont des crises très fréquentes. Ceux que j'essaie d'envoyer au pneumologue, c'est ceux qui ont des asthmes avec corticoïde inhalé, une fois par an. Qui sont avec des longues durées de corticoïde inhalé, pareil. Et systématiquement les gens qui ont des altérations du VEMS, minimum une fois par an. Voilà. Après je m'inspire un peu du pneumo. C'est-à-dire si lui me dit 2 fois par an, je dis ok. En général la consultation annuelle, c'est amplement suffisant. Ceux qui ont des

atteintes vraiment plus cognées, je délègue au pneumologue. J'ai 2 patients à qui je pense qui ont vraiment un asthme assez sévère et chez qui je renvoie assez facilement... Si c'est crise sur crise, je renvoie au pneumologue très facilement. Quand j'ai essayé ce que je pouvais. Si je pense qu'il y a surinfection...si j'ai essayé... Ce que je savais faire. Corticoïde par voie générale une dizaine de jours. J'essaie de faire débuter le plus possible les prises sur les jours et puis... Quand je vois ça commence à ne plus couler, quand j'ai fait tout ce que je pouvais moi pour renforcer la thérapeutique, au besoin joindre la corticothérapie sur 10 jours... sur 5 à 10 jours. À ce moment-là je... Normalement sur 10 jours c'est pour les asthmes très sévères. C'est pour les états de mal quasiment. Je délègue à ce moment-là au pneumologue assez rapidement. Ou alors si ça va très mal... Je n'en ai pas eus depuis longtemps qui allaient très mal. J'ai pas vu d' état de mal asthmatique depuis belle lurette dans mes patients. Voilà. Je ne vois plus ça, ce qui voudrait dire qu'on les suis un peu moins mal qu'avant puisqu'on en vois moins. En tout cas j'exige quand même qu'ils soient... Je fais très attention à ce qu'ils prennent bien leur traitement. Après... La révision du traitement, je la délègue plus au pneumologue. Moi, je diminue les posos de ceci de cela. Je laisse voir avec le pneumologue.

SF. Quels sont les points de vue et les attentes des patients concernant leur asthme ?

M8. Alors là. Je pense que ceux qui ont une gêne fréquente, ça serait d'être moins gêné, ça paraît une évidence. Les autres je ne sais pas trop. Je ne me suis pas posé la question et je n'ai pas interrogé les gens. Je n'ai pas posé cette question là. C'est intéressant, mais... Je ne l'ai pas eue. Je ne suis pas capable de répondre correctement. Je pense que ceux, simplement, qui ont un gros asthme, certainement ça peut être confondu avec le confort de vie. C'est vrai qu'il y en a qui sont vraiment gêné, j'en ai eu une il y a peu. Je l'ai envoyée chez le pneumologue d'ailleurs. Je l'ai faite partout saucissonner par tous les bords. Ce que je savais faire. Imagerie, vérifier s'il n'y avait pas un foyer sous ça. Elle avait traîné pas mal avec un teint fébrile et des crachats suppurés. J'ai préféré contrôler l'imagerie. (rire) On a... Est-ce qu'il y avait quelque chose à l'imagerie pulmonaire ? On n'a pas trouvé grand-chose non plus. Et elle a déjà un traitement qui est gros comme ça (écarte ses 2 mains avec un écart de 50 cm). J'ai rebotté en touche direction le pneumo de l'hôpital qui la suit d'habitude. Voilà. Autrement elle je pense qu'il va être contente de retrouver un confort respiratoire et pouvoir mener une vie normale, surtout qu'elle est assez sportive. Quant aux autres, je ne sais pas... Pour les jeunes, je ne sais pas.(en riant) Je pense pour les jeunes, ce qui les intéresserait, ça serait de ne pas avoir de traitement du tout. Je ne suis pas certain de ce que j'avance.

SF. Vous arrive-t-il d'avoir des doutes concernant l'indication ou la non indication hospitalière concernant une décompensation d'un asthme ?

M8. Alors... Des doutes concernant la décompensation d'un asthme, non. Si je vois les critères. Il faut avoir les critères en tête, je pense surtout. De façon à hospitaliser. Les critères bien ça serait bien d'avoir le peak flow (rire). Donc je ne l'ai pas. Moi ce que je prends comme... Ce que j'aurais pris comme critère n'ayant pas le réflexe du peak flow actuellement. On peut toujours prendre le Peak Flow, si la personne a un indice de peak-flow antérieur ou pas très ancien. On peut faire le rapport le débit de pointe... antérieur. Et de une. De deux, sur la sémiologie, parce que un asthme qui ne se réduit pas au cabinet avec des bêta 2 mimétiques en inhalation, c'est ce que je prescris en cas de grosses crises. Si ils sont manifestement avec des signes de lutte respiratoire. Si ils ont commencé à avoir un peu de cyanose. Si on entend vraiment plus de bruit du tout à l'auscultation, quasiment plus de sibilant. On peut se dire qu'on est dans une phase où il va falloir appeler le SAMU vite. Voilà. Un peu approximatif, mais en gros je me base là-dessus. Je me base là-dessus parce que ça fait très longtemps que j'en ai pas eu.(rire) voilà.

SF. Comment procédez-vous à l'éducation thérapeutique de vos patients ?

M8. Alors... J'essaie déjà de leur faire comprendre l'intérêt du traitement. Comment ça fonctionne. Pourquoi il faut bien le prendre régulièrement, par exemple les corticoïdes inhalés. C'est-à-dire parce que c'est de l'inflammation. Si on ne contrôle pas l'inflammation ça va progressivement vers une obstruction bronchique et ça va dériver en une maladie chronique pour l'instant c'est un spasme réversible. Voilà j'essaie de m'expliquer un peu ce que c'est. Leur faire comprendre un peu l'intérêt du traitement. Il faut quand même percevoir l'intérêt du traitement à mon sens. Un... deux, j'essaie de faire la démonstration. Vous agitez bien pour les spray inhalés. Voilà je pense que c'est important de voir et de les faire manipuler, eux, pour voir s'ils arrivent à faire... Dès la première consultation. Après de temps en temps vérifier, mais pas systématiquement. Donc j'essaie de leur refaire la démo du système. Et puis ensuite... Donc je leur fais la prescription. Je leur donne un critère précis. Dès les premières consultations, quand je

reprends les gens avec un asthme qui me paraît déséquilibré. J'ai l'impression qu'ils ont un peu lâché les thérapeutiques et les suivis. J'essaie de les faire revenir, comme je le disais tout à l'heure, entre 3... En général je fais 3 mois maximum dans ces cas-là pour une révision, pour revoir la situation. Voir s'ils ont bien pigé la manip et puis si on arrive à un résultat de confort plus important. Là par contre j'explique les critères de crises dans ces cas-là durant la consultation. Je leur donne aussi... Un plan pour les 1re consultations, comme je le disais aussi, pour la consommation de ventoline, de façon à ce qu'ils puissent pas hésiter à me recontacter en cas de problème. Je leur laisse surtout cette possibilité de me joindre facilement. Je le redis n'hésitez pas à me téléphoner si vous avez un problème de consommation de ventoline trop importante. On revoit ça assez rapidement. J'essaie de les prendre... Ça fait longtemps que je n'ai pas eu ces situations là non plus, mais... Moi j'essaie d'affoler un petit peu quand même. C'est moi qui gère quand je fais venir les gens. Je leur fous un rendez-vous rapidement si je trouve que ça ne colle pas. Voilà. J'essaie d'informer les gens que c'est important de reconsulter rapidement quand le traitement commence à être insuffisant, qu'ils sont obligés de consommer trop de ventoline. Alors là je donne... Je leur donne un maximum de 6-8 bouffées de ventoline par jour. Si vous êtes obligés de consommer ça pendant deux jours, vous revenez me voir. Si c'est plus, surtout vous revenez tout de suite. Voilà. De façon à devenir cadre de... d'urgence potentielle. Il ne faut pas attendre. Voilà.

SF. Pourriez-vous me décrire une situation où vous vous êtes senti en échec concernant un patient asthmatique ?

M8.(inspiration profonde) je n'en ai pas en tête récent.(rire) ça a dû certainement arriver... Certainement arriver, mais j'ai dû les effacer de ma mémoire. J'ai dû les effacer de ma mémoire. Actuellement j'ai plutôt des patients qui me paraissent assez compliants et qui font un suivi assez sérieux. J'en ai qu'un seul qui a plusieurs... Parce que lui, il vient très régulièrement mais pour d'autres soucis, et c'est la remplaçante qui l'avait... Un problème de toxicomanie. Donc qui est sous traitement méthadone, des problèmes psychiques. C'est un peu complexe. J'avais beaucoup insisté sur l'asthme au début, qui était très mal pris en charge chez lui, où j'avais fait énormément... J'avais axé la consultation plutôt sur l'asthme au départ. Parce qu'il avait une surconsommation de ventoline. Là, depuis pas mal de temps, à part que je n'ai pas réussi à le faire arrêter de fumer et qu'il ne va pas chez le pneumologue, je n'ai plus cette demande sans arrêt de consommation de ventoline. Mais lui par contre, je pense qu'il faudrait que je m'active un petit peu les neurones concernant sa situation, pour refaire une mise au point. Ce n'est pas une situation d'échec mais ça pourrait le devenir. Après situation d'échec, il y a une patiente sur laquelle je me suis exprimé il y a pas longtemps. Alors un asthme assez lourd en thérapeutique. On associait même à un moment donné de la théophylline, que je ne vois plus du tout quasiment. Elle venait de la région parisienne. Elle était sous corticoïde inhalé, beta 2 mimétique à longue durée, je ne sais plus... Des traitements anti-allergiques, en veux-tu en voilà. Et puis... Elle prenait de la théophylline en plus. Je l'ai déléguée assez vite au pneumologue pour faire une réévaluation thérapeutique et une EFR. Et donc récemment, elle m'a... Depuis un mois c'était crises sur crises. Beaucoup plus fréquentes beaucoup moins de confort. Des crises fréquentes plutôt de jour que de nuit, mais enfin... L'augmentation thérapeutique, j'étais à peu près au plein de ce que je pouvais faire. L'imagerie qui ne donnait rien au niveau des sinus etc... Donc cette patiente là, je me suis sentie en échec. Échec lié... Ce n'est pas un échec vraiment personnel, c'est simplement je n'arrivais plus à gérer. Donc j'ai délégué rapidement au pneumologue. Voilà.

SF. Vous auriez des propositions d'amélioration..

(interruption) M8. Pour moi ? Me prendre un peu plus la tête à être un peu plus systématique. Mais ça, c'est mon défaut parce que je suis quelqu'un qui est un peu planant. Je sais que je n'aime pas trop les petites cases qui emmerdent beaucoup. J'ai toujours été comme ça pour tout. Mais c'est intéressant d'avoir ça des fois, d'avoir un cadre. Pour moi l'idéal ce serait de l'avoir directement dans l'ordi. Je n'ai pas vérifié dans le système si on avait quelque chose... Sur la gestion de l'asthme. Ça serait plus facile. J'avais ça sous le nez à un moment donné. Je ne sais pas où je l'ai foutu. La petite réglette sur... Sur les critères du GINA. Pour moi c'est simple c'est facile à utiliser. On se le met sous le nez, tac tac tac on est un peu systématique. On essaie de cocher, s'obliger à mettre combien... etc... Un peu plus systématiquement. Et autrement là je ne sais pas trop honnêtement ce que je peux faire. Je ne sais pas parce que pour moi l'idéal c'est que le patient ait son peak flow lui-même. C'est beaucoup moins dégueulasse. Et puis qu'il se motive à l'utiliser pour voir ce que ça donne quand il est en crise quand il n'est pas en crise. Ça lui donne une meilleure idée pour lui. Ça serait l'idéal, mais le problème je ne vois plus que c'est fait. Ce n'est même pas fait par les pneumos non plus. Ça veut dire que je ne suis pas le seul en faute (rire) je me dis de temps en temps (en riant) au fait le peak flow. Oui quoi qu'est-ce que ça devient. C'est toujours dans les références ? Voilà. Moi c'est un truc je trouve que c'est pas idiot.

Intellectuellement, c'est même intéressant. C'est un bon truc. C'est simple à interpréter quand on sait s'en servir. C'est objectif. C'est des mesures objectives d'un débit de pointe. Et on se retrouve dans des situations... Où on ne le fait plus, peut-être par paresse un peu, ou parce que effectivement j'avais des critères d'hygiène, ça m'avait un peu embêté. Par contre je ne sais pas comment on peut prescrire un Peak Flow, effectivement... Contrairement aux automesures tensionnelles que je fais très couramment et j'encourage les gens à le faire. Donc ça ça pourrait être un critère de plus qui serait intéressant.

SF. Est-ce qu'il y a d'autres points que vous voudriez aborder sur le sujet ?

M8. Non (en riant) parce-que en fait, comme je le disais tout à l'heure, j'ai une migraine ce matin authentique. Migraineux, j'ai une mémorisation qui est un petit peu plus... floue. C'est curieux les antimigraineux, il faut presque...

SF. Et bien il me reste plus que vous remercier.

Médecin 9

SF. Donc pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M9. (nom) Médecin. 52 ans. (lieu d'exercice). Installé depuis 96. Qui a une clientèle mixte, plutôt rurale, mais bon maintenant la ruralité diminue. Donc c'est voilà homogène. La moyenne d'âge de la clientèle vieillit avec le patient... euh avec le médecin je veux dire. Donc moyenne d'âge 40..autour de 40-50 ans. À peu près.

SF. Vous voyez combien de personnes par jour ?

M9. Une quarantaine en général

SF. Pour combien de jours par semaine ?

M9. Je travaille 4 jours et demi par semaine. C'est les bonnes amplitudes.

SF. Est-ce que vous avez d'autres pratiques que la médecine générale ?

M9. Non. L'homéopathie... L'homéopathie j'en fais un petit peu. En pédiatrie surtout. Dans les troubles anxieux aussi. Les troubles anxiodépressifs. En alternative intéressante, au premier abord.

SF. Et concernant la formation médicale continue ?

M9. Je vais au collège de temps en temps... Collège qui est basé à Brest. Tu dois connaître. Ce sont des...C'est assez intéressant. Ce sont des réunions qui sont confraternelles avec des intervenants de qualité. Autrement Internet est un canal... sont des canaux de... Formation souvent intéressante. Je l'utilise en tout au quotidien. Aussi bien en consultation.

SF. Pouvez-vous me décrire le déroulement habituel d'une consultation pour le suivi d'un patient asthmatique ?

M9. Alors ça dépend si c'est un patient qui vient pour la première fois ou si c'est un patient que l'on connaît déjà. Il faut d'abord cerner le patient dans son contexte. Retrouver son parcours de soins. Définir sa motivation aussi. Je pense que c'est des choses importantes dès le départ. Savoir exactement comment le patient perçoit sa maladie. C'est un point qui est essentiel pour... Pour avoir une bonne adhésion au traitement par la suite. Donc ça nécessite un peu de temps au départ. Il faut passer du temps... Avec le patient comme toute maladie chronique. Je pense que le temps qui est passé au départ... La prise de connaissance, la prise de contact et puis même... au cours de... Au cours de l'évolution, c'est du temps de gagné par la suite en qualité de soins. Donc ça permet une bonne adhésion du patient au traitement. Ça limite les exacerbations. C'est ça, il faut définir un peu les choses. Après il y a les choses... Les attitudes plus formelles, je dirais plus scolaires. À savoir quelle est la stabilité de l'asthme. Je pose les questions habituelles qui doivent correspondre au questionnaire... Questionnaire classique à savoir... Si il y a des symptômes nocturnes ? Combien de symptômes nocturnes s'il y en a ? Les symptômes diurnes, combien il y en a ? Est-ce qu'il y a des symptômes à l'effort ? Il y a le nombre d'exacerbations. Et puis après... Quelle consommation de ventoline. Ça aussi, c'est un marqueur intéressant. Et puis la mesure du débit expiratoire de pointe. Donc ça c'est les choses qui sont... Enfin j'essaie de mettre en œuvre assez rapidement. Donc sur le débit expiratoire de pointe, si c'est inférieur à 150 ou si c'est le patient qui connaît déjà le principe et si la mesure est inférieure à 50 % de la mesure habituelle. Alors là ce n'est pas exceptionnel. C'est un élément de plus parmi tant... De définir que le patient n'est pas stabilisé. Après... Le tabagisme ça c'est un point qui est essentiel... Donc ça c'est une autre étape qui aboutit sur une consultation tabaco. Ça aussi ça peut prendre du temps. Et puis voilà toujours quelle est la motivation ? c'est la première chose essentielle. S'il n'a pas de motivation, déjà ça sera... Ça sera un petit peu plus long. Et puis il faut s'adapter au rythme du patient. S'il n'est pas prêt au moment, il sera peut-être prêt plus tard. Donc voilà. Les facteurs environnementaux... Le contexte de vie du patient. Est-ce qu'il vit... exposé à... des polluants atmosphériques ? Est-ce qu'il a une baraque pourrie qu'il ne ventile jamais, qui est remplie de polluants atmosphériques ? Est-ce qu'il est allergique ou pas ? Et puis bon les antécédents classiques. Voilà à peu près la démarche que j'essaie d'avoir. Tu vois. Lorsque je rencontre un patient asthmatique en consultation... asthmatique. Et puis après on aboutit... on aboutit sur le traitement. Peut-être que c'est des questions que tu vas me poser après ?

SF. Continuez à parler comme vous l'entendez. Moi je m'adapte.

M9. (rire) ok bon on définit... Moi j'essaie de définir dans quelle case se situe le patient. Si c'est un asthme intermittent, un asthme légèrement modéré, un asthme persistant... Devenant important... Un asthme grave. Et dans le suivi, dans la prise en charge du patient, les EFR ont une place essentielle. Je travaille avec des pneumologues constamment. La fréquence du suivi pneumologique est variable... En fonction là encore de l'adhésion du patient. Parce que on ne va pas aller à une consultation pneumo à sa place. Là encore... L'engagement du patient dans sa maladie est un point essentiel comme pour toute maladie chronique comme je le disais tout à l'heure. Et puis bon les EFR permettent de cibler précisément la... Pathologie, et puis d'adapter au mieux le traitement. Pour le traitement, l'idée essentielle, c'est de donner le meilleur traitement à la dose minimale efficace. Ça sert à rien de... de donner des doses majeures ...de corticoïde inhalé si le patient en n'a pas besoin. Là encore... Les EFR sont des éléments importants pour définir ça. Lorsque je prescris les différents systèmes de... de spray... Je les ai quasiment tous dans un tiroir. Donc en fonction... J'essaie de voir comment est un peu le patient, mais en fonction de son profil, j'utilise tel ou tel système que je lui présente, que j'essaie devant lui. Je lui explique comment l'utiliser de façon à ce qu'il imprime déjà une première fois... Le mécanisme, qui sera répété de toute façon à la pharmacie. Ça évite la mauvaise observance qui malheureusement est galopante. Je pense que dans l'asthme, la mauvaise observance même si elle est importante, elle est quand même... Elle est quand même encadrée par l'angoisse du patient. Parce que étouffer ce n'est pas une sensation agréable. Alors que dans d'autres maladies chroniques comme dans le diabète, on peut avoir une glyquée qui explose, pas forcément avoir des complications immédiates, donc le patient peut avoir l'impression que c'est moins grave. Alors que dans l'asthme, avoir la sensation d'étouffer... si on fait une crise aiguë, ce n'est pas très confortable. Donc là ça peut motiver le patient à une meilleure adhésion à son traitement. Même si en pratique, ce n'est pas forcément... ce n'est pas forcément retrouvé... dans les statistiques. J'ai quelques patients difficiles, qui ne sont pas... qui ne sont pas motivés, avec certainement une composante anxio-dépressive sous-jacente. Ils se laissent... Ils se laissent complètement aller. Mais bon ce n'est pas seulement sur le plan de l'asthme, mais sur le plan... sur le plan général. Sur cette notion là on ne peut avoir qu'une écoute attentive et puis voilà... Et puis bien préciser que, voilà, on est disponible, s'il y a besoin. Mais on ne peut pas se mettre à la place du patient. La motivation est un élément essentiel. L'éducation thérapeutique c'est un cordon qui est tissé un peu partout. Mais la mise en pratique, ça... ça c'est un programme. C'est facile. Enfin facile. C'est aisé à écrire et à mettre en forme, mais en application, ça c'est... Tu verras que c'est autre chose (rire)

SF. Et bien vous avez déjà cité pas mal de critères. Est-ce que il y a des critères que vous connaissez et que vous n'utilisez pas ?

M9. Le moyen de surveillance que j'utilise, comme je te le disais tout à l'heure, c'est le questionnaire classique et puis le débit expiratoire de pointe. Ça c'est ce qui est le plus accessible pour moi. C'est ce que j'utilise. Sur les éléments. Consommation également... Des quantités de ventoline, ça aussi c'est un critère qui est intéressant

SF. Est-ce qu'il vous arrive des fois de renouveler un traitement sans suivre votre schéma habituel ?

M9. Alors (inspiration profonde). En pratique, évidemment ce sont des situations qui sont fréquentes. C'est-à-dire que... Le patient vient pour un problème et puis... Exprime 4 ou 5 problèmes en même temps... Et à la fin "Tiens au fait je n'ai plus de traitement. Est-ce que tu peux me..." alors dans ces situations là, c'est vrai que la facilité c'est dire " ok je te refais le traitement, je te refile 4-5 mois et puis voilà" et je pense que c'est une mauvaise réaction. Pourquoi ? Parce que parfois c'est justement dans ces situations là qu'on peut passer à côté d'une possible situation de décompensation sous-jacente. Et donc d'arriver au drame... Le patient fait... Un asthme aigu grave à domicile, alors qu'on vient de renouveler son traitement quelques jours avant. (entrée d'une personne dans la salle de réunion, qui ressort rapidement) bonjour, (nom). Donc dans ces situations là... Évidemment on ne va pas laisser un patient sans traitement. Ok je te redonne ton traitement, mais tu reviens de façon à ce qu'on refasse le point sur ton asthme. Voilà. Pour la petite histoire, je me souviens d'un patient. Ça dépasse un peu ce cadre. Un patient qui était venu avec sa femme et son enfant. Un patient que je connaissais très bien. Et puis il me dit " écoute" à la fin de la consultation " ah dis-donc je reviens d'Afrique. Je tousse un peu. Est-ce que tu n'aurais pas un sirop à me donner ?" juste avant... Il partait. Je lui dis " bah écoute ouais, ben je te donne un sirop, quoi." il a fait un cancer du poumon. Il est mort quelques mois...4 mois plus tard. (silence) c'est quand même une histoire qui marque. Donc c'est... C'était un... Fulgurant. Et donc, les demandes de fin

de consultation, maintenant, je les prends vraiment au sérieux. Je laisse toujours la porte ouverte. Si évidemment à la fin de la consultation, on a matériellement pas le temps de... Faire une consultation... sur-consultation. Parce que sinon jamais... Elle n'en finit plus quoi. Mais bon, il faut toujours, à mon sens, laisser une porte ouverte disant " ok je te dépanne, mais... Mais tu reviens, il faut qu'on... Il faut qu'on revoit ça."

SF. Quels sont les obstacles de votre point de vue au bon déroulement du suivi de l'asthme ?

M9. L'éducation thérapeutique. Ça c'est... C'est la source majeure de difficulté. Quand le patient comprend sa maladie, quand il adhère parfaitement à... Au dispositif de soins. C'est toujours plus facile.

SF. On en a déjà un peu parlé tout à l'heure. Quand est-ce que vous passez la main à un confrère spécialiste ?

M9. Alors en fait je n'attends pas forcément d'avoir des difficultés... Dans la prise en charge. À savoir, à voir le patient à avoir... des exacerbations à répétition... ou vraiment attendre... la crise aiguë grave. Comme je te le disais en préam... Au début. Les EFR ça doit faire partie à mon sens d'une prescription usuelle dans la prise en charge du patient asthmatique. C'est-à-dire prendre un patient asthmatique en médecine générale, c'est pas le prendre tout seul (rire) mais c'est le prendre avec un... Avec un spécialiste. Et je pense, pour avoir une meilleure qualité de prise en charge. Cette prise en charge conjointe est essentielle. Après bon évidemment il y a les facteurs aussi... Attends. Tu me parles de spécialiste en suivi mais il y a aussi l'hospitalisation. Alors quand on demande de hospitaliser un patient. Il y a les facteurs de gravité clinique, qui sont classiques. Le patient arrive. Il a du mal à te causer. Il est polypnéique. Il est tachycarde. Il est agité. Il a un Peak Flow... Un débit expiratoire de pointe qui est effondré. Il a une sat qui se casse la figure. Évidemment, je ne le traite pas à la maison. Je l'hospitalise. Ça c'est les facteurs de gravité. Tu peux engager un traitement immédiat pour te soulager, mais bon... Enfin moi je ne le laisse pas à la maison bien évidemment.

SF. Selon vous quels sont les points de vue et les attentes des patients concernant leur maladie asthmatique ?

M9. Alors là c'est une vaste question.(rire) l'attente d'un patient asthmatique, c'est l'attente de tout patient, c'est-à-dire c'est déjà d'aller mieux. C'est d'être compris et écouté. Ça aussi c'est important. Mieux comprendre sa maladie. Alors je ne sais pas si c'est... Ça dépend aussi de... De la culture du patient aussi. Il y a des patients qui ne sont pas forcément très intéressés de comprendre les moindres détails de leur maladie. Là, ton explication doit s'adapter aussi à ce qu'ils souhaitent entendre. Ne pas se lancer dans des explications très précises... Sur des mécanismes physiopathologiques, qui ne sont absolument pas perçus. Par contre, tu as en face de toi un prof, quelqu'un qui est un peu plus pointilleux, quelqu'un qui a une culture scientifique, alors là il faudra adapter ton discours et expliquer plus précisément, plus médicalement les choses. Je pense que l'attente de tout patient c'est d'être mieux dans sa maladie. Hormis les cas un peu exceptionnels de patients anxio dépressifs, suicidaires, qui ont des attitudes abandonniques, qui voilà se laissent aller et attendent que les choses se passent... Se passent mal bien entendu. Ce sont des patients qui existent aussi malheureusement. Mais après ses attitudes là s'intègrent dans un environnement... sociologique très très particulier. Il y a certainement des endroits qui sont plus exposés que nous. Par rapport à ça. Voilà. Tu as d'autres questions ?

SF. Là encore vous en avez déjà un petit peu parlé au début. Comment procédez-vous pour l'éducation thérapeutique ?

M9. Ça reste par l'utilisation des dispositifs. Montrer comment exactement... Comment utiliser les dispositifs. Un dispositif d'utilisation bien compris, l'utilisation sera efficace. Comprendre la motivation du patient, ça fait partie de l'éducation thérapeutique aussi. Comment le patient voit sa maladie. Tout ça ça prend du temps. Ça c'est des éléments qui sont importants pour l'éducation thérapeutique. Après avec l'aide de réunion, comme ceux proposés, mis en avant par la CPAM, le reste et tout ça. On s'aperçoit que c'est toujours les mêmes personnes qui vont à ces réunions là. En général ce sont les personnes qui en ont le moins besoin. (rire) en général... Ils prennent bien leur traitement. Ils comprennent bien pourquoi ils le prennent. Comment fonctionne la maladie. Qu'est-ce qu'il faut faire quand ça va pas. Bon, au niveau de l'éducation thérapeutique et bien c'est super. Et puis voilà il y en a qui ne comprennent pas grand-chose à la maladie, qui utilisent mal le traitement, qui veulent pas trop entendre le discours qu'on peut leur apporter, qui vont jamais à ces réunions d'éducation thérapeutique.

SF. Il y a des écoles de l'asthme dans la région ?

M9. Alors ici, sur (lieu d'exercice), tu n'as pas un centre comme tu peux avoir dans des régions médicalement plus dotées comme à Rennes. Tu as... Tu as un centre... À Dinan, tu as des pneumologues qui sont assez actifs. Mais bon, ils font plus de la réhabilitation respiratoire que de l'éducation thérapeutique.

SF. Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle vous vous êtes senti en échec concernant un patient asthmatique ?

M9. Mon ressenti d'échec à la limite... n'est pas important. Ce qui est important c'est comment va le patient. Après pourquoi le patient ne va pas bien alors que à priori il semble...j'ai pu adopter une attitude qui pouvait être cohérente. C'est ça notre question. Et que faire pour essayer de motiver le patient pour... Pour lui faire comprendre que l'asthme c'est une maladie potentiellement gravissime et qui peut faire mourir. C'est... Et donc c'est ça c'est un gros challenge. Un gros challenge.

SF. Vous avez un exemple ?

M9. Oui j'ai un patient qui fume 2 paquets par jour, qui s'alcoolise, qui prend de la ventoline quand il étouffe, qui ne veut pas être hospitalisé et qui veut mourir (rire court) donc voilà. Il faut composer avec ça. Ce n'est pas évident mais voilà. Accompagner le patient dans sa démarche. On n'a pas le pouvoir d'intervenir avec autorité, sous contrainte (rire) dans ce type de démarche de soins. Donc on essaie de voir... De travailler avec l'environnement, de... sa famille. Et puis de garder un lien thérapeutique. C'est très facile d'exclure ce genre de patient en ayant une attitude complètement braque. Et puis voilà. Ce sont des patients... ce type de patients n'attendent que ça. N'attendre que... Dire " oui de toute façon" il faut voir les attitudes abandonniques " oui de toute façon, même le médecin il ne veut plus de moi". C'est ce qu'il attend en fait. Il faut garder un contact, tout en sachant... Il y aura certainement le SAMU à arriver un jour ou l'autre, parce qu'il aura décompensé et puis... Ça remettra le patient sur une filière hospitalière spécialisée. Et puis après la motivation va encore disparaître. Et ce sera exactement la même situation. Voilà mais bon ça fait partie de notre métier aussi.

SF. Est-ce que vous auriez des propositions d'amélioration concernant votre pratique ou les pratiques des médecins généralistes ?

M9. Alors propositions... Je pense qu'il serait intéressant au niveau thérapeutique de sortir... De sortir des panels de tous les systèmes mis à disposition pour la prise en charge de l'asthme. Parce que là il y a... Il y a eu... beaucoup moins maintenant de visiteurs médicaux. Mais à un moment, il y avait une pléthore de dispositifs qui était lancée sur le commerce. Et le discours était parfois un peu fallacieux. Il pouvait facilement y avoir des... des difficultés d'interprétation sur l'indication de tel ou tel dispositif. En général les nouveaux dispositifs, je ne les utilise pas d'emblée franco. J'attends un petit peu, j'essaie de... de voir déjà ce qu'il y a dedans. Quels sont les échos chez Prescrire. Mais bon voilà. Ça serait intéressant une sorte de guide-line actualisé, qui pourrait être mise en ligne d'ailleurs puisque maintenant, c'est ce qu'il y a de plus pratique, de plus accessible. Ça ça serait intéressant. Autrement l'investissement, la prise en charge du patient, je pense que c'est évidemment fonction de la personnalité du médecin. Tout dépend de l'intérêt du médecin dans la pratique, dans telle ou telle prise en charge. Il y a des médecins qui sont passionnés dans la prise en charge du diabète, l'addictologie, voilà bon après c'est évidemment fonction du profil du médecin. Je ne pense pas que... On a un métier à caractère humain. Donc ça reflète tout à fait la disparité humaine. Voilà. Comme ça à brûle-pourpoint je vois ces éléments là. Autrement au niveau prise en charge, actualités, il faut qu'on mette tout ça sur les canaux de formation

SF. Est-ce qu'il y a un autre point sur le sujet que vous voudriez aborder ?

M9. Non non. Ecoute j'espère que ça t'aidera à avancer dans la rédaction de ta thèse.

SF. Bien je vous remercie.

Médecin 10

SF. Tout d'abord pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

M10. Je suis le docteur (nom) Je suis médecin généraliste. Secteur 1. (lieu d'exercice) Dans un cabinet de plusieurs généralistes. Et je suis (sonneries de téléphone) médecin depuis 95.

SF. Donc vous êtes installée depuis combien d'années ?

M10. Je suis installée en tant que médecin... Je travaille en tant que médecin depuis 95. Je suis installée en France depuis 2010. J'ai travaillé pendant 5 ans dans un cabinet à la campagne et depuis 2 ans, un cabinet en ville.

SF. Sans vouloir être indiscret. vous avez quel âge ?

M10. Je viens d'avoir... Attends...48

SF. Sur l'informatique est-ce qu'il y a des systèmes d'alertes que vous utilisez pour le suivi ?

M10. Le patient en général ? C'est moi-même qui m'alerte des patients qui sont revus.

SF. Vous voyez combien de patients par jour ?

M10. On va dire entre 18 et 20. Quelque chose comme ça.

SF. Et combien de jours par semaine ?

M10. Je travaille du lundi au vendredi... Le lundi au vendredi donc une...2 et demi journées

SF. Est-ce que vous avez une patientèle privilégiée ?

M10. Patientèle privilégiée ça veut dire quoi ?

SF. C'est bien de personnes plutôt âgées ou alors plutôt de la pédiatrie.

M10. Non. Disons que c'est moins de la pédiatrie qu'avant. Mais il y a plutôt des personnes âgées. Des enfants mais de plus grand âge. Et des adultes jeunes. Mais plutôt... En effet oui c'est vrai, plutôt des personnes âgées.

SF. Est-ce que vous avez d'autres pratiques de la médecine générale ? Homéopathie, pratique hospitalière,...

M10. Non non... Non

SF. Et concernant la formation médicale continue vous procédez comment ?

M10. J'ai participé à des sessions de formation continue. Après je me suis mise sur Internet et j'ai continué selon l'évolution du FMC en sachant qu'il y a des problèmes en ce moment. Peut-être que sur Internet c'est plus facile.

SF. Est-ce que vous pourriez me décrire le déroulement habituel d'une consultation de suivi de l'asthme ?

M10. Tout en sachant que je n'ai pas beaucoup de patients asthmatiques à ...suivre. En effet... Il faut que je dise que je n'ai pas eu de crise d'asthme à gérer depuis que je suis arrivée en France. J'ai plutôt un suivi de patients asthmatiques qui avaient déjà un traitement recommandé par un pneumologue qui les suivait régulièrement. Je... Quand le patient rentre... Quand la consultation commence, je pose les questions normales concernant l'état de santé. Qu'est-ce qu'il s'est passé depuis la dernière consultation ? Et puis je pose des questions un peu plus précises, plus ciblées par rapport à l'état général, par rapport aux crises. Combien de crises il y a eu ? À quel moment ? Est-ce que le traitement est bien supporté ? Est-ce qu'il y a eu des infections circulantes ? Des choses comme ça. Et après je continue à

agir... Je renouvelle le traitement. J'oriente la personne vers un spécialiste si ça n'a pas été fait dernièrement ou je traite... je donne un traitement pour les problèmes qui sont apparus entre-temps. Voilà. Je n'ai pas eu de crise d'asthme à gérer.

SF. Vous connaissez des critères de surveillance de l'asthme que vous n'utilisez pas volontairement et pour quelle raison ?

M10. Vu que je ne suis pas... Je n'ai pas encore été mise dans la situation... de m'occuper vraiment des patients asthmatiques régulièrement, c'est vrai que j'ai laissé un peu derrière moi les critères et tout. Je pense que... Oui je connaissais des critères, que je n'utilise plus en ce moment. Je fais un peu les choses comme elles viennent. Mais si j'étais... Si je suis un moment donné dans la situation de m'en occuper, et bien je commencerai...à... (silence)

SF. Par exemple le peak flow, est-ce que...?

M10. Non... Non

SF. Et pour quelle raison ?

M10. C'est ça, parce que effectivement je n'ai pas eu beaucoup de... de suivi particulier à faire. C'est effectivement... Quand on est mis dans la situation de... de s'occuper, voilà de voir plusieurs patients, ça me donne envie de remonter plus... dans le sujet. Et puis dans... Approfondir ou de faire... comment... Revenir certaines connaissances et d'aller plus loin dans la découverte de traitement... Les nouveautés. Mais quand on n'est pas mis dans la situation, c'est vrai...

SF. Vous arrive-t-il de renouveler un traitement de l'asthme sans suivre votre schéma habituel de consultation ?

M10. Ça veut dire renouveler sans consulter ?

SF. Ça veut dire renouveler sans poser toutes les questions...

M10. Ah non... Peut-être que je ne pose pas toutes les questions, ça c'est sûr. Du moment qu'il y a d'habitude derrière un suivi régulier, précis par un spécialiste, mais non... je... je pose quand même... Je pose quand même toutes les questions. Toutes les questions que je pourrais poser.

SF. Par exemple comment procédez-vous, si par exemple un patient vous demande de renouveler un traitement en fin de consultation alors qu'il était venu pour un autre motif ?

M10. Ah non ce n'est pas le patient qui commande. Ça ça ne m'arrive jamais. Le patient ne commande... ne demande jamais un renouvellement... Une ordonnance en fin de consultation. Parce que je lui pose la question déjà d'emblée... Pour savoir comment je vais gérer la consultation. Et puis si il a envie de faire ça, je l'invite à revenir un autre jour.

SF. Selon vous quels sont les obstacles au bon déroulement du suivi d'un patient asthmatique ?

M10. D'abord ça dépend s'il s'agit de l'asthme d'une personne adulte ou d'un enfant. Dans l'asthme de l'enfant effectivement, il faut savoir l'âge de l'enfant, comment il va prendre les médicaments, si les parents sont éduqués à reconnaître les symptômes de crise, de suivre... De bien suivre l'asthme, de voir régulièrement le médecin, de ne pas laisser l'enfant avec l'accès au stock. Que les adultes c'est autre chose. Les adultes, ils sont... Il y a des jeunes qui n'ont pas envie d'avoir des traitements en continu. Qui s'embêtent. Donc ils vont arrêter, ou pour d'autres raisons, le traitement et puis ils vont revenir avec une altération de l'état respiratoire. Donc voilà. Pareil. Ils ne maîtrisent pas... le traitement surtout les traitements inhalatoires. Il y a aussi le changement de traitement. Ce qui fait qu'il y a des patients qui avaient l'habitude d'utiliser un certain dispositif et qui passent à un autre qui n'est pas toujours pareil. Du coup, ils ne savent pas comment faire. Ils n'osent pas en parler ni avec le médecin ni avec le pharmacien, donc du coup ça pourrait devenir vraiment un problème. Après les personnes âgées qui ne savent pas compter... ou qui refuse, à un moment donné, de continuer le traitement parce que ils en ont marre, voilà. Je pense que les premiers... Les principaux obstacles sont effectivement dans la connaissance de la

maladie, la connaissance de l'importance du traitement et la maîtrise de l'utilisation du traitement... du dispositif.

SF. Quand est-ce que vous confiez la main un confrère spécialiste ?

M10. Confier la main ? Ah ça veut dire quand est-ce que je laisse le confrère spécialiste prendre en charge le... disons... il n'y a pas de... il n'y a pas toujours de... Comment... de direction, on va dire. D'habitude ce sont les patients, qui viennent... Qui ont été... Parce que que j'ai repris une patientèle. Et je n'ai pas eu de nouveaux cas. Donc j'ai repris des patients qui avaient déjà été vus, par le passé, par un généraliste ou par des spécialistes. Et le sens... C'est toujours du spécialiste vers le généraliste. Tout en sachant que les patients vont régulièrement voir un spécialiste. Il y a toujours un courrier pour le médecin généraliste. Et c'est sûr que si un jour, je me trouve vraiment... Découverte dans les moyens thérapeutiques, et bien j'organise une prise en charge... J'organiserais une prise en charge rapide du patient par un spécialiste. Je l'envoie chez un spécialiste. Quand je me trouve effectivement découverte dans ma façon de... de traiter.

SF. Selon vous quels sont les points de vue et les attentes des patients concernant leur asthme ?

M10. Alors les petits, ils sont un peu contre. Ils savent que les parents... Quand les parents sont à côté, ils savent qu'il y a un traitement à leur donner parce que ils toussent ou ils ne peuvent pas dormir la nuit ou ils font de la fièvre, voilà. Pour les adolescents, c'est un petit peu plus compliqué, parce que il y en a qui comprennent l'importance du traitement, donc ils le suivent. Ils sont bien suivis aussi derrière par la famille. Et il y en a qui ne veulent pas comprendre. Qui veulent arrêter. Pour les plus grands, c'est... Ils se posent la question si ils vont devoir prendre le traitement toute leur vie. Un moment donné, ils ont envie d'arrêter. Donc ils arrêtent, puis ils se retrouvent avec des difficultés. Ils reprennent plus tard en étant conscients qu'ils ont fait une bêtise bien sûr. Pour les adultes à partir de la quarantaine, quand ils commencent à devenir un petit peu plus conscients d'eux, ils se mettent à prendre un traitement régulièrement. Les personnes âgées... qui sont habituées déjà à prendre des médicaments. Le problème serait le changement de traitement effectivement. Parce que ils s'habituent avec un médicament, et puis après on en met un nouveau, soit que la maladie s'aggrave, soit que... Ils ne sont pas capables de le maîtriser. Moi je pense que... Je ne sais pas si j'ai bien répondu aux questions... C'est ça. Chaque étape de la vie met devant d'autre défi. Il faut savoir... Je pense que le rôle du médecin généraliste est de savoir comment diriger le patient, accepter dans des situations et continuer le traitement.

SF. Justement concernant l'éducation thérapeutique vous procédez comment ?

M10. D'abord... Je ne sais pas comment... Je ne sais pas si je procède d'une certaine façon. Je pense que j'ai l'habitude de parler avec mes patients. je... Pour moi chaque consultation... chaque consultation est à part. C'est-à-dire je n'ai pas une règle générale pour certains patients, même s'ils ont la même maladie, la même tranche d'âge ou le même problème. Je pense que, sans le faire exprès, j'ai essayé de faire de l'éducation thérapeutique au fur et à mesure pour tout ce qui concerne la pathologie du patient. Donc du coup je les éduque un peu. Je n'ai pas une façon particulière de faire l'éducation thérapeutique. Je discute au cas par cas. Je vois... je connais mes patients maintenant... Je vois un peu si ils sont bien dedans. Et sinon je prends le temps pour leur expliquer ce qu'il faut faire dans plein de choses et pas seulement l'asthme.

SF. Est-ce que vous avez déjà eu une situation dans laquelle vous êtes senti en échec concernant un patient asthmatique ?

M10. Non. C'est bien et ce n'est pas bien en même temps. C'est bien parce que voilà c'est bien. Et ce n'est pas bien quand on est devant un échec, ça nous pose... Ça nous ouvre l'esprit, ça nous sort de la routine, ça nous fait poser des questions sur notre façon de travailler, d'exercer, sur notre qualité de médecin, sur la médecine, sur le traitement, sur plein de choses. Ça pourrait remuer... secouer un médecin... dans le bon sens. Mais non. On est tellement près des spécialistes qu'on est pas tellement... dans l'échec

SF. Est-ce que vous auriez des propositions d'améliorations concernant votre pratique ou des autres médecins en général ?

M10. Je... Je ne vais pas avoir de conseils pour les autres médecins. Je peux avoir des conseils pour moi-

même. D'abord je pense que ça serait bien que je sois plus en contact avec des patients asthmatiques. Que je sois en situation de me poser des questions et pour que je puisse avoir envie d'aller plus loin. Voilà. Je pense que dans l'avenir ça se passera comme ça, parce que il y aura de moins en moins de spécialistes, donc du coup le médecin généraliste il faudra qu'il se remette en question. Et il faut qu'il recommence à trier dans ses connaissances pour pouvoir reprendre les choses qu'il n'a plus l'habitude de faire... depuis un certain temps. Je pense que pour améliorer ma pratique, ça serait bien que je rentre en contact avec des patients asthmatiques. Et qu'ils vont me poser des questions, et je vais essayer de trouver des réponses.

SF. Est-ce qu'il y aurait d'autres points que vous voudriez aborder sur le sujet ?

M10. (inspiration profonde) sur le sujet de l'asthme ? Je me pose parfois la question. Je ne... C'est une question pour moi, parce que je ne suis pas dans... Effectivement je ne suis pas... Je ne fais pas partie de la catégorie de médecins qui suivent beaucoup d'asthmatique. Je me pose la question si le diagnostic de l'asthme est toujours bien posé comme il faut, surtout quand ça commence par un généraliste. Parce que je trouve... J'ai dû voir des patients, surtout des patients... des jeunes de mes confrères, qui venaient... Des enfants qui venaient avec des traitements pour l'asthme, alors que ce n'était pas forcément l'asthme à mon avis. Je pense qu'il y a une tendance à donner un traitement... A voir de l'asthme dans tout ce qui est toux en quinte et sifflement, sans aller plus loin. Et donc, surtout pour les enfants, c'est... c'est un peu dommage, parce que on dit le mot asthme devant les parents. Les parents, ils sauront que toute la vie de leurs enfants ils ont eu de l'asthme, qu'il y a eu un traitement. Et le traitement parfois il n'est pas forcément nécessaire. Je pense qu'il faut aller plus plus loin quand il y a les symptômes de l'asthme pour dire que c'est vraiment de l'asthme et pas une première... un premier épisode de toux... La quinte la nuit, sifflement et tous les symptômes, qui disent que forcément c'est de l'asthme. Je pense qu'il faut être un peu plus parcimonieux dans le diagnostic de l'asthme. À mon avis.

SF. Et bien je vous remercie.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A faire signer ici par votre Président de Thèse avant de nous remettre le 1er exemplaire unique 3 semaines + 3 jours avant la soutenance

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THESE :

LE SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ASTHMATIQUES : LES OBSTACLES A LA BONNE APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés
auprès de médecins généralistes des Côtes-d'Armor

RESUME :

Introduction : L'asthme est une maladie dont la prévalence augmente au cours des années, entraînant un surcoût pour la société, directement lié à son bon suivi. Malheureusement, d'après plusieurs études, celui-ci est souvent incomplet. L'objectif était de mettre en évidence ces obstacles empêchant les bonnes pratiques de suivi d'un patient asthmatique par un médecin généraliste
Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par théorisation ancrée menée auprès de médecins généralistes des Côtes-d'Armor par entretiens semi-dirigés
Résultats : La saturation des données fut obtenue au bout de 10 entretiens auprès de médecins avec des profils différents. Parmi les multiples obstacles, étaient retenus surtout le manque de temps, présent à tous les stades du suivi, le défaut d'éducation thérapeutique et la difficulté d'acceptation des patients. L'asthme était souvent banalisée par les patients et médecins et était fréquemment un motif de consultation secondaire, évoqué rapidement en fin de consultation. Un défaut de formation était évoqués avec d'anciens schémas décisionnels et de trop nombreuses spécialités médicamenteuses. La pollution atmosphérique n'avait été que peu mentionnée, dû à la patientèle rurale et semi-rurale.
Discussion : Les techniques de prise médicamenteuse étaient souvent mal comprises de leurs patients et beaucoup se reposaient sur les pharmaciens pour l'enseignement. Une mauvaise éducation initiale compliquait la suite de l'ensemble de la prise en charge. Chez aucun des médecins, les plans d'action écrits n'étaient utilisés chez l'adulte. Les services ambulatoires d'éducation thérapeutique étaient soit absents de la région soit méconnus des médecins..

TITLE OF THE THESIS :

FOLLOW-UP AND MANAGEMENT OF ASTHMATIC PATIENTS: OBSTACLES TO THE CORRECT APPLICATION OF RECOMMENDATIONS

Qualitative study by semi-structured interviews
with general practitioners of Côtes-d'Armor

ABSTRACT :

introduction : Asthma is a disease whose prevalence increases over the years, leading to an additional cost for society, directly related to its good monitoring. Unfortunately, according to several studies, this one is often incomplete. The objective was to highlight these obstacles preventing the good practices of follow-up of an asthmatic patient by a general practitioner
Methods : This thesis is a qualitative study based on grounded theorization conducted with general practitioners of Côtes-d'Armor in France by semi-directed interviews
Results : The saturation of the data was obtained after 10 interviews with physicians with different profiles. Among the many obstacles, the most important were the lack of time, present at all stages of the follow-up, the lack of therapeutic education and the difficulty of patient acceptance. Asthma was often trivialized by patients and doctors and was frequently a secondary reason for consultation, which was discussed quickly at the end of the consultation. A lack of training was evoked with old decision-making schemes and too many drug specialties. Air pollution was little mentioned, due to the rural and semi-rural patient.
Discussion : Medication techniques were often misunderstood by their patients and many relied on pharmacists for teaching. A bad initial education complicated the continuation of all the care. In none of the physicians, written action plans were used in adults. Outpatient therapeutic education services were either absent from the region or unknown to doctors.

MOTS CLES :

- asthme
- suivi
- médecine générale
- qualitatif
- recommandations pour la pratique clinique