



HAL
open science

Analyse qualitative des déterminants associés à la prescription d'une corticothérapie inhalée par les médecins généralistes dans le traitement de fond de l'asthme de l'adulte

Aurélia Ferraguti

► To cite this version:

Aurélia Ferraguti. Analyse qualitative des déterminants associés à la prescription d'une corticothérapie inhalée par les médecins généralistes dans le traitement de fond de l'asthme de l'adulte. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02506189

HAL Id: dumas-02506189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02506189>

Submitted on 19 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 52

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Analyse qualitative des déterminants associés à la prescription d'une
corticothérapie inhalée par les médecins généralistes dans
le traitement de fond de l'asthme de l'adulte

Présentée et soutenue publiquement
le 17 avril 2019

Par

Aurélia FERRAGUTI

Née le 16 juillet 1988 à La Teste-de-Buch (33)

Dirigée par Mmes Les Docteurs Jennifer Truchot, PH
et Claire Lahaye, PHC

Jury :

M. Le Professeur Patrick Plaisance, PU-PH Président

M. Le Professeur Enrique Casalino, PU-PH

M. Le Docteur Nicolas Javaud, MCU-PH



À Manie, sans qui je ne serais jamais arrivée là.

Merci de m'avoir appris qu'avec de la persévérance, tout devient possible...

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Patrick PLAISANCE

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Enrique CASALINO

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Jennifer TRUCHOT :

Merci Jennifer de m'avoir soutenue tout au long de ce travail, merci pour ton temps et ta disponibilité. Merci pour ta rigueur et ta gentillesse.

Madame le Docteur Claire LAHAYE :

Merci infiniment Claire d'avoir accepté de prendre ce projet en cours et de t'y être autant impliquée. Merci de m'avoir fait découvrir la recherche qualitative dans la bonne humeur !

Monsieur le Docteur Nicolas JAVAUD

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Et également :

Merci à **tous les médecins généralistes** qui ont accepté avec beaucoup de gentillesse de participer à mon étude.

Merci à **tous les médecins et soignants** rencontrés au cours de mon cursus, qui m'ont permis de m'améliorer et de m'accomplir. Merci tout particulièrement à **l'équipe des urgences de Lariboisière, de cardiologie de Saint-Joseph, de réanimation de Bécclère et du SAMU de Versailles**. Un grand merci également au **Dr Mahamdia** dont la gentillesse et la bienveillance m'ont permis de débiter mon internat dans les meilleures conditions.

À ma famille :

À **mes parents**, pour leur soutien indéfectible pendant toutes ces années. Merci Maman d'avoir pris le temps de me relire.

À **mes frères et soeurs**, Mathieu, Camille, Arantxa, Grégoire et Vincent, sans qui la vie n'aurait pas la même saveur. Et maintenant aussi à Clarisse, Kévin, Cris et Khaled.

À **Patxi**, merci pour ton éducation et les valeurs que tu m'as inculquées.

À **Mémie**, merci pour tous ces souvenirs et tout ce que tu m'as apporté.

À **Tatie**, qui s'est toujours intéressée de près à mes études, merci.

À **Geoffrey**, merci pour tous les moments passés et à venir.

Aux Caron, chez qui j'ai trouvé une deuxième famille. Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

Et enfin à tous mes amis :

Merci à tous ceux qui ont toujours été là, pour certains depuis la maternelle... **Les Landais, Bordelais et autre sudistes** maintenant un peu éparpillés mais jamais très loin .

Merci tout particulièrement à **Béné** et à **Justine** qui ont toujours été là pour moi.

Merci à **Marie Jo** pour ces moments inoubliables.

Merci **Mélanie** et **Vinciane** d'avoir égayé l'externat et d'être toujours là !

Merci à **mes amis de Paris**, d'avoir fait de l'internat un si bon moment, et de continuer à me faire aimer la vie parisienne...!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
I. INTRODUCTION	11
A. L'ASTHME : UNE PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE	11
1. Définition	11
2. Epidémiologie	12
3. Physiopathologie	13
4. Traitement	15
4.1. Traitement de la crise	15
4.2. Traitement de fond	16
a) Les anti-inflammatoires	16
b) Les bronchodilatateurs	17
B. LA CORTICOTHÉRAPIE INHALÉE : TRAITEMENT DE CHOIX DANS L'ASTHME ...	17
1. Historique	18
2. Effets secondaires	18
3. Mécanisme d'action des CSI	19
4. Impact des CSI dans l'asthme	20
C. L'ASTHME, UN CONTRÔLE IMPARFAIT	21
1. Défaut de prescription de CSI par les médecins généralistes	21
2. La corticophobie	22
D. INTÉRÊT DE NOTRE ETUDE	23
II. MATÉRIELS ET MÉTHODE	25
A. LA MÉTHODE QUALITATIVE	25
1. Choix de la méthode	25
2. Approche par théorisation ancrée	25
3. Technique de recueil des données : l'entretien semi-dirigé	25
B. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONAGE	25
1. L'échantillonnage théorique	25
1.1. Représentativité de l'échantillon	25
1.2. Taille de l'échantillon	26
2. Population étudiée	26
2.1. Présentation de l'échantillon	26
2.2. Mode de recrutement	26

C. RECUEIL DES DONNÉES	27
1. Le guide d'entretien	27
2. Déroulement du recueil de données.....	27
3. Retranscription des données.....	28
D. MÉTHODE D'ANALYSE ET DES RÉSULTATS	28
E. ASPECT ÉTHIQUE ET MÉDICO-LÉGAL	28
III. RÉSULTATS	29
A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	29
B. LE MÉDECIN	32
1. Avis positif sur les CSI	32
1.1. Efficacité	32
1.2. Innocuité	33
1.3. Absence d'appréhension vis à vis des CSI	34
2. Impact de l'expérience personnelle	34
2.1. Être à l'aise avec la prescription de CSI	34
2.2. Le vécu d'effets secondaires	35
2.3. Ne pas identifier les représentations du patient comme un facteur limitant la prescription	36
3. L'influence des représentations du MG	37
3.1. La corticophobie	37
3.2. Facteurs limitant la prescription de CSI	38
3.3. Facteurs favorisant la prescription de CSI	39
4. Un manque de connaissances générateur d'appréhension	40
4.1. Causes	40
4.2. Conséquences	41
5. Recours au spécialiste	42
C. LE PATIENT	44
1. Ses représentations selon le MG	44
1.1. Connaissances des patients	44
1.2. Corticophobie	44
1.3. Facteurs influençant les représentations	45
2. L'inobservance, un frein au contrôle de l'asthme	46
2.1. Un problème majeur	46
2.2. Facteurs influençant l'observance	47
2.3. Conséquences	48
D. IMPACT DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT	49
1. Influence de la relation médecin-patient	49

2. Facteurs limitant l'investissement du MG	50
3. Les projections	51
E. PLACE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	51
1. Importance de l'éducation thérapeutique du patient	51
2. Adaptation du dispositif d'inhalation	53
3. Manque de temps	53
4. Mauvaise connaissance des outils	54
IV. DISCUSSION	55
A. REPRISE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET MODÉLISATION	55
B. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	56
1. Les forces	56
2. Les limites	57
C. COMPARAISON AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	57
1. Les représentations : un frein à la prescription	58
2. L'inobservance responsable du mauvais contrôle de l'asthme	59
2.1. Consciente	59
2.2. Inconsciente	60
3. Relation médecin-patient : la clé d'un meilleur contrôle	61
D. PERSPECTIVES : L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	62
V. CONCLUSION	65
VI. BIBLIOGRAPHIE	66
VII. ANNEXES.....	73
• Annexe 1 : Guide d'entretien	73
• Annexe 2 : Extrait du journal de bord	75
• Annexe 3 : Exemple de trois verbatim d'entretien semi-dirigés	80
RÉSUMÉ	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
BAAC	: Bêta-2 Agoniste d'Action Courte
BAAP	: Bêta-2 Agoniste d'Action Prolongée
BPCO	: Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CO	: Corticothérapie Orale
CSI	: Corticostéroïdes Inhalés
DEP	: Débit Expiratoire de Pointe
EFR	: Epreuves Fonctionnelles Respiratoires
ETP	: Education Thérapeutique du Patient
FMC	: Formation Médicale Continue
GINA	: Global Initiative for Asthma
HTA	: Hypertension Artérielle
IDE	: Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
IV	: Intra-Veineux
MG	: Médecin Généraliste
VEMS	: Volume Expiratoire Maximal par Seconde

I. INTRODUCTION

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires fréquente devenue une priorité nationale [1]. Le mauvais contrôle des symptômes est associé à un retentissement péjoratif sur la qualité de vie du patient, une majoration des dépenses publiques et parfois des conséquences dramatiques puisque l'asthme est toujours associé à un taux de mortalité significatif [2]. La réduction de la morbi-mortalité passe ainsi avant tout par un meilleur contrôle des symptômes et une prescription adaptée [3]. Plusieurs études montrent que des progrès sont nécessaires [4], puisque seules 21% des prescriptions dans l'asthme sont adaptées aux recommandations en vigueur [5].

Le traitement de fond de référence repose sur les corticostéroïdes inhalés (CSI) de par leur action anti-inflammatoire permettant de contrer le mécanisme princeps de l'asthme : l'inflammation. Leur efficacité se traduit par une diminution des symptômes, de l'inflammation des voies aériennes et de l'hyperréactivité bronchique [6]. On observe lorsque les CSI sont correctement pris, une diminution de plus de 80% du taux d'hospitalisation [7]. Toutefois, les CSI restent sous-prescrits et seulement 28% des MG appliquent les recommandations [8]. On constate d'ailleurs un taux de mortalité toujours trop élevé évalué à 900 décès en France en 2018 [9].

Afin d'évaluer la cause de ce défaut de prescription, ce travail évalue les déterminants de la prescription par les médecins généralistes en Île-de-France d'une corticothérapie inhalée, traitement de fond de première intention dans l'asthme, quelle qu'en soit la sévérité [10,11].

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les freins et les moteurs à la prescription de corticoïdes inhalés par les médecins généralistes d'Île-de-France dans le traitement de fond de l'asthme chez l'adulte [12].

A. L'ASTHME : UNE PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE

1. Définition

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires dont le maître symptôme est une dyspnée expiratoire sifflante associée à une limitation variable du flux expiratoire [12]. Le diagnostic de l'asthme repose sur des symptômes associant dyspnée,

sifflement expiratoire et toux [11]. La présentation de l'asthme peut prendre des formes cliniques hétérogènes et fluctuantes puisque ces symptômes sont variables dans le temps et caractérisés par une majoration la nuit ou à l'effort et à l'exposition à certains facteurs de risque.

La confirmation du diagnostic repose sur les Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR) qui permettent d'évaluer l'obstruction bronchique et sa réversibilité [11-13-14].

Les valeurs usuelles définissant l'asthme sont :

- diminution du VEMS avec un rapport VEMS/CV < 80% chez l'adulte.
- une réversibilité sous bronchodilatateurs illustrée par l'augmentation du VEMS >12% ET de 200ml après la prise de bronchodilatateurs.

2. Epidémiologie

L'asthme touche 300 millions de personnes dans le monde dont 30 millions en Europe [15] avec un taux de mortalité demeurant encore trop élevé puisque l'on recense 250 000 décès par an dans le monde [16], qualifiés d'évitables pour la plupart. La mortalité tend néanmoins à diminuer depuis 1986 grâce à une harmonisation de la prise en charge par des recommandations internationales (GINA en 1995), l'arrivée des CSI puis des associations CSI/Bêta-2 Agoniste d'Action Prolongée (BAAP) en 2001 favorisant l'observance [17]. L'amélioration des certifications de décès, via la plateforme CépiDC, et un meilleur codage permettent une différenciation asthme/Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) plus précise [18]. Cependant, l'asthme reste sous-diagnostiqué et par conséquent sous-traité. Ceci s'associe d'une part à un absentéisme scolaire (première maladie chronique de l'enfant) et au travail majoré, entraînant une baisse de productivité, et d'autre part à des coûts de dépenses publiques liées aux hospitalisations et à la diminution d'activité [19]. En France, on compte 4 millions d'asthmatiques en 2018 [15], avec une prévalence en constante augmentation puisque, selon l'enquête ECRHS [20], 6% de la population française en 2003 était asthmatique, alors qu'en 2018 la prévalence était de de 8 à 10% avec une mortalité de 900 individus par an [21]. Cette augmentation est possiblement en lien avec l'urbanisation sans que cela ait pu être démontré de façon formelle [15]. Le mauvais contrôle de l'asthme génère une morbidité importante avec un recours fréquent aux services d'urgences et d'hospitalisation : les nombreuses exacerbations génèrent

200 000 passages par an aux urgences et 100 000 hospitalisations, soit la moitié des patients consultant aux urgences [9].

Ces hospitalisations sont responsables de 60% des coûts directs de l'asthme soit 700 millions d'euros en France [22-23]. Le contrôle de l'asthme est donc un défi de santé publique et économique, c'est pourquoi le gouvernement a propulsé l'asthme au rang de priorité nationale avec la loi du 9 août 2004 [1].

3. Physiopathologie

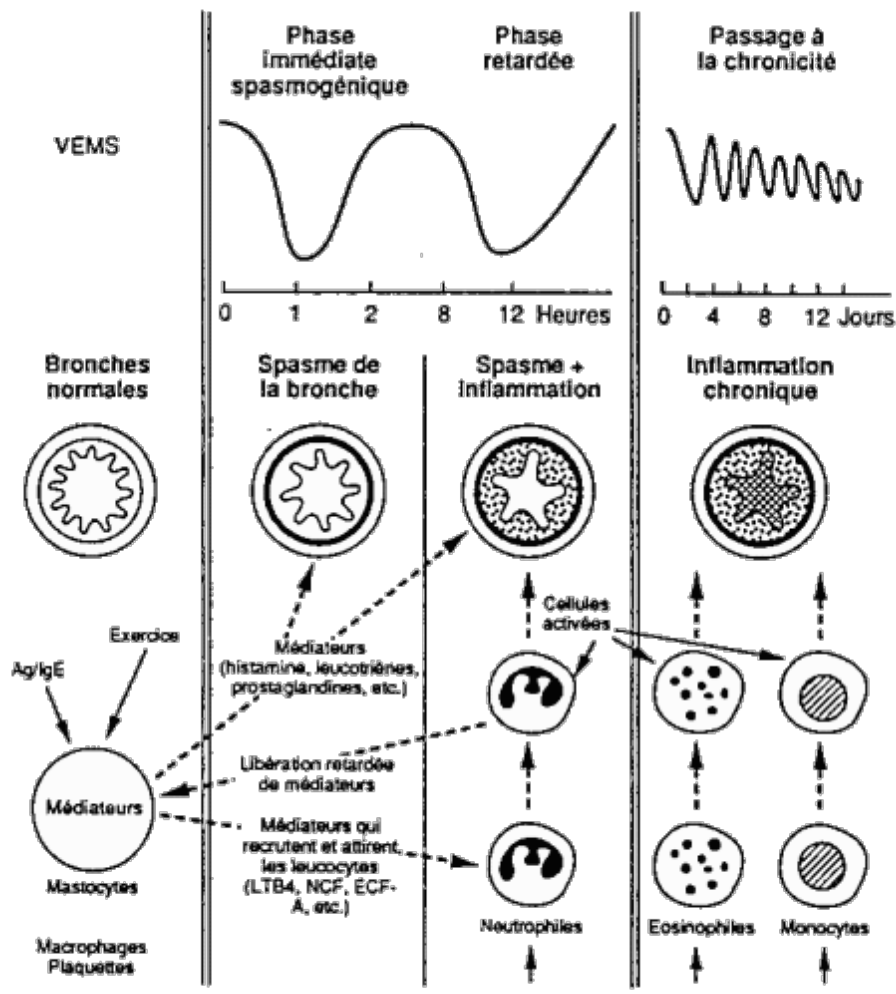
L'asthme est une maladie complexe qui associe plusieurs phénomènes [24] :

- un spasme musculaire bronchique responsable de la diminution du calibre des bronches en lien avec l'exposition à certains facteurs de risque.
- une inflammation prédominant sur les polynucléaires éosinophiles : 6 à 12 heures après l'exposition à un facteur de risque environnemental avec un épaissement de la paroi des voies respiratoires [25].
- une hypersécrétion de mucus (entraînant une obstruction bronchique).
- des lésions de l'épithélium bronchique favorisant la pénétration des allergènes et des agents irritants [26].

Ces phénomènes engendrent trois mécanismes, respectivement [27]:

- une bronchoconstriction
- une hyperréactivité bronchique
- une obstruction bronchique

Figure 1 : Modifications pathologiques dans l'asthme [27]



L'asthme résulte d'une prédisposition génétique associée à plusieurs facteurs environnementaux notamment l'exposition à l'inhalation de substances et de particules comme les acariens, le pollen, la fumée du tabac, la pollution de l'air, les substances chimiques au travail. Un terrain atopique est très souvent présent (70 à 80% des adultes asthmatiques) [28].

D'autres facteurs sont décrits comme facteurs d'exacerbation [28] :

- climatiques : air froid
- l'urbanisation engendrant l'exposition de plus de personnes à la pollution citadine
- l'exercice physique
- des émotions fortes induisant un stress notamment la peur et la colère
- iatrogénie : AINS, Aspirine, Béta-bloquants
- infection

4. Traitement

Le traitement vise à réduire les deux mécanismes essentiels de l'asthme : la bronchoconstriction et l'inflammation. Il repose ainsi sur un anti-inflammatoire et un bronchodilatateur [24]. Deux entités sont à distinguer : la crise, qui justifie d'un traitement épisodique au besoin, et la maladie chronique, qui doit bénéficier d'un traitement de fond au long cours. L'asthme est une maladie chronique incurable, le but du traitement est donc la stabilisation pour minimiser le nombre d'exacerbations et permettre au patient asthmatique d'avoir une qualité de vie préservée.

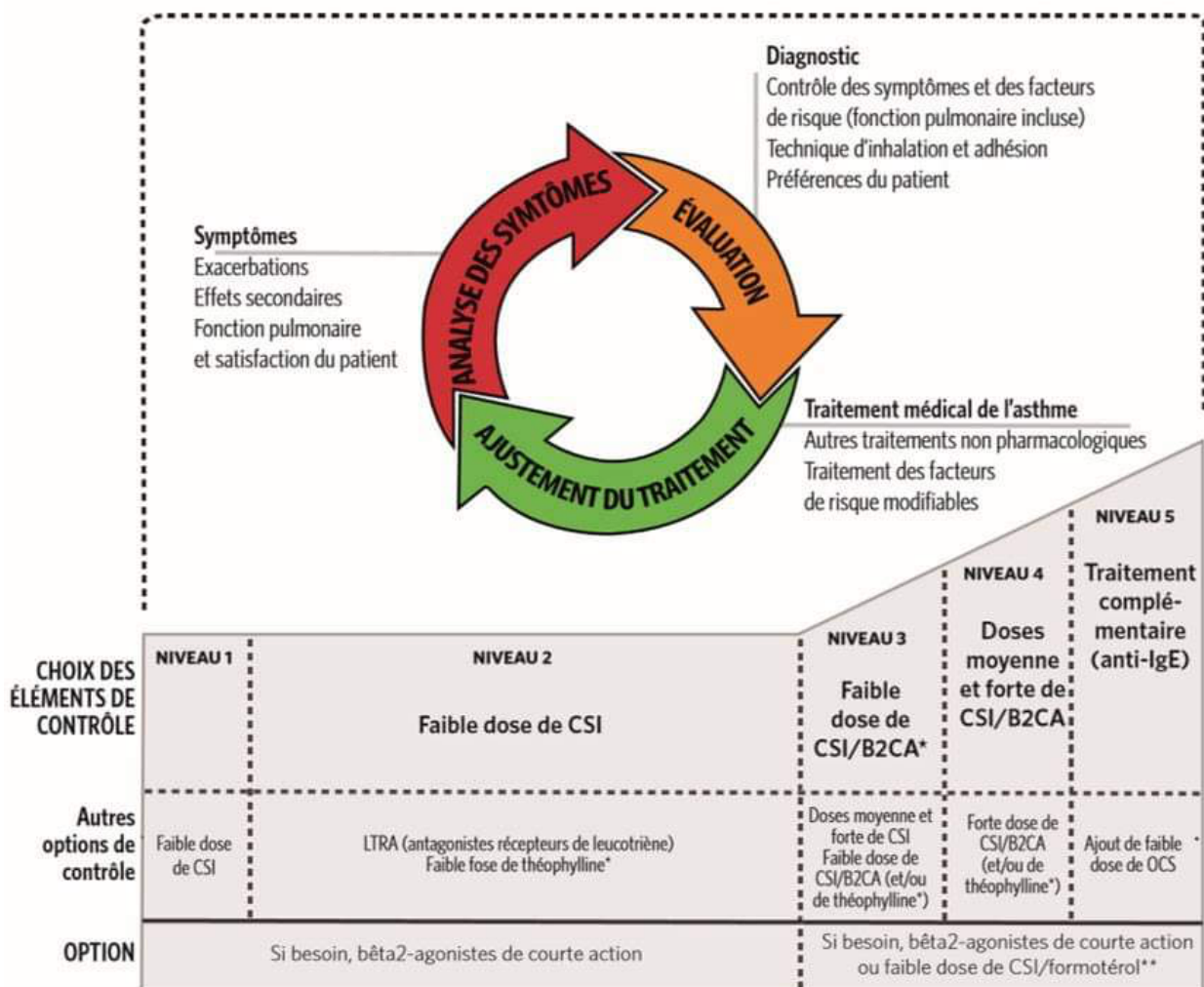
4.1. Traitement de la crise

La crise d'asthme est une aggravation aigüe ou subaigüe des symptômes avec une dégradation de l'état respiratoire du patient par rapport à son état de base [11]. Le traitement de la crise associe un bronchodilatateur de courte durée d'action à un anti-inflammatoire systémique.

. Bêta-2 Agoniste d'Action Courte : BAAC (Salbutamol®, Terbutaline®) : leur action est rapide. Les principaux effets secondaires, liés à la présence de récepteurs bêta-2 sur le muscle strié et lisse, sont les tremblements et une tachycardie [24].

. Corticothérapie orale (Prednisone®, Prednisolone®) : 5 à 7 jours chez l'adulte, son action est en 4 à 6 heures. Dans l'utilisation en cure courte, les principaux effets secondaires sont métaboliques, gastro-intestinaux et psychiatriques [24].

Figure 2 : Approche par augmentation progressive du traitement de l'asthme [11]



4.2. Traitement de fond

Le choix du traitement de fond repose initialement sur la sévérité de l'asthme. Les adaptations thérapeutiques seront fonction du niveau de contrôle de l'asthme. Le traitement de fond pris régulièrement vise à diminuer la fréquence et la sévérité des symptômes ainsi que le risque d'exacerbation [11]. Il est composé d'un anti-inflammatoire associé ou non selon la sévérité à un bronchodilatateur de longue durée d'action.

a) Les anti-inflammatoires

Corticostéroïdes inhalés (CSI) :

Le traitement de fond repose sur les CSI [11-13-14]. Le groupe GINA synthétise les recommandations pour le traitement de fond [11] disponibles dans un guide thérapeutique. Une faible dose régulière de CSI est recommandée chez les patients répondant à un des critères suivants:

- symptômes d'asthme > 2 fois/mois
- réveil dû à l'asthme > 1 fois/mois
- symptômes d'asthme et au moins un facteur de risque d'exacerbation : recours à une corticothérapie orale dans les 12 derniers mois, VEMS bas, hospitalisation en réanimation.

Il est possible d'initier un traitement par CSI à des doses d'emblée plus fortes ou une association à un BAAP si symptômes gênants.

Corticothérapie orale :

En cas d'asthme sévère non contrôlé par une association CSI/BAAP à forte dose et les thérapies adjuvantes, une corticothérapie orale peut-être proposée mais elle s'associe à des effets secondaires significatifs (cataracte, glaucome, ostéoporose, inhibition des surrénales, prise de poids, fragilité cutanée, surinfections, HTA, décompensation diabétique et de troubles psychiatriques) [24].

b) Les bronchodilatateurs

Bêta-2 Agoniste d'Action Prolongée : BAAP

Ils sont toujours prescrits en association avec un CSI. L'association CSI/BAAP est recommandée à partir du stade 2 de GINA [11], lorsque les CSI sont insuffisants pour la stabilité des symptômes. L'association d'un BAAP à un CSI permet une amélioration plus rapide des symptômes et du VEMS, ainsi qu'une diminution de la fréquence des exacerbations plus rapide qu'avec une majoration de la posologie de CSI [11]. Des dispositifs permettent l'administration des deux produits en même temps (Budésonide®, Fluticasone®). Les BAAP peuvent entraîner des céphalées, des crampes, une tachycardie [24].

B. LA CORTICOTHÉRAPIE INHALÉE : TRAITEMENT DE CHOIX DANS L'ASTHME

Les corticoïdes appartiennent à la classe thérapeutique des anti-inflammatoires stéroïdiens. Deux principales hormones synthétisées par la corticosurrénale composent les corticoïdes naturels :

- l'aldostérone issue de la zone glomérulée : minéralocorticoïde avec une action anti-diurétique, anti-natriurétique et kaliurétique.
- le cortisol issu de la zone fasciculée, glucocorticoïde avec une action anti-inflammatoire.

Les corticoïdes de synthèse dérivent donc du cortisol dont l'action anti-inflammatoire est recherchée [24].

1. Historique

Les CSI sont le traitement de fond de référence dans l'asthme depuis leur introduction en 1986 [11-13]. Leur action anti-inflammatoire permet, par un usage quotidien, de réduire la fréquence et la sévérité des exacerbations, d'améliorer la fonction respiratoire (DEP) et la qualité de vie du patient asthmatique [6-7-29]. Leur avènement a permis avant tout de s'affranchir des effets indésirables des corticoïdes systémiques [7]. Leur introduction repose sur la sévérité de l'asthme et l'adaptation des doses sur le contrôle de l'asthme. La dose minimale efficace est recherchée pour minimiser les effets secondaires [33]. Leur association à un BAAP est recommandée dans les asthmes persistants modérés à sévères où un CSI seul est insuffisant [11-13].

2. Effets secondaires

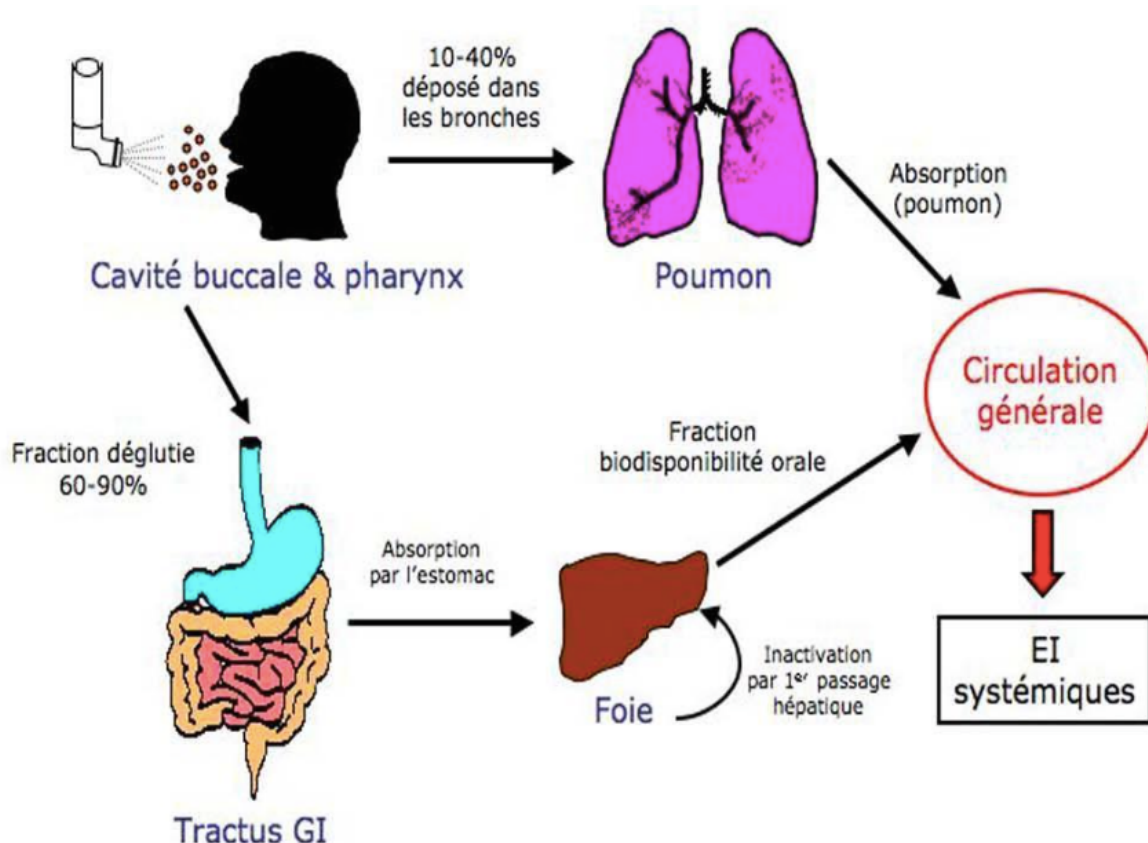
Sous la forme inhalée, les effets secondaires sont locaux et négligeables [32]. Les CSI sont responsables de candidose buccale (5 à 15% des cas), gêne pharyngée et dysphonie qui peuvent facilement être évitées par le rinçage systématique de la bouche après inhalation et par l'utilisation d'une chambre d'inhalation [34].

Aucun effet indésirable systémique n'a été rapporté pour des doses faibles à moyennes de CSI [35]. Cependant, à dose forte quotidienne prolongée (>1000ug/J chez l'adulte d'équivalent Béclométasone®), les CSI peuvent être responsables d'effets secondaires systémiques comme la déminéralisation osseuse et le freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire avec des insuffisances surrénaliennes ou des syndromes de Cushing [36]. Ces effets systémiques concernent toutes les molécules et sont doses-dépendants c'est pourquoi il conviendra de toujours rechercher la dose minimale efficace à partir de 3 mois de contrôle des symptômes [33]. Ils peuvent également être évités en privilégiant l'utilisation de molécules inactives à l'inhalation comme le Béclométasone® et le Ciclésonide® qui sont uniquement activées dans les poumons par les estérases de l'épithélium [35-37]. L'hydrolyse d'une liaison ester permet de contenir l'efficacité de la molécule au niveau pulmonaire, limitant ainsi la biodisponibilité orale et la fraction déglutée, et donc les effets secondaires locaux et systémiques [37-38].

3. Mécanisme d'action des CSI

Le mécanisme d'action des CSI n'est pas spécifique des cellules bronchiques, ils inhibent la quasi totalité des médiateurs de l'inflammation (lymphocytes, mastocytes, polynucléaires éosinophiles...) [39-40]. Il est important de noter que seulement 10 à 40% de la fraction inhalée atteint l'arbre bronchique alors que les 60 à 90% restant sont absorbés par le système digestif. La fraction déglutie étant importante, on pourrait s'attendre à davantage d'effets indésirables systémiques. Le faible passage systémique s'explique car les molécules ayant l'AMM pour la forme inhalée ont un premier passage hépatique permettant la transformation en métabolite à très faible activité glucocorticoïde [24-37].

Figure 3 : Métabolisme des corticoïdes inhalés [37]



Etant donnée la faible fraction inhalée atteignant les voies respiratoires, la technique d'inhalation doit être parfaitement maîtrisée par le patient. Plusieurs dispositifs sont disponibles : initialement l'aérosol-doseur (spray) puis des dispositifs plus adaptés aux personnes avec difficultés de coordination main-poumon : inhalateur à poudre sèche, aéro-

sol-doseur déclenché par l'inspiration [31]. Les caractéristiques pharmacocinétiques varient entre les molécules, des équivalences de dose sont donc nécessaires [11].

L'activité anti-inflammatoire est obtenue à partir de 10 jours de traitement continu mais l'efficacité maximale apparaît à partir de la 6^e semaine. Les mauvaises réponses au traitement sont souvent liées à une mauvaise observance ou à un défaut de juste réalisation de la technique d'inhalation (80% des patients ne savent pas utiliser leur inhalateur) [11-41-42]. L'éducation thérapeutique est donc fondamentale pour garantir le bénéfice attendu.

4. Impact des CSI dans l'asthme

Les preuves robustes sur le bénéfice, pour contrôler les symptômes, diminuer l'inflammation et l'hyperréactivité dans l'asthme ont permis une augmentation rapide de la prescription de CSI [6]. En 1995, Partridge [43] recommande une prescription de CSI même chez les patients asymptomatiques pour diminuer l'inflammation. L'inflammation bronchique caractérisée par la présence d'éosinophiles est présente aussi chez les patients avec un asthme intermittent [44-45]. Les CSI garantissent le contrôle de l'asthme [29]. Ils permettent de diminuer les symptômes et les exacerbations, la fibrose, la mortalité, entraînant ainsi une amélioration de la fonction respiratoire et un meilleur contrôle de l'asthme. Ils représentent le meilleur rapport coût-efficacité pour un contrôle à long terme [29]. Ils sont responsables d'une diminution du taux d'hospitalisation de plus de 80% et de la mortalité de façon significative comme rapporté dans l'étude de Suissa ayant analysé une importante base de données (30 569 patients) sur 22 ans [7]. Le taux de mortalité était corrélé au nombre de nébuliseurs de CSI utilisés dans l'année avec une baisse de 21% par nébuliseur et un taux de mortalité quatre fois supérieur chez les patients ayant interrompu le traitement par CSI [30]. L'étude GOAL [46], dont la méthodologie repose sur la méthode GINA montre que les objectifs de contrôle de l'asthme peuvent être atteints avec un traitement de fond adapté : 2/3 des patients inclus sont contrôlés en cas d'association (Fluticasone® seul ou Fluticasone® + Salmétérol®). Leur efficacité est indépendante de l'âge et de la sévérité de l'asthme, mais il semblerait que pour les asthmes sévères, l'adjonction d'une autre molécule soit supérieure à la majoration des doses de CSI [29-47].

C. L'ASTHME, UN CONTRÔLE IMPARFAIT

Selon l'étude INSPIRE [48], 74% des patients sous CSI ont recours quotidiennement à des BAAC, ceci étant le reflet d'un mauvais contrôle des symptômes. Les patients non ou insuffisamment contrôlés déclarent entre 8 et 25 exacerbations par an avec pour plus de la moitié la nécessité d'une intervention médicale une fois par an. On observe également que la moitié des asthmatiques hospitalisés pour une exacerbation ne prennent pas de traitement anti-inflammatoire inhalé [49].

1. Défaut de prescription de CSI par les médecins généralistes

Le traitement de fond de l'asthme repose sur les CSI et leur effet anti-inflammatoire [29]. Or, la base de donnée Thalès recense que seulement 21% des asthmatiques prennent un traitement par CSI [5]. L'étude de N.Roche [50] qui a suivi des asthmatiques pendant 2 ans a montré lors de l'inclusion qu'uniquement 24% des asthmatiques avaient une maladie contrôlée et seulement 11% à la fin de l'étude. Ceci est probablement lié à un manque d'adaptation du traitement à la sévérité de l'asthme. De plus, 29% des patients n'avaient pas de CSI à la fin de l'étude. Cette problématique est internationale, dans une étude japonaise [51] où la prévalence de l'asthme est de 6,7% [16], les généralistes prescrivaient moins de CSI que les pneumologues. Les patients suivis par un généraliste étaient ainsi sous-traités et la sévérité de leur asthme était sous-estimée. Ce défaut de prescription est probablement expliqué par une mauvaise évaluation du contrôle de l'asthme. L'étude ER'asthme [52] souligne la surestimation du contrôle des symptômes par les patients (53% estimaient leurs symptômes contrôlés) et une concordance médiocre avec l'évaluation du médecin. En effet, le contrôle de l'asthme était optimal pour seulement 21% des patients selon le médecin et jugé inacceptable pour 72% des patients. On ne peut donc se fier à la seule auto-évaluation des patients quand il s'agit du contrôle de l'asthme.

Malgré des recommandations internationales de bonne pratique ayant prouvé l'efficacité des médicaments de l'asthme, une récente étude Italienne témoigne de la mauvaise application des recommandations GINA [8]. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène tels que la complexité des recommandations, l'inobservance, le défaut de communication médecin-patient et la mauvaise appréciation du contrôle de l'asthme [15]. Seuls 28% des généralistes suivent les recommandations, et pourtant la bonne application des recommandations est associée à un meilleur contrôle de l'asthme. Un faible pourcentage d'asthmati-

ques reçoit un traitement approprié par CSI [33]. La prescription injustifiée de BAAP est à l'origine de décès secondaires au défaut de traitement anti-inflammatoire [53-54]. Cette utilisation large d'association a également été rapportée en Irlande du Nord avec 67% des patients sous association sans CSI seuls au préalable [55]. Aux USA, seuls 40% des asthmatiques ont une prescription adaptée [56]. Deux études hollandaises soulignaient que bien que 89% des MG aient eu un avis positif sur les recommandations, elles n'étaient en pratique appliquées que dans 1/3 des cas [57-58-59]. Ces études identifiaient des freins à l'adhésion des MG aux recommandations tels que les représentations du patient, la divergence entre besoin et possibilités [57-60], le burn-out et le manque de temps du MG pour incorporer les outils de surveillance des recommandations dans leur pratique [61]. Dans la première étude de Lugtenberg [60], 68% des MG incriminaient un manque d'applicabilité des recommandations, 52% des contraintes organisationnelles, 46% un manque de connaissances et 43% un manque de clarté des recommandations. Ce constat était retrouvé dans sa deuxième étude [57] où 47% des MG soulignaient la difficulté de passer de la théorie à la pratique. Les représentations du patient étaient identifiées comme un frein pour 53% des MG. Les écoles de l'asthme pourraient être une réponse adaptée pour palier au manque de temps, mais elles restent encore trop peu accessibles aux médecins de ville [62].

2. La corticophobie

Le terme corticophobie est utilisé la première fois en 1979 par Tuft [63] dans l'asthme, à propos « des craintes erronées des médecins à l'égard des corticoïdes et des répercussions potentiellement négatives sur la prise en charge des patients ». Cette notion est reprise ensuite dans la littérature d'abord par David [64] en 1987 à propos des CSI puis par Patterson et al en 1989 qui analysent la « prednisone-phobie » [65]. Ce phénomène est largement décrit en dermatologie pédiatrique pour la dermatite atopique avec l'abus des corticoïdes locaux s'associant à des effets secondaires. La peur des parents a été explorée dans la littérature avec récemment une étude financée par les laboratoires Pierre Fabre interrogeant les parents de 525 enfants avec dermatite atopique, dont 28% refusent l'utilisation de dermocorticoïdes avec 18% de refus en cas d'eczéma sévère [66]. Cependant, l'enjeu n'est pas le même dans le traitement de l'asthme de l'adulte. Les préoccupations sont principalement la prise de poids et les symptômes neuro-psychiatriques [67]. Les études sont beaucoup moins nombreuses en ce qui concerne la corticothérapie inhalée

dans le traitement de fond de l'asthme. Une étude anglaise [68] révèle que 37% des appels téléphoniques sur une ligne nationale dédiée aux personnes asthmatiques concernent les effets secondaires des corticoïdes inhalés et oraux. Selon l'étude de Gillissen [12], les généralistes surestiment l'appréhension du patient et ses réticences à l'utilisation des CSI : seuls 17% des patients désirent arrêter leur CSI alors que ce chiffre est évalué à 55% selon les MG, 42% redoutent les effets secondaires et 58% selon les MG. 59% des MG pensent que les patients redoutent la prise de poids alors que seuls 18% des patients la craignent. En revanche, seuls 3% des MG estiment l'impact des troubles neuro-psychiatriques, redoutés par 16% des patients [69]. Cette évaluation erronée est possiblement en lien avec une communication médecin-patient insuffisante. Dans l'étude de Boulet [67] deux tiers des patients déclarent ne pas avoir discuté de leurs représentations avec leur médecin. Selon Gillissen, 57% des patients désireraient une explication sur leur traitement [12]. Ce manque d'information et de transparence [29-67] peut générer une corticophobie. La plupart des asthmatiques ne comprennent pas le rôle des CSI tout en conservant une appréhension. Il existe une confusion entre les 2 grandes classes thérapeutiques avec 43% des patients estimant que les CSI lèvent la bronchoconstriction alors que 22% seulement mentionnent un effet anti-inflammatoire [67]. 53% des patients expriment une méconnaissance de la différence de passage systémique entre la forme orale et inhalée puisque 59% craignent les effets secondaires (prise de poids, augmentation de la masse musculaire, infection, ostéoporose et problèmes de croissance). Plus d'un tiers expriment également une crainte de diminution de l'efficacité des CSI avec le temps. Ces réticences peuvent conduire à une inobservance, 37% des patients déclarent qu'ils ne suivront pas la prescription [67]. L'inobservance peut ainsi être liée à une méconnaissance de la maladie et des traitements, 75% des patients déclarent ne pas avoir discuté de leurs craintes avec leur médecin. L'éducation thérapeutique est primordiale pour favoriser l'adhérence au traitement [70-71] en répondant aux interrogations mais surtout aux craintes et fausses représentations du patient [72].

D. INTÉRÊT DE NOTRE ÉTUDE

En pratique, le contrôle de l'asthme est obtenu seulement chez une minorité de patients [73-74]. Le mauvais contrôle de l'asthme est multifactoriel mais le point essentiel semble être la mauvaise adhérence au traitement de fond : selon l'enquête ASUR [23], seulement 47% des patients se présentant aux urgences pour une crise d'asthme ont une corticothé-

rapie inhalée. Selon Mitchell et al [75], seuls 57% des asthmatiques sévères prennent leur traitement de fond quotidiennement. Ce mauvais contrôle génère un coût. L'inobservance est en lien avec le risque d'exacerbation aiguë, même si souvent de nature involontaire : 50% des traitements prescrits ne sont pas correctement pris, suite à des erreurs d'utilisation des dispositifs d'inhalation (>50% des patients). Les autres facteurs mis en cause sont la corticophobie, une prise en charge médicale inadaptée [52-76-77] (sous-diagnostic, sous-évaluation des exacerbations, thérapeutiques inadaptées [78]), la mauvaise perception des symptômes par le patient et des facteurs environnementaux avec notamment le tabagisme actif et passif. La corticophobie est ainsi directement impliquée dans le contrôle de la maladie asthmatique.

Notre étude vise à explorer les freins et les moteurs de la prescription de CSI par les MG dans le traitement de fond de l'asthme de l'adulte, via l'analyse des représentations du médecin. Le MG a un rôle central dans l'adhésion thérapeutique. Le contrôle de l'asthme repose donc en grande partie sur le message délivré au patient par son MG. De fait, il peut à son insu générer de la corticophobie par un discours parasité [83]. Il nous a donc semblé essentiel de s'intéresser au ressenti du MG quant à la prescription des CSI.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. LA MÉTHODE QUALITATIVE

1. Choix de la méthode

Notre étude concernait les déterminants de la prescription de CSI en médecine générale dans l'asthme de l'adulte. Le but était de mettre en lumière les freins et les moteurs de la prescription de CSI en explorant l'opinion des MG, leurs représentations, leur expérience et habitudes, ainsi que leur lien avec leurs patients. Par conséquent, la question de recherche ne se prêtant pas à une exploration par questionnaires, nous avons opté pour un recueil de données par entretiens et une analyse qualitative.

2. Approche par théorisation ancrée

Nous avons choisi une approche par théorisation ancrée. Celle-ci se fonde sur l'idée qu'une société naît des interactions entre les individus [84], et l'étude de ces comportements concourt à l'élaboration d'une théorie substantive et formelle à partir d'un recueil de données descriptives [85]. Le chercheur est en immersion sur le terrain avec pour but l'interprétation des entretiens via leur retranscription et leur description [86].

3. Technique de recueil des données : l'entretien semi-dirigé

Nous avons choisi de recueillir les données par entretiens individuels semi-dirigés basés sur un guide d'entretien qui a été modulé au cours de l'étude. Nous avons préféré ce mode de recueil aux "focus groups" pour laisser une plus grande liberté de parole aux MG et éviter que certains soient inhibés par la crainte d'être jugés par leurs pairs. Le sujet a donc été traité sous forme de conversation en tête à tête autour d'une trame conférant une certaine structure aux entretiens. Quatre grands thèmes ont été abordés avec plusieurs sous-questions dont certaines de relance en cas de réponse incomplète.

B. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONAGE

1. L'échantillonnage théorique

1.1. Représentativité de l'échantillon

La notion statistique de représentativité ne s'applique pas dans l'analyse qualitative puisque le but n'est pas comme dans l'analyse quantitative de mesurer ni de trouver un lien de causalité. L'échantillon est donc choisi par le chercheur, selon le but de l'étude, afin de constituer une population variée pour accéder à un éventail d'idées le plus large possible. L'obtention de la diversité des données nécessite donc un échantillonnage large et progressif de la population [86], ainsi nommé "théorique" [84].

1.2. Taille de l'échantillon

Les données recueillies lors des entretiens ont une validation contextuelle qui les dispense de la répétition. La taille de l'échantillon est donc réduite et non fixée a priori. En effet, elle est déterminée au cours du processus de recherche par l'obtention de la saturation théorique des données. La saturation intervient lorsqu'aucune nouvelle donnée n'est apportée par les entretiens. L'échantillon est alors considéré comme représentatif des processus sociaux [87].

2. Population étudiée

2.1. Présentation de l'échantillon

La population cible était l'ensemble des MG d'Île-de-France. Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné à variation maximale pour permettre, via la diversité des opinions et des comportements, une meilleure validité externe des résultats [86].

Les critères suivants ont été pris en compte :

- Personnes de genre masculin et féminin ;
- Âges et donc niveaux d'expérience différents (titulaires et remplaçants) ;
- Lieux d'exercice différents et donc variété du bassin médical disponible et de la patientèle ;
- Modes d'exercice différents (cabinet médical seul ou de groupe, maison médicale pluridisciplinaire, hôpital), pratique de médecine alternative (homéopathie, acupuncture), activité annexe dans une structure hospitalière (médecine interne et médecine d'urgence), lien avec un pneumologue.

2.2. Mode de recrutement

La population a été sélectionnée parmi les médecins généralistes exerçant en Île-de-France, par effet « boule de neige », via des interconnaissances diverses du chercheur. Le premier contact a généralement eu lieu par SMS ou appel téléphonique. Le début des entretiens s'est fait avec les médecins répondant positivement puis le choix des MG a été secondairement orienté pour favoriser la représentativité. Malgré tout, le manque de réponses positives ou la non-réponse de certains après un premier accord n'a pas permis de réaliser un échantillon homogène sur l'âge : nous avons en effet recruté davantage de jeunes médecins.

C. RECUEIL DES DONNÉES

1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien sert de support à la réflexion sans la limiter. Il doit rester souple pour favoriser le discours libre et ne pas orienter les réponses de l'interviewé [86]. Notre guide d'entretien a d'abord été testé sur un MG connu de l'enquêteur avant d'être validé. Il (cf. Annexe 1), se compose de quatre grands thèmes, explorés par des questions ouvertes :

- connaissance de la maladie asthmatique ;
- place de la prescription de CSI en médecine générale ;
- opinion et représentations du MG et a priori du patient vis à vis des CSI ;
- facteurs influençant la prescription de CSI.

Les thèmes ont été abordés dans un ordre logique mais également de façon à mettre en confiance l'interviewé avec des questions "brise-glace" en début de questionnaire. Le guide d'entretien a été modifié après le cinquième entretien avec ajout de deux questions inhérentes à la pratique et à l'éducation thérapeutique. L'enquêteur est resté neutre durant toute la phase de recueil de données.

2. Déroulement du recueil de données

Un journal de bord a été rédigé durant l'étude pour déconstruire les a priori du chercheur (cf. Annexe 2). Les données ont été recueillies entre le 20 décembre 2018 et le 22 janvier

2019, par des entretiens individuels semi-dirigés enregistrés au Dictaphone, après accord oral du MG. Les entretiens ont eu lieu à différents endroits : treize ont été faits par téléphone, un au cabinet du MG et un au domicile du MG. Les entretiens en tête-à-tête initialement privilégiés ont rapidement laissé place aux entretiens téléphoniques sur demande des interviewés car jugés moins contraignants et moins chronophages. Les MG choisissaient la date et l'heure des entretiens. La durée des entretiens était aléatoire, de 7 minutes et 27 secondes à 21 minutes et 36 secondes, avec une moyenne de 12 minutes par entretien. Le chercheur se limitait à des reformulations ou des relances.

3. Retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits avec anonymisation des données en renommant les MG (M1, M2, etc. jusqu'à M15). Le chercheur a retranscrit les données manuellement mot à mot, en intégrant au mieux les manifestations non verbales (rires, hésitations, etc.) sans adapter le discours. Cette retranscription constituait le corpus de données de l'étude : le verbatim (cf. Annexe 3).

D. MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS

Nous avons procédé à une analyse thématique par comparaison constante afin de sélectionner et d'organiser des catégories condensant la signification des entretiens [87]. L'analyse thématique repose sur le codage dont il existe trois niveaux : le codage ouvert, axial et sélectif. L'analyse des retranscriptions permet la création de codes ouverts descriptifs non interprétatifs. Ils sont ensuite classés et regroupés en catégories et sous-catégories : c'est le codage axial. Puis la théorie est créée via le codage sélectif [85], en rassemblant les concepts pour en faire un récit : c'est la modélisation réalisée à l'aide de matrices [87].

Nous avons utilisé le logiciel NVivo12pro®. Un codage en double aveugle a été réalisé avec l'une des directrices de thèse. La triangulation des données n'a pas été effectuée par manque de temps des MG.

E. ASPECT ÉTHIQUE ET MÉDICO-LÉGAL

Le recueil du consentement oral de chaque participant a été effectué avant le début des entretiens. Pour des raisons pratiques (entretiens téléphoniques), aucun consentement éclairé écrit n'a été signé. Le respect de la confidentialité a été assuré par l'anonymisation systématique des données. Aucune autorisation d'un comité d'éthique n'a été nécessaire du fait de la nature du travail. Le chercheur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

III. RÉSULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Quinze médecins généralistes ont été interrogés.

Il y avait neuf femmes et six hommes. La moyenne d'âge était de 37 ans avec un échantillon allant de 28 à 65 ans. Trois d'entre eux avaient plus de 45 ans, six débutaient leur carrière (moins de deux ans d'expérience). Tous les MG exerçaient en Île-de-France dont trois en zone semi-rurale à rurale. Quatre travaillaient exclusivement à Paris, une était partagée entre Paris et le 93 et les dix autres dans les départements de la petite et grande couronne (77, 78, 92, 93 et 95). Une MG exerçait à mi-temps dans un cabinet individuel avec visites à domicile. Dix d'entre eux exerçaient en cabinet de groupe et quatre en Maison de Santé Pluridisciplinaire. Sur les quinze MG interrogés, onze étaient remplaçants depuis 4 à 1 ans. Deux MG étaient maîtres de stage à la faculté. Deux MG avec une activité annexe : une travaillait un jour par semaine dans un service de médecine interne d'un hôpital du 93 et un passait 20% de son temps dans un service d'accueil des urgences d'un hôpital du 77.

Six MG étaient titulaires d'une formation complémentaire : Diplôme Universitaire (DU) d'infectiologie, DU de médecine esthétique, DU de médecine d'urgence, DU de médecine du sport, DU d'hypnose, DU d'acupuncture. Un MG faisait de l'homéopathie. Sept MG déclaraient être en lien avec un pneumologue dont trois précisaient que l'accès au spécialiste était facile. Tous les MG interrogés déclaraient être fréquemment confrontés à la maladie asthmatique, de façon quotidienne pour la plupart.

Durant la phase de recrutement, onze ont refusé. Huit n'ont jamais répondu au premier contact malgré un accord de principe donné à un tiers par quatre MG, deux n'ont pas répondu aux relances malgré un accord initial donné au chercheur et un a refusé par manque de temps.

Les caractéristiques des MG interviewés sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et professionnelles des MG interrogés

	Modalités de l'entretien		Sexe	Âge	Année de thèse	Année d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Maître de stage à la faculté	Lien avec un pneumologue	Formation complémentaire
M1	connaissance durée : 8min11sec lieu : cabinet	F	28	2018	remplacements depuis 2017	urbain 75018 + 93	cabinet de groupe + hôpital : 1 fois par semaine en médecine interne	non	non	non	DU d'infectiologie
M2	connaissance durée : 13min34sec lieu : domicile du MG	F	58	1995	1995, début des remplacements 1986	urbain 78	cabinet de groupe	oui	oui plusieurs avec accès facile	non	non
M3	connaissance durée : 15min34sec lieu : téléphone	F	30	non thésée	remplacements depuis 2017	semi rural-urbain voir parfois rural 95	cabinet de groupe et seule avec visites à domicile	non	non	non	DU de médecine esthétique
M4	connaissance durée : 9min53sec lieu : téléphone	M	30	2018	remplacements depuis 2016	rural 77	cabinet de groupe + SAU	non	oui facilement	non	DU de médecine du sport DU de médecine d'urgence
M5	connaissance durée : 8min30sec lieu : téléphone	M	30	2018	remplacements depuis 2016	semi rural 77	cabinet de groupe	non	non	non	DU d'hypnose DU d'acupuncture
M6	boule de neige durée : 10min59sec lieu : téléphone	M	28	2018	remplacements depuis 2018	urbain 92	cabinet de groupe	non	oui par courrier	non	non
M7	connaissance durée : 11min27sec lieu : téléphone	M	29	2019	remplacements depuis 2017	urbain 75016	cabinet de groupe	non	non	non	non
M8	connaissance durée : 14min49sec lieu : téléphone	F	29	non thésée	remplacements depuis 2016	urbain 75015	cabinet de groupe	non	non	non	DU d'acupuncture

	Modalités de l'entretien		Sexe	Âge	Année de thèse	Année d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Maître de stage à la faculté	Lien avec un pneumologue	Formation complémentaire
M9	boule de neige durée : 20min09sec lieu : téléphone	F	29	2018	2018	urbain 92	cabinet de groupe	non	non	non	non
M10	boule de neige durée : 21min36 lieu : téléphone	F	29	non thésée	remplacements depuis 2016	urbain 95-92-93	maison médicale	non	oui	non	non
M11	connaissance durée : 10min21sec lieu : téléphone	F	28	2018	remplacements depuis 2015	urbain 75013	maison médicale	non	oui	non	non
M12	boule de neige durée : 9min59sec lieu : téléphone	F	30	2017	remplacements depuis 2015	urbain 75018	maison médicale	non	non	non	non
M13	boule de neige durée : 7min27sec lieu : téléphone	M	48	2005	2005	urbain 95	maison médicale	non	oui plusieurs	non	non
M14	boule de neige durée : 17min24sec lieu : téléphone	F	29	non thésée	remplacements depuis 2017	urbain 92	cabinet de groupe	non	non	non	Homéopathie
M15	boule de neige durée : 7min36sec lieu : téléphone	M	65	1981	1982	urbain 93	cabinet de groupe	oui	oui	non	non

B. LE MÉDECIN

1. Avis positif sur les CSI

1.1. Efficacité

La plupart des MG reconnaissaient l'intérêt des CSI dans l'asthme : « je pense que le traitement par CSI est absolument indispensable dans l'asthme de l'adulte » (M2), ils les qualifiaient « d'incontournables » (M2), « d'essentiels » (M3). Leur place comme traitement de référence était également soulignée : « pour moi c'est un traitement de première intention, je ne vois pas d'alternative » (M10), « c'est la base du traitement » (M7).

Plusieurs MG soulignaient le rôle des CSI dans :

- le contrôle de l'asthme : « en général ça permet de bien contrôler l'asthme » (M10) avec la diminution des symptômes : « moins de symptômes quotidiens, moins de dyspnée d'effort » (M10), et la réduction du nombre de crises : « ça permet de diminuer leurs crises » (M15).
- la réduction de la part inflammatoire : « ça diminue l'inflammation de façon chronique au niveau des bronches » (M1) avec selon M2 « une place de premier rang pour les CSI puisque la maladie asthmatique est essentiellement une maladie inflammatoire ».
- l'amélioration de la qualité de vie du patient : « ça permet d'améliorer la qualité de vie des patients » (M15) notamment en développant ses capacités, comme le signale M10 : « en général ils arrivent à avoir une activité physique qu'ils n'avaient pas forcément... ».

Au total, l'objectif de ce traitement était de « moins recourir au traitement de crise » et de « stabiliser sur le long terme » (M15) afin que le patient puisse « respirer correctement » et « bien vivre ! » (M9). En effet, selon M2, « ils en tireront un bénéfice... et... exclusivement un bénéfice » car « on sait très bien que le CSI permet une stabilisation de la maladie au long cours et donc les patients vieillissent mieux avec leur asthme ».

L'efficacité des CSI était évidente pour beaucoup de médecins: « c'est efficace » (M11), « c'est un bon traitement de fond » (M12), « je vois plutôt que des avantages » (M15). M15 évoquait notamment l'ancien traitement par Théophylline® : « je fais partie en plus d'une époque où dans les années 80 le traitement de l'asthme c'était la Théophylline® hein ! Donc j'ai vu l'arrivée des CSI et la disparition totale autour des années 1995-2000 de la

prescription de Théophylline®. Donc le bénéfice il était là hein, ça aucun doute. » (M15). Ainsi plusieurs médecins soulignaient que le traitement « passait obligatoirement par les CSI » (M2).

Cependant, en pratique, même si l'efficacité était la plupart du temps reconnue, les CSI ne s'avéraient pas toujours prescrits en première intention : « je ne leur accorde pas une très grande place. Je dirais que c'est le dernier recours » (M8). Certains les prescrivait même en dernière ligne après les bronchodilatateurs : « avant les CSI, je mets tous les bronchodilatateurs soit en courte, soit en longue durée d'action, et je peux mettre les anti-cholinergiques » (M8).

De façon générale, la réflexion des MG reposait sur le contrôle de l'asthme pour les introduire et non sur la sévérité : « j'utilise le contrôle de l'asthme, quand le mec est pas adapté, qu'il fait des crises souvent, là je le mets sous CSI » (M8). Ainsi, beaucoup s'attachaient à la prise de Ventoline® pour décider de l'initiation d'un CSI : « au moment de renouveler la Ventoline®, quand on constate que y'a une surconsommation, à ce moment-là, on initie un traitement de fond » (M13).

1.2. Innocuité

Plusieurs MG estimaient que les CSI avaient peu d'effets secondaires chez l'adulte : « peu d'effets secondaires à mon sens, y'a pas d'effets secondaires délétères » (M9), « c'est assez rare » (M10). M2 se disait d'ailleurs « absolument convaincue qu'il n'y a pas d'effet chez l'adulte ».

L'absence d'effets secondaires était justifiée par le faible passage systémique : « ça passe dans le sang mais très très peu donc les effets secondaires sont extrêmement minimes. » (M16).

Seuls des effets locaux bénins étaient rapportés : « ça va être des mycoses buccales, des trucs comme ça ou des irritations. D'abord c'est pas fréquent et puis c'est quand même pas très important, c'est un truc qu'on règle dans l'instant » (M13) et n'étaient pas vécus comme un frein à la prescription: « par exemple chez un diabétique ça va pas me freiner non plus... A priori l'action pour moi elle est locale. A mon sens y'a pas de surinfection sur les CSI, en tout cas j'en ai pas constaté moi sur la pratique clinique » (M10). En effet, selon M15, « la balance bénéfices-risques est clairement en faveur du traitement donc euh y'a pas de souci. »

Par ailleurs, quelques MG rapportaient « la bonne tolérance des patients » (M15) et l'absence d'accoutumance : « ce n'est pas une histoire de dépendance, c'est une histoire de nécessité de traitement » (M2).

Quelques MG s'interrogeaient également sur l'absence de contre-indications : « je crois qu'il n'y a quasiment pas de contre-indications de toutes façons pour les CSI » (M4), « là comme ça je vois pas, je pense qu'il n'y en a pas » (M7).

1.3. Absence d'appréhension vis à vis des CSI

La plupart des MG n'avaient pas de crainte ni d'hésitation au sujet de la prescription de CSI : « c'est pas un traitement que j'ai peur de prescrire » (M11).

Même si paradoxalement plusieurs ont exprimé :

- ne pas bien gérer cette prescription: «c'est un truc que je ne sais pas bien prescrire mais ça ne me fait pas peur de le prescrire. Je sais que ça va tuer personne ! (rires) » (M3),
- ne pas y être souvent confronté: « j'ai jamais été vraiment trop confronté à mettre en place un traitement chez un asthmatique » (M3), « comme j'en vois pas beaucoup, je sais moins bien faire. Si j'en voyais plus, je pense que je serai un peu plus formée et donc plus à l'aise » (M1).

Plusieurs MG disaient ne pas avoir de préoccupations avant de prescrire un CSI: « non j'ai pas de chose que je vérifie spécifiquement, non j'avoue, je ne suis pas frileuse d'en introduire » (M10), « je fais pas attention à grand chose » (M12)

2. Impact de l'expérience personnelle

2.1. Être à l'aise avec la prescription de CSI

L'expérience personnelle semblait avoir peu d'impact, en effet, la plupart des MG estimaient ne pas avoir de difficultés avec la prescription de CSI: « la difficulté n'est pas le renouvellement de la prescription ou la prescription en elle-même » (M2), « globalement, je trouve que ça va » (M7).

Beaucoup estimaient ne pas avoir de difficultés en lien avec leurs connaissances ou habitudes professionnelles : « non non ça ne me pose pas de problème » (M3) . À la question « Avez-vous des difficultés à introduire ce traitement avec vos patients ? », la majorité des réponses étaient « non », « jamais » et certains, tels que M4 le justifiaient par leur type de

patientèle : « après moi j'ai des patients qui sont très compliants, je suis à la campagne et les patients ils vont pas sur Doctissimo m'emmerder hein, je leur dis de prendre ça, ils le prennent ! ».

Paradoxalement, plusieurs MG admettaient ne pas en introduire souvent : « les CSI pour moi c'est rare que je les initie la première fois, je veux dire on est pas vraiment dans l'urgence de les mettre » (M14), « les crises d'asthme en médecine générale j'en vois très rarement, donc nous ce qu'on prescrit franchement c'est de l'espèce de sauce pour les toux sèches, spastiques » (M3). Quelques MG comme M3 expliquaient prescrire par mimétisme : « après je reproduis je pense beaucoup ce que j'ai vu faire par mon praticien en stage ».

2.2. Le vécu d'effets secondaires

La plupart des MG n'avaient jamais été confrontés à des effets secondaires suite à leur prescription de CSI : « euh en oral j'en ai eu hein mais en spray non. J'ai pas la mémoire de quoi que ce soit » (M16). Un MG rapportait des effets secondaires « décrits mais jamais constatés » (M16).

Les seuls effets secondaires décrits avec les CSI étaient locaux : « des mycoses c'est le seul truc que j'ai eu » (M12) mais parfois handicapants « cette mémé avec cette mycose buccale qui fait des bains de bouche depuis 3 semaines avec du bicarbonate, ça part pas, elle a la bouche toute tapissée c'est dégueulasse, on a essayé les aérosols de corticoïdes ça marche pas, enfin c'est pire, elle mange plus. » (M3).

A contrario, plusieurs avaient cependant expérimenté des effets indésirables parfois graves avec la prescription d'une corticothérapie orale (CO) :

- déséquilibre de troubles psychiatriques : « une patiente bipolaire qui est également asthmatique qui présentait une exacerbation de son asthme dans un contexte viral à qui j'ai prescrit des CO sur quelques jours et en fait elle a un petit peu décompensé son trouble bipolaire avec des troubles du sommeil qui se sont fortement accentués et un épisode, peut-être pas maniaque mais bon un peu limite... et manifestement lié à cette prescription de CO oui. » (M2)
- troubles trophiques : « elle avait la peau toute fragile, tu pouvais pas lui serrer la main, une fois elle avait un hématome sur toute la tête car elle avait été chez le coiffeur , c'était pas sa coiffeuse habituelle qui lui avait fait un shampoing normal, elle était complètement défigurée, tu voyais les marques sur son visage. Une fois sa peau était tellement

fine à cause des CO qu'elle avait chié par le vagin donc elle avait une fistule anale euh ano-vaginale avec la peau qui s'était déchirée donc elle avait été opérée d'urgence » (M9).

- déséquilibre du diabète « chez les diabétiques à chaque fois ça leur fait monter le sucre, y'en a un j'en ai donné et bon, sucre au plafond, comme il était diabétique, ça l'a vraiment embêté, ça l'a foutu en l'air. Il était excité quoi enfin pas excité mais ça lui allait pas ! » (M4).
- prise de poids « j'ai un patient il a triplé de volume » (M8).
- surinfections « elle développe des otites assez sévères, elle a plusieurs paracentèses » (M10).

Les effets secondaires des CO n'avaient cependant pas d'influence sur la prescription de CSI : « maintenant sur les CO... ça va pas changer ma prescription de CSI, ça non ! » (M10).

Certains déclaraient accompagner davantage leurs prescriptions d'explications « j'explique du coup plus facilement au patient sur des trucs qui me paraissent évidents parfois, je me rends compte que ça l'est moins pour le patient. Donc j'adapte mon discours, en tout cas je les préviens » (M4). Plusieurs MG limitaient leurs prescriptions : « j'essaye d'espacer au maximum les prises et de donner le minimum » (M8) voire même y renonçaient « j'évite d'en prescrire » (M4), « parce que dans l'asthme on va tomber dans le long terme et donc euh... ça va être difficile d'arrêter quoi » (M15).

D'autres ne modifiaient pas leur pratique « ça ne me limite pas dans mes prescriptions » (M2), « j'en mets toujours de la même façon » (M8), même ceux ayant vécu des effets secondaires avec les CSI « ça a pas changé grand chose, les mycoses par exemple je les prévenais déjà donc bon... mais je donne pas de traitement préventif juste le rinçage de bouche. Non ça a pas changé grand chose » (M12).

2.3. Ne pas identifier les représentations du patient comme un facteur limitant la prescription

Beaucoup ne ressentait pas d'appréhension de la part des patients : « je ne rencontre pas de méfiance ou d'hostilité importante vis à vis des CSI » (M2), et n'identifiaient pas les représentations du patient comme un frein à la prescription : « généralement non, en ex-

pliant j'ai pas de difficulté à prescrire » (M10). Pour beaucoup de MG, peu de patients leur ont fait part de réticences : « pour l'instant personne ne m'a posé d'autre question par rapport à une éventuelle réticence » (M2), « j'ai jamais eu de patient qui m'a dit non je ne veux pas de CSI. Je ne crois pas... » (M3).

Les explications ont été plusieurs fois avancées comme un moyen de lutter contre les représentations préconçues des patients : « une fois qu'on leur explique j'ai pas vraiment l'impression d'avoir d'obstacle sur l'adhésion » (M10). Mais plusieurs MG relevaient leur manque d'expérience comme possible explication à l'absence de confrontation aux craintes de leurs patients : « après encore une fois, le fait que je sois jeune médecin, j'en ai pas eu beaucoup pour être représentatif » (M9), « je crois que j'ai pas vu assez de patients pour dire » (M7).

3. L'influence des représentations des MG

3.1. La corticophobie

Plusieurs MG craignaient la survenue d'effets secondaires aux CSI : « il peut y avoir quand même au long cours tous les effets secondaires des corticoïdes, et s'ils ont d'autres traitements ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, quelquefois c'est parfois un peu plus embêtant » (M1), « après le problème c'est les effets secondaires des corticoïdes au long cours hein, qui voilà peuvent dérégler un peu tout l'organisme » (M11).

Les complications les plus redoutées étaient :

- les surinfections : « mes préoccupations... déjà que le patient soit pas porteur d'une infection sous-jacente car je pense que ça peut sélectionner certains germes » (M14),
- le déséquilibre du diabète « je me dis que ça peut quand même un peu déséquilibrer le diabète » (M9),
- l'apparition de « résistances aux corticoïdes » (M11),
- la prise de poids et les modifications thymiques « en général c'est que ça fait prendre du poids, que ça excite, que ça rend tachycarde, c'est ça... que ça rend bouffi, des trucs comme ça. » (M3)

- l'insuffisance surrénale : « justement les CSI, pour ceux qui les prennent au long cours, s'ils les arrêtent d'un coup, y'a quand même un risque d'insuffisance surrénale aiguë » (M8).

Certains se rassuraient en recherchant des antécédents de prise de CSI « s'il en a déjà pris avant et combien de temps et pourquoi... enfin prévoir un peu comment ça va se passer » (M1). Quelques uns affichaient une opinion clairement négative : « pour moi il n'y a pas vraiment d'avantages » (M13).

Cette crainte entraînait un défaut de prescription car « au long cours pour moi c'est pas le top car c'est des corticoïdes » (M15) donc « j'ai quand même toujours derrière la tête cette pensée qu'un jour il faudra peut-être les arrêter parce que c'est pas hyper bon non plus d'en prendre tout le temps tout le temps quoi » (M8).

Cette peur des CSI était essentiellement véhiculée par la confusion entre CSI et CO. En effet, plusieurs MG assimilaient les CSI aux CO : « mes préoccupations c'est malgré tout toutes les complications des corticoïdes. Donc tout ce qui est diabète, HTA, prise de poids... » (M8) avec des craintes induisant des restrictions de prescription « chez ceux qui sont déjà fragiles, qui ont déjà une pathologie, soit cardiaque, soit pneumo... qui ont une fragilité au niveau de l'organisme ou une maladie auto-immune ou quelque chose comme ça, je vais pas forcément... je les mets le moins possible on va dire. » (M8). M11 expliquait : « on en met de moins en moins maintenant des CSI hein. Ce sont quand même des corticoïdes qui ont les mêmes effets secondaires que les CO ».

3.2. Facteurs limitant la prescription de CSI

Plusieurs facteurs étaient identifiés comme un frein à la prescription de CSI :

- l'inobservance a priori : « les inconvénients... en fait c'est souvent l'observance » (M2). Plusieurs MG avaient soulevé « la difficulté de s'assurer de l'observance » avec un traitement de fond auquel le patient « ne va pas adhérer » (M2), « ceux qui oublient, ceux qui partent en vacances sans leur CSI » (M8). La crainte de cette inobservance entraînait une limitation de prescription pour les patients jugés à risque de mauvaise observance « parfois je me dis que je vais leur mettre et que dans 3 mois ils vont l'arrêter de toutes façons donc ça m'est arrivé de dire « bon écoutez, faudrait revoir votre médecin traitant pour discuter d'un traitement de fond, vous lui dites qu'on en a parlé » » (M10). La prescription semblait ainsi plus facile chez le patient jugé observant « si je le sens

vraiment observant, je vais peut-être... comment dire... plus facilement, c'est peut-être un peu débile mais plus facilement lui proposer des traitements » (M8).

- l'absence de suivi : « c'est plus facile quelqu'un que je connais que quelqu'un que je vois pour la première fois parce qu'après j'aurai peut-être pas de suivi avec cette personne » (M8) avec comme crainte « l'errance et le nomadisme médical » (M9), « la difficulté étant parfois que quelqu'un qui n'est pas suivi au cabinet et pas suivi du tout, on peut pas réévaluer l'efficacité ou le meilleur contrôle de l'asthme » (M10). La plupart des MG admettaient préférer « avoir du recul » et prescrire plus facilement « à un patient que j'ai vu plusieurs fois qu'à un patient vu pour la première fois » (M14).
- la présence de comorbidités : il fallait « connaître le profil du patient, ses autres traitements, son poids, sa tension, les autres facteurs de risque cardiovasculaires » (M1) pour anticiper, « prévoir un peu comment ça va se passer » (M1). Bien qu'ils reconnaissent un faible passage sanguin, les effets secondaires systémiques étaient redoutés : « après c'est des CSI donc voilà c'est pas non plus per os mais des choses auxquelles je vais faire attention, de type fièvre, infection sous-jacente, diabète, obésité, voilà... même si c'est inhalé y'a quand même une petite partie pour moi qui passe un peu dans le sang » (M14).
- les représentations des patients : « qui confondent CSI et CO ou IV avec les effets indésirables dont ils ont entendu parler » (M2) ou ceux « qui ne veulent pas de traitement de fond » (M8).
- le défaut de compréhension des patients: « c'est plus le problème après de compréhension » (M12) et les erreurs d'utilisation du dispositif d'inhalation : « c'est surtout savoir s'il va le faire correctement » (M5).

3.3. Facteurs favorisant la prescription de CSI

Les MG admettaient proposer davantage de traitements aux patients potentiellement observants : « si je le sens vraiment observant, je vais peut-être (...) plus facilement lui proposer des traitements » (M8). Par ailleurs, les MG qui différenciaient les CSI des CO étaient plus enclins à initier une prescription : « c'est moins nocif en inhalé » (M8), « donc même si le patient est diabétique je sais que je le prescrirai » (M6), « en fait sincèrement pour moi, les CSI c'est beaucoup moins fort que les CO donc je suis beaucoup moins réticente pour les prescrire que les CO par exemple. Beaucoup, beaucoup moins » (M14),

avec le souci de convaincre le patient « je leur explique bien qu'il n'y a pas du tout les effets secondaires systémiques qu'il peut y avoir dans les CO » (M9).

Plusieurs MG insistaient sur la nécessité d'une réassurance continue « je leur serinais bien qu'un flacon total de Bécotide® ou de Flixotide® c'est pas grand chose par rapport à un comprimé de Cortisone » (M15) et de prévenir le patient du risque de mycose buccale « après les inconvénients, faut bien dire au patient de se rincer la bouche pour éviter qu'il ait une candidose buccale, bien se rincer la bouche après chaque prise quoi » (M6).

4. Un manque de connaissances générateur d'appréhension

Plusieurs MG admettaient avoir un manque de connaissances : « parce que oui j'ai un manque de connaissances par rapport à la pratique et les indications réelles de mettre des CSI, de redescendre les doses par exemple » (M5), « oui y'a un défaut de connaissances, je déteste l'asthme! (*rires*) » (M3), « c'est pas forcément un sujet que je maîtrise super bien l'asthme » (M10).

Le traitement revenait souvent comme la principale lacune : « j'ai un doute d'ailleurs... je suis pas très calée sur les traitements CSI » (M10). Plusieurs identifiaient les modalités de prescriptions comme difficiles: « quelle dose initier, à quel moment, ça il faudrait préciser » (M7), « sur l'introduction, souvent je me pose la question de quelle molécule et même sur les modalités de la prise » (M10), notamment à cause de la multiplicité de l'offre « tous les traitements qui existent, tous les dispositifs qui existent... tu t'y perds un peu parce qu'il y'en a quand même pas mal » (M9).

4.1. Causes

Le défaut de connaissances s'expliquait par plusieurs phénomènes :

- manque de support pour guider la prescription: « c'est-à-dire qu'on nous dit de mettre des CSI c'est bien mais à ma connaissance en tout cas y'a pas de support, on nous dit pas par quelle molécule commencer » (M10). Beaucoup avouaient ne pas savoir où trouver l'information : « mes connaissances et puis la recherche de l'information, c'est-à-dire que je sais pas trop où aller chercher l'information non plus », « je sais pas sur quel support me baser » (M10) ou ne pas prendre le temps de la chercher : « c'est des réponses que je suis pas allée chercher » (M10). Certains admettaient être au courant des

aides mais ne pas savoir comment y accéder « je connais pas leur nom en fait à ses grilles là donc pour aller les chercher du coup... » (M10).

- manque de formation : « je trouve qu'on manque de formation nous » (M10). Quelques MG mettaient aussi en cause « le manque d'accès » aux formations (M10).
- manque de temps : « je me souviens de l'avoir appris mais j'avoue que ça fait longtemps que je l'ai pas relu » (M14), « les grilles sur le contrôle de l'asthme... non je les ai partiellement en tête mais j'avoue je m'en sers pas. Mais faute de connaissances et faute de temps » (M10).
- manque d'expérience : « si j'en voyais plus, je pense que je serais un peu plus formée et donc plus à l'aise » (M1), « j'ai pas une grande habitude des CSI » (M8), « appliquer la théorie à la pratique, je trouve que c'est pas évident » (M14).

4.2. Conséquences

La plupart des MG ne connaissaient pas GINA: « non ça devient trop théorique là » (M15), « G-I-N-A? Je connaissais pas... c'est la grille dont tu me parlais? » (M10).

Ces lacunes engendraient :

- de l'appréhension : « non c'est un truc que je ne sais pas bien prescrire, non mais parce que je ne suis pas assez à l'aise, tout ce qui est asthme, BPCO franchement » (M3). Plusieurs MG avaient ainsi exprimé des doutes sur leur pratique : « je sais pas si c'est une bonne chose hein! » (M10), « c'est peut-être pas le meilleur... c'est pas une référence... tu vas me dire si je fais mal hein ?! (rires) » (M12) et sur leur connaissances : « je me souviens plus exactement, faudrait que je relise » (M14), « j'ai un doute d'ailleurs, je suis pas très calée sur les traitements, [...] a priori pour moi l'action est locale, peut-être à tort hein... » (M10), « je sais pas si ça déséquilibre le diabète, point d'interrogation » (M3).
- une pratique non adaptée aux recommandations : « c'est pas une prescription qui est simple. Je fais un peu à ma sauce, c'est un peu... pas très officiel je pense » (M3) avec parfois une utilisation non consensuelle des CSI : « je sais pas si dans mon utilisation chez des gens qui ne sont pas asthmatiques, je sais pas si ça a un intérêt reconnu » (M3), « je fais un peu ma sauce, j'ai l'impression que tout le monde fait un peu sa sauce, une espèce de potion magique » (M3).

- une confusion entre CSI seuls et les associations CSI-BAAP : « le Symbicort® c'est que des CSI » (M10), « les CSI style Symbicort® » (M7)
- une difficulté dans la prescription d'associations : « quand ça commence à être des traitements associés, je suis un peu plus perdue » (M12).

La plupart des MG se basaient sur le contrôle de l'asthme pour introduire un traitement de fond par CSI : « si tu as un asthme persistant et qu'on voit que la personne est gênée, on peut commencer à en prescrire » (M11). Peu de MG évaluaient la sévérité de l'asthme : « la sévérité je peux pas la mesurer » (M4), ainsi les EFR n'étaient pas systématiquement réalisées : « les EFR, j'ai jamais eu l'occasion non » (M7).

Plusieurs MG réservaient leur prescription de CSI aux asthmes graves : « je pense que c'est vraiment important pour le contrôle des asthmes sévères » (M8), « le traitement de fond, c'est plutôt pour les asthmes difficiles à contrôler quoi, persistants » (M11).

Beaucoup s'inquiétaient de la pertinence du traitement uniquement en cas d'exacerbation: « son traitement de fond n'a pas changé depuis très longtemps... elle a pas fait de crise depuis je pense au moins un an donc moi j'y ai pas touché » (M13), « j'augmente les doses en fonction des crises » (M4). Par ailleurs, l'idée que le traitement de fond pouvait être abandonné dès l'obtention du contrôle a été évoquée par quelques MG : « y'en a quand même pas mal qui sont équilibrés, donc ils prennent plus beaucoup de traitement... ils ont que de la Ventoline® donc ils n'ont plus de traitement de fond » (M12).

Quelques MG étaient cependant conscients de la nécessité de se remettre à jour : « c'est sûr que par rapport aux recommandations et tout ça, faudrait que je me remette à jour parce que y'a des choses je pense qui ont changé » (M14), « il va falloir que je révise exactement l'asthme car j'ai un défaut de connaissances » (M3).

5. Recours au spécialiste

La plupart des MG reconnaissaient avoir souvent recours au pneumologue pour :

- le diagnostic d'asthme : « je les adresse direct au pneumologue pour le diagnostic d'asthme » (M6),
- le suivi : « je leur demande de voir un pneumologue pour relancer les EFR parce que j'aime bien qu'ils aient des EFR annuelles au moins au début » (M9),

- ou encore de façon systématique : « l'introduction ou la gestion des traitements, même si je vois souvent des asthmes, ils sont quand même suivis en parallèle par des pneumologues » (M10).

Beaucoup déléguaient la gestion du traitement de fond au spécialiste : « je les envoyais chez le pneumologue pour réadaptation du traitement » (M9).

- La prescription initiale de CSI était ainsi très souvent faite par le spécialiste : « la plupart du temps, dans la mesure où j'ai accès à des consultations pneumologiques assez rapides, mes patients bénéficient d'une EFR et donc la prescription initiale dans ma clientèle elle est souvent initiée par le spécialiste » (M2).
- Quelques MG basaient leur suivi sur les recommandations du spécialiste : « donc moi ensuite je renouvelle les traitements, je les réévalue cliniquement » (M2), « c'est pas moi qui gère leur traitement, j'adapte éventuellement les posologies » (M10), « c'est plutôt du renouvellement » (M1).

Le besoin de réassurance était souvent évoqué : « je tente et puis après je vois avec le pneumologue hein! (*rires*) » (M11) avec parfois le sentiment pour le MG de ne pas pouvoir mieux faire que le pneumologue : « j'ai l'impression que parfois c'est les bons aérosols de pneumologue qui marchent et nous on peut même pas les prescrire » (M3), « même les pneumologues n'arrivent pas à la contrôler donc je ne peux pas faire grand chose de plus au cabinet » (M14).

Peu de MG expliquaient avoir recours au spécialiste seulement en cas d'échec thérapeutique : « en général moi du coup si j'arrive pas à contenir un asthme avec une association CSI-BAAP, un traitement de fond, j'adresse au pneumologue » (M9).

Ainsi, la plupart des MG admettaient ne pas gérer les situations complexes : « quand c'est mal contrôlé, j'ai rapidement tendance à envoyer au pneumologue » (M3) et insistaient sur l'importance d'un réseau : « et puis qu'il y ait un lien avec le pneumologue, que je me sente un peu moins seule » (M9).

C. LE PATIENT

1. Ses représentations selon le MG

Les représentations des patients étaient hétérogènes selon les MG: « c'est tellement différent d'un patient à l'autre, ça dépend aussi de qui est en face de toi parce que parfois, selon le patient, c'est des représentations hyper variées en fait » (M11).

Certains MG ne savaient pas si leurs patients avaient des représentations : « je sais pas ce qu'ils se représentent à chaque fois mais... c'est difficile de savoir les représentations du patient » (M11).

1.1. Connaissances des patients

Plusieurs MG estimaient que les patients :

- ne connaissaient pas les CSI : « je sais que la plupart des patients ne se rendent pas trop compte de ce que c'est comme médicament » (M14), « y'en a certains ils savent pas ce que c'est ! (*rires*) » (M5).
- confondaient traitement de fond et traitement de la crise : « ils comprennent pas trop la différence entre la Ventoline® et les CSI » (M7) avec souvent une assimilation des CSI aux bronchodilatateurs : « ils ne font pas la différence, ils s'en fichent, pour eux c'est de la Ventoline® ! » (M4), « je suis pas sûre qu'ils fassent une différence entre les CSI et par exemple d'autres bronchodilatateurs, pour lui c'est juste un truc à inhaler » (M8).
- associaient les effets secondaires des CO aux CSI : « certains patients confondent CSI et CO ou par voie injectable avec les effets indésirables dont ils ont entendu parler » (M2)

1.2. Corticophobie

La plupart des MG pensaient que les patients :

- avaient peur des CSI : « ils ont parfois une appréhension quand ils entendent corticoïdes » (M9), « ça m'est arrivé qu'ils soient pas forcément pour, qu'ils aient peur » (M14), « c'est vrai qu'il y a une réticence, souvent c'est un peu diabolisé chez les patients les corticoïdes » (M3).

- Ainsi, l'effet secondaire le plus craint par les patients selon les MG était la prise de poids : « y'en a qui me disent « ah non mais c'est de la cortisone, je vais prendre du poids, je vais gonfler... » » (M10), « la mauvaise image qu'ils pourraient avoir de la cortisone ça serait éventuellement que ça puisse faire prendre du poids » (M13).
- La peur de la dépendance avait également été évoquée : « alors ils ont peur, c'est assez paradoxal mais ils ont peur de devenir dépendants du CSI » (M2).

Peu de MG soulignaient tout de même que les craintes étaient moindres qu'avec les CO : « je ne rencontre pas d'hostilité ou de méfiance importante vis à vis des CSI comme je peux le retrouver vis à vis des CO ou injectables quoi, systémiques » (M2), « quand tu leur dis que tu mets du Solupred® là ils te disent « ah c'est de la Cortisone® » mais après quand tu leur dis que c'est inhalé, y'a une réticence qui est... enfin, autre » (M3).

Certains MG sous-estimaient les craintes des patients : « ils ont en tête quelques effets indésirables mais pas tant que ça je trouve » (M2), « j'ai jamais eu de crainte, en tout cas on en a jamais exprimé » (M5). D'autres estimaient que les patients exagéraient quant aux effets secondaires vécus : « entre les légendes de madame Michou m'a raconté ça et la réalité... » (M3).

1.3. Facteurs influençant les représentations

Les représentations du patient étaient donc influencées selon les MG par :

- la confusion avec les CO : « ils pensent quand ils entendent le mot corticoïdes que c'est la même chose que la voie orale » (M7) avec « les représentations des CO et toutes les complications qui vont avec » (M8).
- le vécu du patient : « une petite appréhension en disant corticoïdes-effets secondaires car ils ont entendu la cousine ou je ne sais pas quoi qui gonflait, qui devait plus manger de sucre, de sel, des trucs comme ça » (M9), « ils me disent « ah non, y'a ma soeur qui est devenue diabétique » » (M8).
- le niveau socio-culturel : « je dis pas que les gens défavorisés s'intéressent moins aux médicaments et tout ça mais ils sont plutôt dans la confiance avec le médecin et sont pas trop dans la crainte, ils ont pas trop de questions, ils disent « ah je vous fais confiance Docteur » et voilà. » (M14)

- la connaissance des CSI : « ceux qui ne connaissent pas du tout ils en voient pas, enfin, ils ne se posent pas de question » (M8).
- Internet, identifié comme un canal de désinformation : « je suis à la campagne et les patients ils vont pas sur Doctissimo m'emmerder hein! Quand je leur dis de prendre ça ils le prennent » (M4).

Quelques MG identifiaient pouvoir facilement rassurer leurs patients : « en général en expliquant, j'ai pas de difficultés à prescrire. Une fois qu'on leur explique, j'ai pas vraiment l'impression d'avoir d'obstacle sur l'adhésion » (M10). Au contraire, d'autres soulignaient que, sans explications, le patient se questionnait moins : « je pense que si tu leur expliques pas, ils ne se rendent pas forcément compte de ce que c'est » (M14) et admettaient ainsi parfois être avares de commentaires sur les traitements prescrits : « parfois j'ai tendance à pas trop expliquer pour pas être embêtée, ça peut arriver... C'est pas bien hein... » (M14).

2. L'inobservance, un frein au contrôle de l'asthme

2.1. Un problème majeur

La plupart des MG identifiaient l'observance comme un problème récurrent : « on revient évidemment à la notion d'observance » (M2), « le problème c'est l'observance, toujours pareil » (M5), « ils oublient tout le temps » (M8). Cette inobservance générait des difficultés pour les MG : « la difficulté c'est de s'assurer de l'observance » (M2) avec une incertitude permanente sur l'adhésion du patient : « généralement ils adhèrent, mais on ne sait pas pour combien de temps » (M2).

Plusieurs MG soulignaient ainsi le caractère temporaire de l'adhésion : « je pense que du coup ils peuvent diminuer eux-mêmes leurs CSI parce que bien qu'ils me disent « oui » quand je leur explique, ils me font « oui ok » mais je pense qu'au fond d'eux, au bout de deux semaines ils arrêtent quoi. Même après ils reviennent en me disant « j'ai arrêté », « ça allait mieux, j'ai arrêté » (*rires*) » (M8). Ainsi beaucoup de MG soulignaient la difficulté pour eux d'évaluer l'observance : « après je sais pas s'ils le prennent bien » (M10), « je suis pas avec eux, chez eux pour voir s'ils le font bien et s'ils sont observants » (M14).

2.2. Facteurs influençant l'observance

• Limitants :

Plusieurs facteurs étaient avancés pour expliquer cette inobservance :

- Impact négatif des représentations du patient : « s'ils ont peur, s'ils ont mal compris, s'ils ont peur des effets secondaires, ils vont pas le prendre » (M11), avec la nécessité d'acquérir la confiance du patient : « parce que du coup s'ils ont des réticences et que tu réponds pas à leurs questions, c'est difficile pour eux d'être observants à un traitement auquel il ne font pas confiance » (M14). D'autant plus que souvent le patient ne mesure pas l'efficacité du CSI : « parce qu'ils ne voient pas forcément le bénéfice en fait eux qu'ils retirent du CSI » (M2).
- Le dispositif d'inhalation : « ceux qui ont des problèmes d'observance, qui ne comprennent pas bien et qui font n'importe quoi avec le dispositif donc ça ne marche pas » (M3) avec de grandes disparités dans la facilité d'utilisation : « on peut-être amené à prescrire tels dispositifs plutôt que d'autres parce que certains sont quand même plus faciles à utiliser » (M2) et des patients en difficulté : « c'est fondamental d'ailleurs car ils savent généralement pas s'en servir! » (M15). Les capacités du patient étaient évoquées avec la nécessité d'avoir une bonne coordination « tu dois avoir la synergie main-bouche qu'ils sont pas capables d'avoir » (M9) et compréhension « je vais mettre des trucs en spray plutôt que le Sérétide® qu'il faut armer parce que y'en a ils comprennent pas » (M4). Les erreurs d'utilisation du dispositif engendraient donc une inobservance inconsciente : « soit ils le font pas bien, soit ils n'y arrivent pas donc ils ne le prennent pas » (M4).
- Propension des patients à privilégier le traitement de crise : « parfois il est plus facile pour eux de laisser tomber leur traitement de fond et de prendre des BAAC quand ils vont pas très bien » (M2). Ils soulignaient des réticences liées à la prise quotidienne du traitement : « c'est difficile d'accepter que c'est tous les jours, tous les jours, tous les jours. Donc ouais y'en a certains qui sont récalcitrants » (M8), « l'inconvénient, c'est surtout l'observance parce que c'est des prises quotidiennes » (M10). Au delà de la prise quotidienne: « les inconvénients... c'est un traitement qui est quotidien » (M12), les MG évoquaient la difficulté pour le patient d'accepter l'idée de prendre un traitement au long cours: « après c'est toujours pareil, c'est toujours la crainte d'avoir un traitement de fond,

un traitement qu'ils devront prendre tous les jours » (M5), d'autant plus qu'il s'agit de corticoïdes : « y'en a ils veulent pas prendre des corticoïdes au long cours » (M8).

- Dénis de la maladie : difficulté pour le patient d'admettre la nécessité de prendre un traitement en l'absence de symptômes : « parce qu'en général, le faire tous les jours quand ils sont stabilisés, y'en a beaucoup qui le font pas » (M5).
- Absence d'efficacité visible du CSI: « je leur explique quand même qu'ils risquent d'avoir l'impression que ça fait rien et qu'ils inhalent de l'air mais c'est quand même un traitement qui va être bien efficace et ça je pense qu'il faut leur expliquer » (M12), notamment par rapport aux BAAC : « les BAAC ils en voient beaucoup plus facilement le bénéfice alors que le CSI ils ne voient pas le bénéfice » (M2).
- Difficulté pour le patient d'évaluer l'efficacité de la prise avec les traitements inhalés: « ils me rapportent parfois pas que sur les CSI mais sur tous les traitements inhalés qui soient, « comment je sais si j'ai bien pris le produit? » parce que parfois ça n'a pas forcément de goût, ils sont pas sûrs si l'appareil s'est bien déclenché » (M10).

• Favorisants :

La plupart des MG s'accordaient sur le fait que l'observance était favorisée par:

- les explications données au patient: « je pense que tout est question d'explications, à partir du moment où on prend le temps d'expliquer, ils adhèrent quand même relativement bien au projet thérapeutique » (M2). Les MG rapportaient la nécessité de s'assurer de la compréhension du patient : « être sûr d'avoir bien passé l'information au patient » (M2) et d'être persuasif: « de l'avoir convaincu en fait de la nécessité de ce traitement de fond pour qu'il y adhère » (M2). Avec un patient sensible à l'argumentaire de son MG : « ils expriment des craintes par rapport aux corticoïdes mais ils écoutent ce qu'on dit » (M4), « on a vite fait de les rassurer sur le sujet » (M2).
- l'isolement géographique : « y'a pas 36 médecins chez nous donc si vous voulez ils sont pas emmerdants hein ! » (M4).
- un milieu socio-culturel défavorisé : « je dis pas que les gens défavorisés s'intéressent moins aux médicaments et tout ça mais ils sont plutôt dans la confiance avec le médecin et sont pas trop dans la crainte, ils ont pas trop de questions, ils disent « ah je vous fais confiance docteur » et voilà » (M14).

2.3. Conséquences

Le MG devait donc :

- Convaincre son patient de l'intérêt du CSI : « je pense qu'il faut quand même bien le vendre » (M12) avec la nécessité :
 - de passer du temps à lui expliquer : « c'est donc sans cesse de leur réexpliquer le mécanisme d'action et l'intérêt qu'il y a à prendre ce traitement » (M2)
 - d'être persuasif : « il faut faire preuve de persuasion, de pédagogie et là c'est vraiment notre rôle de les persuader qu'ils en tireront un bénéfice et exclusivement un bénéfice » (M2).
 - d'argumenter son discours : « je pense que je devais trouver des arguments pour montrer que la personne n'était pas équilibrée et qu'il fallait faire autre chose » (M15) parfois même de références scientifiques : « effectivement si y'a des patients qui ont des profils un peu difficiles et ben à ce moment là il faut peut-être, il faut souvent plus expliquer, plus être dans la démonstration scientifique, éventuellement leur montrer quelles sont les références » (M13).
- Veiller à adapter les dispositifs au patient : « parce que ça va avec l'observance en fait, la difficulté de trouver, pour chaque patient, le système en fait d'administration qui correspond à ses possibilités » (M2).

D. IMPACT DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

1. Influence de la relation médecin-patient

- Plusieurs MG disaient ne pas être influencés par leur relation avec le patient pour prescrire des CSI : « je les connaissais pas avant tu vois et j'ai lancé les traitements donc je dirais plutôt que non... » (M9), « j'essaye de me fier quand même au maximum à la pathologie, au cas par cas, s'il a besoin ou pas quoi. Y'a pas d'influence vraiment » (M11). Quelques-uns en effet n'avaient pas de difficultés à prescrire un CSI à un nouveau patient : « non c'est pas un frein si c'est une personne que je vois pour la première fois » (M12).

- Mais beaucoup de MG identifiaient au contraire une influence de leur relation avec le patient sur leur prescription : « c'est un peu difficile d'instaurer un traitement de fond quand tu vois le patient juste une fois » (M9), plus facile chez le patient connu : « je les mettrais plus facilement à un patient que j'ai vu plusieurs fois » (M14), grâce à l'établissement d'une relation de confiance : « évidemment ! bien sûr, bien sûr, je crois qu'il est plus facile de mettre en place un traitement de fond CSI, mais c'est valable dans tous les traitements de fond, chez des patients qu'on suit déjà depuis quelque temps et avec qui on a instauré une relation de confiance, que chez un patient qu'on voit pour la première fois, et d'ailleurs on ne le fait pas en général, à qui on va proposer un traitement de fond auquel il ne va probablement pas adhérer car on aura pas instauré cette relation de confiance » (M2).

La relation médecin-patient influençait donc :

- le MG dans ses prescriptions mais également le patient dans son adhésion : « sauf situation d'urgence et d'asthme très très déstabilisé (...) on peut revoir les gens pour vraiment s'assurer qu'ils ont bien compris et mettre en place le traitement » (M2).
- Les MG étaient donc plus enclins à prescrire chez les patients connus : « quand tu connais ton patient, tu sais que si lui il fait tel épisode ça va décompenser comme ça et tu peux avoir facilement la main légère pour lui en prescrire » (M3), en partie car ils étaient attachés au suivi après l'introduction : « effectivement je vais peut-être en mettre plus facilement chez un patient que je suis ou que je connais ou que je sais que je vais revoir » (M10), « je préfère avoir un recul » (M14).

L'entretien de la relation médecin-patient avait pour but de tisser une relation de confiance permettant de favoriser l'adhésion du patient : « c'est la relation médecin-malade une fois qu'on leur explique bien et qu'on les rassure, ils disent ok » (M10).

2. Facteurs limitant l'investissement du MG

Les MG remplaçants :

- s'investissaient moins dans leur relation avec le patient: « moi je suis remplaçante, je les vois qu'une fois donc je n'ai pas le temps de nouer des liens, je n'ai pas le temps de les connaître » (M3).

- limitaient volontairement les prescriptions sous prétexte d'un manque de pratique : « du coup moi je suis aussi remplaçante donc je suis pas encore installée à avoir mes propres patients donc c'est pas moi qui gère leur traitement » (M10).
- pensaient qu'être remplaçants ne leur permettait pas d'évaluer correctement les patients : « je la connais pas depuis très longtemps donc je connais pas bien le contrôle de l'asthme précisément » (M1) ni de les suivre : « c'est difficile de suivre des patients sachant que je suis remplaçant » (M5).

3. Les projections

Il apparaissait que certains médecins projetaient leurs propres craintes sur le patient. Le transfert en psychanalyse définit le processus de report de désirs inconscients sur certains objets dans le cadre d'une relation analytique [88].

- plusieurs médecins présupposaient que le patient allait être inobservant : « à qui on va proposer un traitement de fond auquel il ne va probablement pas adhérer » (M2), générant ainsi une opinion négative et une limitation des prescriptions : « si je le sens vraiment observant, je vais peut-être... comment dire...plus facilement, c'est peut-être un peu débile mais plus facilement lui proposer des traitements » (M8).
- d'autres craignant les effets secondaires des CSI : « mes préoccupations, bien connaître le profil du patient, son poids, sa tension, les autres facteurs de risque cardiovasculaires » (M1), identifiaient les mêmes craintes chez les patients : « les représentations du patient, c'est plus par rapport aux effets secondaires des corticoïdes en général, savoir s'il va y avoir des effets secondaires, prise de poids, modification de la tension... poids et tension je pense » (M1).

Finalement le MG transférait également au patient son opinion : « parce que si on est persuadé du bien fondé d'une prescription, on utilise tous les leviers dont on dispose pour arriver à nos fins... (rires) » (M15).

E. PLACE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

1. Importance de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP apparaissait comme essentielle pour la plupart des MG : « une éducation thérapeutique importante », « et donc beaucoup oui beaucoup d'éducation » pour favoriser l'observance : « les miens ils finissaient par être observants » (M15), « c'est là qu'il faut faire preuve de persuasion, de pédagogie » (M2). Elle était en effet souvent citée en premier à la question « en quoi consiste la prise en charge d'un patient asthmatique? ».

Le but premier était la déconstruction des a priori du patient pour favoriser l'observance : « pas du tout, je n'ai pas de difficultés pour prescrire car justement comme j'accorde pas mal d'importance à l'éducation thérapeutique, en fait je reforme toutes ses imaginations par rapport au médicament » (M7).

Beaucoup de MG s'attachaient à :

- expliquer : « les patients qui pouvaient m'émettre une crainte, je leur expliquais que non et ils avaient confiance. Donc ils ressortaient en se disant « ok si y'a pas de problème, y'a pas de problème » donc j'ai pas eu l'impression qu'ils repartaient en se disant « j'ai une crainte vis à vis de ce traitement ». » (M9).
- prévenir des éventuels effets secondaires : « tu fais toujours une explication au patient des risques qu'il encourt » (M5). La plupart des MG prévenaient le patient « de bien se rincer la bouche après chaque prise » (M6).

Afin de permettre une réassurance : « on a vite fait de les rassurer sur le sujet » (M2) et ainsi une meilleure observance : « si ils ont des réticences et que tu réponds pas à leurs questions, c'est difficile pour eux d'être observants à un traitement auquel ils font pas forcément confiance » (M14).

Beaucoup de MG insistaient sur la nécessité d'éduquer le patient à la prise du traitement : « c'est fondamental d'ailleurs car ils savent généralement pas s'en servir » (M15), en :

- détaillant les modalités de prise : « j'explique au patient comment prendre le traitement, donc en fonction du médicament et du dispositif que j'utilise, je lui explique comment prendre sa bouffée, bien lui expliquer le mouvement respiratoire qu'il y a à faire » (M9).

- s'aidant de démonstrateurs : « j'ai tous les produits, j'ai toutes les machines possibles et imaginables » (M15). En l'absence de démonstrateur, internet était utilisé : « si j'en trouve un qui ressemble à peu près je lui montre sinon je lui demande d'aller sur internet, enfin sur Youtube et de regarder les vidéos » (M8) ou le jeu d'acteur du MG : « je montre avec mes mains » (M7), « si j'ai pas de dispositif, je mime » (M9). Ils vérifiaient également le geste du patient : « je leur demande de me montrer comment ils prennent et je refais avec eux » (M10).

2. Adaptation du dispositif d'inhalation

L'adaptation du dispositif était primordiale car elle était en grande partie responsable de l'inobservance.

Ainsi, les caractéristiques des patients influençant le choix du dispositif étaient :

- son âge : « si c'est un vieux j'essaye de trouver un truc plus simple adapté aux vieux parce que je sais qu'ils ont des problèmes de synchronisation » (M3),
- ses capacités : « si je vois que c'est compliqué, je me dis que ça va être compliqué avec des dispositifs tels que le Flixotide®, Bécotide®, où tu dois avoir la synergie main-bouche qu'ils sont pas capables d'avoir, dans ce cas là, je vais aller vers le Symbicort® pour que ça soit plus simple » (M9),
- son niveau de compréhension : « j'adapte le dispositif au niveau de compréhension du patient parce que y'en a c'est pas facile hein! En fonction du patient, parfois je vais mettre des trucs en spray plutôt que le Sérétide® qu'il faut armer parce que y'en a ils comprennent pas » (M4).

La sélection du dispositif était jugée comme difficile par quelques MG : « la difficulté c'est de trouver pour chaque patient le système en fait qui correspond à ses possibilités » (M2).

3. Manque de temps

L'éducation thérapeutique apparaissait chronophage : « l'inconvénient mais c'est aussi notre travail, c'est qu'il faut sans cesse revenir sur l'éducation thérapeutique et leur expliquer », « et c'est donc sans cesse de leur réexpliquer » (M2).

Or plusieurs MG se plaignaient de :

- manquer de temps : « faute de temps, c'est des réponses que je suis pas allée chercher » (M10) et devoir se rendre disponibles pour leurs patients : « expliquer comme quoi on est toujours disponible. Disponible pour les revoir » (M5). Ainsi beaucoup de MG ne pouvaient pas prendre le temps d'enseigner au patient la technique d'inhalation : « non, non j'ai pas le temps, je lui demande lui de regarder tout seul » (M8).
- manquer de moyens pour une prise en charge optimale : « c'est vrai que j'ai pas de moyen de vérifier s'ils prennent bien leur traitement » (M6) avec plusieurs MG sans démonstrateurs par exemple : « j'ai dû leur montrer en tapant sur l'ordinateur sinon après non, ça s'arrête là malheureusement » (M6).

Ce manque de temps avait un impact sur l'éducation thérapeutique : « c'est un traitement qui est souvent mal expliqué » (M7).

4. Mauvaise connaissance des outils

Plusieurs MG trouvaient qu'il n'y avait pas assez d'outils d'aide à la prescription : « je trouve qu'il n'y a pas vraiment d'outils, enfin en tout cas pas à ma connaissance, qui permettent d'appliquer la théorie à la pratique, je trouve que c'est pas évident » (M14).

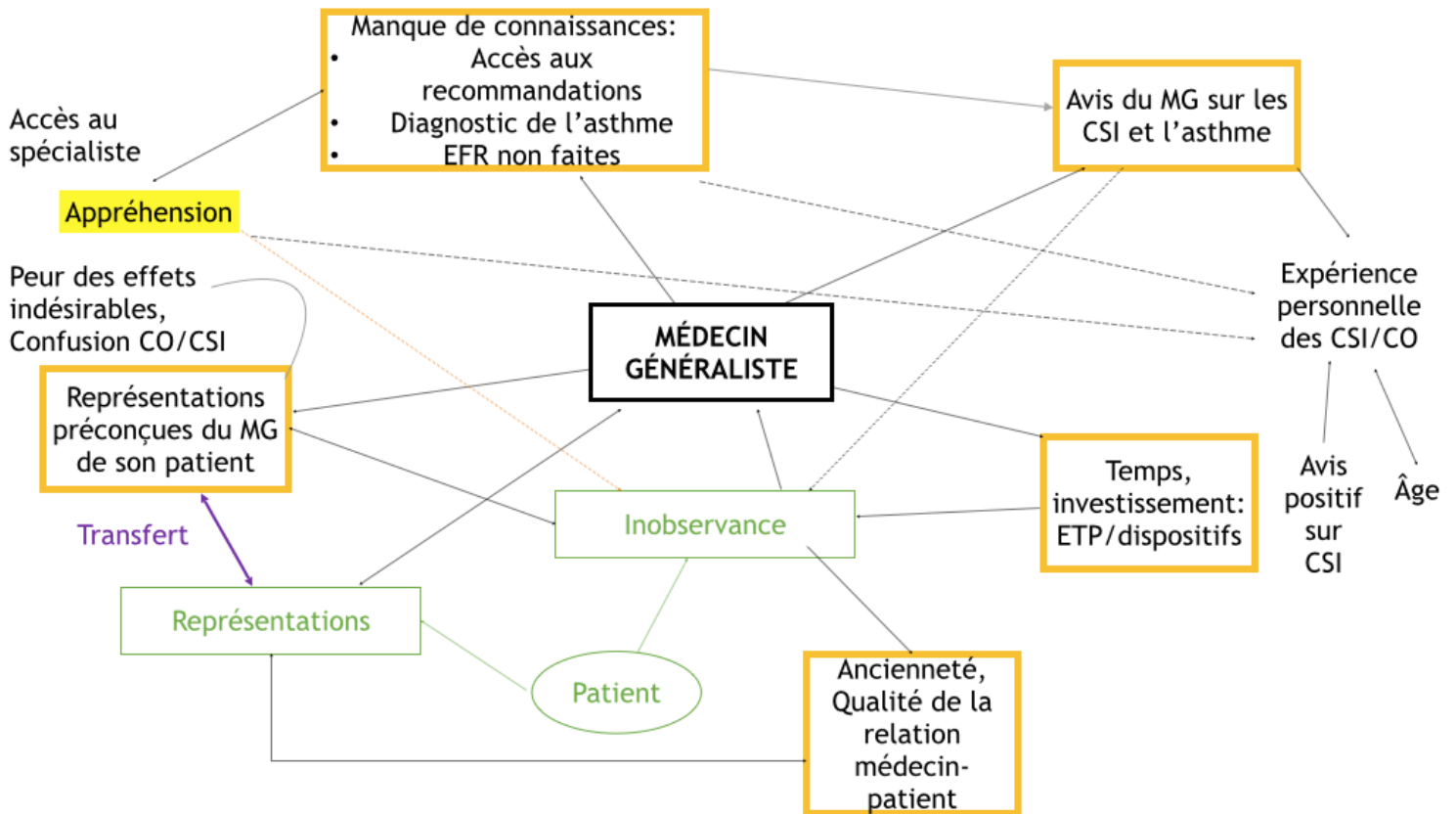
Les divers outils d'aide demeuraient mal voire non connus :

- les recommandations GINA : « GINA... je connais pas! (*rires*) » (M15).
- les écoles de l'asthme n'ont été mentionnées par aucun MG.
- les applications pour l'aide à la prescription, de l'Assurance maladie par exemple.

IV. DISCUSSION

A. REPRISE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET MODÉLISATION

Les résultats thématiques émergeant de l'analyse des verbatim nous ont permis d'aboutir à l'élaboration du modèle ci-dessous :



Le MG est le maillon central de la prise en charge du patient asthmatique. La prescription était influencée par : les connaissances du MG, ses représentations sur les CSI et sur ses patients, la qualité de la relation médecin-patient et le temps dont il dispose pour l'ETP. Le patient intervenait dans cette prescription principalement par le biais de représentations, génératrices d'inobservance. L'inobservance semble guidée entre autres par la cortico-phobie secondaire à la confusion CO /CSI et la méconnaissance de sa maladie.

Nous avons également noté que l'expérience personnelle du médecin, le niveau de connaissances et l'inobservance du patient étaient génératrices d'appréhension. Ainsi, on

a observé un transfert des craintes du MG envers son patient. Le MG avait besoin de réassurance, garantie par une prise en charge conjointe avec le pneumologue.

Notre étude identifiait également une mauvaise connaissance des recommandations avec un recours peu fréquent aux EFR, une adaptation non systématique du traitement et une corticophobie pour certains. De plus les sources d'information et d'éducation étaient méconnues des MG.

On identifie donc l'importance de la relation médecin-patient, axée sur la communication, la confiance, ce qui favorise l'observance. L'ETP est primordiale pour garantir un meilleur contrôle de l'asthme. Cependant cette activité reste peu valorisée et chronophage, de nouveaux acteurs articulés autour du MG apparaissent donc essentiels.

B. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

1. Les forces

Notre travail répondait aux critères en recherche qualitative. Ainsi la réflexivité du chercheur était appliquée [89] : il avait veillé à ne pas influencer les sujets interrogés pendant les entretiens semi-dirigés, en gardant une attitude neutre et en adaptant ses relances. Notre étude remplissait les critères d'acceptation interne [89]. Les MG interviewés ont tous donné leur accord après une présentation orale. Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné à variation maximale afin de garantir une hétérogénéité des profils. Ainsi, les MG recrutés étaient âgés de 28 à 65 ans et avaient le statut de remplaçant ou titulaire, permettant donc l'analyse d'une expérience professionnelle variée. De même nous avons veillé à recruter dans des zones d'urbanisation différentes allant de la ruralité en Seine et Marne à des zones urbaines très favorisées dans Paris. Nous avons également cherché à recruter des profils différents en s'intéressant aux formations complémentaires des médecins, notamment la pratique de médecines alternatives. En outre, l'accès aux spécialistes était varié, avec des pratiques en cabinet ou en maison médicale.

Le chercheur est resté neutre tout le long de l'étude et a déconstruit les a priori à l'aide d'un journal de bord tenu régulièrement (cf. Annexe). La saturation des données a été obtenue avec quinze entretiens semi-dirigés. Le codage ouvert a été réalisé en double aveugle par le chercheur et une de ses directrices de thèse. Nos résultats ont ensuite été

confrontés aux données de la littérature afin d'élaborer nos hypothèses [86]. Le critère de significativité et cohérence a donc été respecté [89].

La validité externe de notre étude était assurée par la constitution d'un échantillon varié représentatif de la problématique. Enfin, le critère de fidélité a été pris en compte, les outils de mesures étant restés constants, nos conclusions restaient indépendantes des éventuels accidents des observateurs [86]. Ainsi notre travail répondait au critère de transférabilité [86] permettant à un autre chercheur de le reprendre. Au final, notre analyse menait à un ensemble cohérent.

2. Les limites

Un biais d'investigation est possible, en lien avec le manque d'expérience du chercheur qui réalisait cet exercice pour la première fois. Le guide d'entretien a été modifié en cours d'analyse par l'ajout d'une question sur les supports de prescription, bien qu'il ait été testé au préalable sur un sujet extérieur à l'étude. Nous n'avons pas fait signer de consentement éclairé aux MG. Un biais de recrutement est également possible puisque les MG exerçaient exclusivement en Île-de-France. De plus, le recrutement s'étant effectué par effet « boule de neige », l'échantillon était composé d'interconnaissances du chercheur. Le taux de réponse ayant été bien plus important chez les jeunes médecins, notre échantillon était majoritairement composé de « nouveaux » MG. Nous n'avons pas effectué de triangulation des techniques de recueil de données, les entretiens étant individuels. En effet, les « focus groupe » auraient pu limiter la parole des interviewés et les MG manquaient de temps pour se déplacer. De même les entretiens de terrain ont été écartés devant la faible disponibilité des MG. Ce manque de temps ne nous a pas non plus permis de leur soumettre les retranscriptions des entretiens. Le biais d'interprétation a été limité par l'analyse d'un deuxième chercheur expérimenté. Le fait que nous n'ayons interrogé que des MG d'Île-de-France pourrait impacter la représentativité des résultats à l'échelle nationale et en empêcher la généralisation.

C. COMPARAISON AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Le contrôle de l'asthme est encore imparfait [73-74] malgré l'existence de recommandations internationales de bonne pratique remises à jour régulièrement (GINA) [11] et d'un traitement efficace : les CSI [13]. Ceci serait dû à plusieurs facteurs comprenant la complexité

des recommandations, l'inobservance, le défaut de communication médecin-patient et la mauvaise appréciation du contrôle de l'asthme [8].

1. Les représentations : un frein à la prescription

L'asthme est sous-diagnostiqué par les MG [76]. Nous avons constaté dans notre étude que peu de MG incluait des EFR au suivi de leur patient contrairement aux recommandations de l'ANAES qui préconisent des EFR annuelles [14]. De plus, la sévérité de l'asthme n'était quasiment pas évaluée avec une prescription initiale de CSI reposant sur le contrôle de la maladie, plus proche de la pratique courante. Plusieurs auteurs ont montré une grande variabilité inter-individuelle à la perception de la dyspnée [62], Bates puis McNichols montrent qu'une obstruction objective des bronches mesurée par EFR ne s'accompagne pas forcément d'une dyspnée. Les EFR restent donc essentielles [11-13-33] dans l'évaluation du contrôle de l'asthme et dans l'adaptation thérapeutique [91].

Le sous-diagnostic entraîne un sous-traitement [76]. Ainsi, bien que l'efficacité des CSI ait été reconnue par la majorité de notre échantillon, en pratique ils n'étaient pas toujours utilisés en première ligne [23-8]. Plusieurs études illustrent une inadaptation du traitement à la sévérité [52-77]. L'étude internationale INSPIRE [48] identifie que seulement 28% des patients étaient bien contrôlés avec 78% des patients ayant recours quotidiennement à des BAAC. Dans l'étude de Broder [92], seulement 14% des patients avaient une adaptation correcte de leur traitement de fond (majoration des doses de CSI ou adjonction d'une thérapeutique). Or, selon Goal, les objectifs de contrôle peuvent être atteints avec un traitement de fond adapté, 2/3 des patients avec un traitement adéquat avaient des symptômes contrôlés [51]. De plus la gestion du traitement de fond était souvent déléguée au spécialiste laissant peu de place au MG pour modifier les thérapeutiques. L'étude de Roche [50] montrait un mauvais contrôle en lien avec une adaptation du traitement réalisée dans seulement 13% des cas. L'étude de Tada [51] confirme le constat de sous-prescription de CSI par les généralistes en comparaison aux pneumologues. Les patients suivis par un généraliste étaient sous-traités et sous-estimaient la sévérité de leur asthme. Aux USA, seuls 40% des asthmatiques ont une prescription adaptée qui est le plus souvent l'oeuvre d'un spécialiste [56]. Une mauvaise évaluation du contrôle de l'asthme est en cause puisque dans notre étude les MG soulignaient des difficultés à évaluer le moment opportun à l'introduction des CSI. D'autant plus que les patients surestiment le contrôle de leur asthme puisque 80% considèrent leur maladie comme contrôlée alors que 55% rapportent une restriction dans les activités de la vie quotidienne [52-91]. La méta-analyse de Louis [91]

rapporte un défaut de connaissances avec seulement 30% des MG qui étaient convaincus de l'action anti-inflammatoire des CSI. Dans notre étude, plusieurs MG ne connaissaient pas GINA, tout comme dans une récente étude italienne qui soulignait le faible taux d'application en pratique des recommandations en partie à cause de leur complexité [8]. Cette étude montrait que seuls 28% des généralistes suivaient les recommandations avec une association significative à un bon contrôle de l'asthme. Ce défaut de connaissances était générateur d'appréhension avec beaucoup de MG se déclarant peu à l'aise avec la prescription.

Le défaut de prescription s'expliquait aussi par la corticophobie puisque plusieurs MG inclus dans notre travail assimilaient les CSI aux CO et craignaient les effets secondaires systémiques. Dans une méta-analyse de Louis [91], 50% des MG admettaient des craintes vis à vis des CSI, à l'origine d'une appréhension de prescription au long cours et d'un comportement visant à limiter la durée de leur prescription. Ainsi, plusieurs MG arrêtaient le traitement par CSI une fois le patient contrôlé. Notre étude a également pu identifier des erreurs de prescription, des MG privilégiant d'emblée des associations ou des bronchodilatateurs en première ligne. Notre étude identifiait également une influence des représentations du patient sur la prescription des MG, et ce d'autant plus que le MG redoutait des effets secondaires systémiques avec les CSI. En effet on assistait à une projection des représentations du médecin sur le patient et à une surestimation des représentations du patient par le MG aboutissant à une prescription restreinte selon le profil du patient. Les représentations du patient sont reconnues comme un frein à l'adhésion des MG aux recommandations [57].

2. L'inobservance responsable du mauvais contrôle de l'asthme

L'inobservance est un problème récurrent et majeur, ainsi selon Mitchell et al [75], seuls 57% des asthmatiques sévères prennent leur traitement de fond quotidiennement. L'inobservance explique la majorité des exacerbations : 50% des traitements prescrits ne sont pas observés, par déni de la maladie, mais aussi par erreurs d'utilisation des dispositifs d'inhalation (>50% des patients) [9].

2.1. Consciente

L'inobservance est un fléau majeur, ainsi Bervar [90] l'identifie comme la première cause d'échec au contrôle de l'asthme. Peu de patients adhèrent au traitement de fond puisque selon Boulet, 37% des patients déclarent qu'ils ne suivront pas la prescription [67]. La cor-

ticophobie était la principale source d'inobservance, ainsi, la plupart des MG de notre étude rapportaient des difficultés d'adhésion liées à la réticence des patients vis à vis des CSI. Cette corticophobie était due principalement à une méconnaissance des CSI et de leur maladie puisque selon Louis, seuls 25% des patients savaient que l'inflammation bronchique est en cause dans l'asthme [91]. Par conséquent, l'étude de Boulet [67] montre que la plupart des asthmatiques ne comprenaient pas le rôle des CSI. Les patients connaissaient l'effet bronchodilatateur du traitement de crise mais pas l'effet anti-inflammatoire du traitement de fond [93]. Dans notre étude, la confusion entre CO et CSI avec la peur des effets secondaires systémiques était source de mauvaise adhésion au traitement. Ce résultat est décrit par Boulet [67]: 53% des patients exprimaient des représentations avec une méconnaissance de la différence de passage systémique entre la forme orale et inhalée. En effet, 59% craignaient les effets secondaires tels que la prise de poids, l'augmentation de la masse musculaire, l'infection, l'ostéoporose et les problèmes de croissance. 38% craignaient également une diminution de l'efficacité des CSI avec le temps. Ces réticences conduisent à une inobservance, 1/3 des patients évoquaient spontanément la notion de « poison » et assimilaient les CSI à une drogue avec une crainte de dépendance et de « s'immuniser » vis à vis du médicament [43]. Cette peur était également entretenue par l'entourage puisque plus d'1/4 des patients ont un parent asthmatique [62] et par le discours du MG parfois inconsciemment parasité en cas de « corticofrilosité » avec des formulations telles que « malheureusement on doit mettre des corticoïdes », « attention surtout rincez-vous la bouche » qui renforcent la corticophobie du patient [83].

2.2. Inconsciente

L'inobservance était favorisée par deux autres phénomènes : les erreurs d'utilisation du dispositif d'inhalation et le déni de la maladie [9].

- Erreurs d'utilisation du dispositif d'inhalation

Les MG identifiaient les erreurs d'utilisation du dispositif comme un problème récurrent. De fait, 2/3 des patients ne se servaient pas correctement de leur dispositif [41-42-43]. L'étude de Crompton [42] retrouve des difficultés de coordination chez 51% des patients. Les erreurs consistaient le plus souvent en l'inspiration par le nez ou l'arrêt de l'inspiration lors de la libération du produit. Malgré la mise sur le marché de systèmes déclenchés par l'inspiration dits « auto-haler », adaptés aux troubles de la coordination [31], on recensait

toujours une erreur d'utilisation chez plus de 50% des patients avec dans 10% des cas une erreur grave [9]. Or plus d'1/4 des patients ne sont pas formés à l'utilisation de leur dispositif. Selon King [41] qui a mené une étude sur une petite cohorte anglaise traitée par aérosols pour de l'asthme ou de la BPCO, 70% des patients étaient incapables d'utiliser correctement leur inhalateur dont 40% qui n'avaient jamais reçu de conseils sur la technique d'inhalation. Or dans son étude, une seule démonstration permettait une diminution du taux d'erreur de 37% à 17% grâce à deux démonstrations.

- Déni de la maladie

Notre étude illustre la difficulté rencontrée par les MG pour gérer le déni de la maladie. En effet, l'asthme se traduisant cliniquement par une alternance entre des périodes de dyspnée et des périodes complètement asymptomatiques, le patient peut facilement nier la chronicité de la maladie [43-62]. Le patient dans ces cas ne se considère pas comme malade, puisque les périodes sans symptômes sont interprétées comme une guérison définitive [62]. De fait, la chronicité entraîne des phénomènes adaptatifs à l'origine d'une mauvaise perception des symptômes par le patient [62]. Pujet [94] a observé chez 327 asthmatiques qu'un tiers avaient arrêté le traitement avant le délai fixé par le médecin. De même, la prise quotidienne du traitement était identifiée comme un inconvénient [93]. Plus de 50% des asthmatiques n'adhéraient pas au traitement pris alors qu'ils étaient asymptomatiques [90]. Au contraire, le traitement de la crise était perçu comme moins contraignant et davantage ressenti comme utile [93]. Par conséquent, la simplification du traitement semble favoriser l'observance, ainsi, l'utilisation d'un inhalateur unique par rapport au traitement classique dissociant crise et fond permettrait l'obtention d'un meilleur contrôle [90].

3. Relation médecin-patient : la clé d'un meilleur contrôle

La relation médecin-patient est le pivot de l'adhérence thérapeutique du patient. Ainsi, l'antagonisme autonomie-observance que le MG cherche pourtant à développer simultanément n'est possible qu'au sein d'une relation de confiance reposant sur des négociations différentes selon les besoins du patient [91]. La communication médecin-patient semble donc primordiale, de fait, l'inobservance est liée à une méconnaissance de la maladie et des traitements par les patients or 75% des patients déclarent ne pas avoir discuté de leurs craintes avec leur médecin [67]. Cette relation médecin-patient faisait donc parfois défaut [8-91]. Dans notre étude, plusieurs MG admettaient ne pas avoir le temps de créer

une véritable relation de confiance. Ainsi, les médecins surestimaient les représentations du patient avec dans notre étude une inquiétude essentiellement sur la prise de poids et aucune mention des effets thymiques, comme dans la littérature [69]. Ceci se retrouve dans notre étude où plusieurs médecins déclaraient ne pas savoir si leurs patients avaient des représentations. En outre, selon Gillissen [12], 57% des patients désireraient une explication de leur traitement. Ce constat est également retrouvé dans l'étude de Foucaud où les MG percevaient une faible demande d'information de la part des patients contrairement aux demandes d'informations exposées par les patients dans la littérature [93]. Partridge [95] montrait aussi que le MG privilégiait les supports écrits pour l'ETP alors que le patient apprenait mieux par l'image. Ce manque d'information et de clarté dans le discours du médecin [67] est génératrice de corticophobie. Ainsi plusieurs études montraient que les patients n'étaient pas observants par manque de compréhension des termes médicaux et par manque d'écoute du MG estimant ainsi que ce dernier n'était pas en mesure de choisir un traitement adapté [82]. La relation médecin-patient devient donc centrale avec une nécessité de rendre le patient acteur de sa prise en charge par une approche « centrée patient » [62]. Cependant, les facultés de communication du médecin sont considérées comme cruciales à la participation du patient [82-96]. Or, la communication s'apprend, ainsi le MG doit être mieux formé pour connaître les informations pertinentes à délivrer au patient, puisque selon Takura et al [97], apprendre au patient son traitement et quand s'en servir ainsi que lui parler de l'inflammation engendrerait un meilleur contrôle contrairement à la mention du fonctionnement pulmonaire qui n'aurait pas d'impact sur le patient. L'implication du patient est donc favorisée par un travail en collaboration avec le MG [82] qui est impacté par le manque de temps du MG puisqu'il est suggéré qu'une consultation d'au moins 20 minutes est nécessaire pour faciliter l'investissement du patient [98].

D. PERSPECTIVES : L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'éducation thérapeutique semble donc primordiale pour favoriser l'adhésion au traitement [70-71] en répondant aux craintes du patient [72]. Des projets éducatifs existent depuis les années 30 pour l'asthme [62]. Elle serait donc la clé d'un meilleur contrôle des symptômes grâce à l'apprentissage par le patient de sa maladie et son traitement [14]. Ceci favorise son autonomie et l'autogestion de la maladie, faisant par conséquent du patient un « partenaire de santé » [93]. Selon Coutureau et Frachon [62] l'éducation thérapeutique réside en une approche « centrée patient », permettant au patient d'être actif. Il devient ainsi ac-

teur de sa santé, capable d'un choix éclairé. Dans cette idée, un concept impliquant le malade dans la formation des étudiants en médecine, déjà testé en rhumatologie, pourrait être intéressant dans l'asthme pour lui donner une place dans le cursus médical et ainsi le rendre formateur en plus d'acteur [91]. La méta-analyse de Gibson et al [99] regroupant 36 essais comparant une prise en charge éducative à une prise en charge habituelle, montre une diminution significative des hospitalisations, des passages aux urgences, des visites non programmées chez le MG, des arrêts de travail et de la fréquence des gênes nocturnes et une amélioration de la qualité de vie rapportée par les patients. La prise en charge éducative consistait en plus d'un programme éducatif et d'un suivi médical régulier en une autonomisation du patient avec l'auto-mesure du DEP et un plan d'action écrit. Murphy [100] à travers l'évaluation de 211 femmes enceintes asthmatiques avant et après un programme éducatif rapportait une amélioration des connaissances sur le médicament, de la technique d'inhalation et une diminution des symptômes nocturnes et du recours à la Ventoline®. L'implication du patient dans sa prise en charge renforce son adhésion comme ont pu le montrer plusieurs études où l'ajustement de la dose par le patient entraînait une réduction significative des exacerbations et de la consommation de CSI [79-80-81]. Le symptôme devient ainsi la clé d'adaptation du traitement et le patient l'acteur principal de la prise en charge comme dans l'étude SMART [90] où le patient ajoutait à un traitement de fond minimal une inhalation supplémentaire en cas de gêne respiratoire ce qui conduisait à une meilleure adhésion et ainsi à une diminution des exacerbations. Ce constat s'accorde avec le désir des patients d'être davantage impliqués dans la prise en charge puisque 55% se sentaient insuffisamment impliqués, avec une discordance entre l'envie des patients et leur rôle réel : 72% des patients se sentaient passifs alors que 60% aimeraient être actifs dans leur prise en charge [82].

Plusieurs MG de notre étude ont exprimé la nécessité de consacrer du temps au patient pour qu'il comprenne et adhère au traitement. Le MG semble être aujourd'hui le seul acteur en ville de cette éducation. C'est pourquoi le manque de temps était souvent exprimé comme dans l'étude de Foucaud où la plupart des MG bien que se considérant comme les mieux placés pour l'ETP, reconnaissaient ne pas la faire par manque de temps [93].

Le manque de moyens et d'expérience étaient également mis en avant, or l'ETP est un vrai savoir-faire avec une place stratégique pendant la consultation. En effet, selon [82] Clarke, l'impact est faible si l'annonce est faite en fin de consultation avec seulement 50% de l'information qui est retenue par le patient. Par conséquent, la FMC semble utile à l'ETP comme le montre une étude australienne où les MG ne pratiquant pas de FMC crai-

gnaient que l'autonomisation du patient le rende dangereux et que les patients éduqués rallongent les temps de consultation [62]. Cette notion a été retrouvée dans notre étude avec certains MG qui préféraient ne pas trop informer leurs patients pour éviter les questions. Certains craignaient également que les patients éduqués consultent moins [93]. Certains MG n'étaient pas prêts à avoir devant eux un malade éduqué qui les questionne, par peur de perte de contrôle [93]. Ainsi, plusieurs MG réservaient l'ETP aux asthmatiques les plus sévères chez qui ils appréciaient une implication plus forte [93].

En outre, les médecins n'étaient pas informés des outils d'aide à l'ETP. Plusieurs applications sont en effet disponibles, pour les praticiens : Zéphir qui répertorie les différents dispositifs, Forminhal créé par le Pr Molimard qui regroupe des vidéos démonstratives des dispositifs d'inhalation pour les patients [9]. L'assurance maladie aide les MG via l'application Sophia qui constitue un relai du MG pour la gestion des maladies chroniques.

En France, un nouveau concept d'IDE de pratique avancée pourrait également être une solution, ainsi que la diffusion de plaquettes d'aide par l'assurance maladie. En effet, l'étude ASUR 2 a montré une amélioration de la prise en charge des asthmatiques aux urgences avec une diminution de 40% du taux d'hospitalisation par rapport à ASUR 1 et ce grâce à un support d'évaluation de la gravité et une standardisation de la prise en charge [23]. La formation du MG apparaît donc comme une condition sine qua non au développement de l'ETP [93] puisqu'elle s'appuie sur une trame pédagogique, essentielle à la délivrance d'un message de qualité.

Il semblerait intéressant de confronter dans une autre étude qualitative le point de vue du patient à celui du MG. Une étude quantitative permettant de hiérarchiser les freins et les moteurs de la prescription serait également bienvenue pour orienter au mieux les améliorations.

V. CONCLUSION

Le MG est un maillon essentiel de la prise en charge de l'asthmatique, trop souvent réservée au spécialiste pneumologue.

Notre étude a montré que la prescription de CSI était influencée par plusieurs facteurs. Ainsi, les représentations du MG vis à vis des CSI et de ses patients sont apparues comme centrales. Elles étaient alimentées par les connaissances du MG, son expérience et dans certains cas la corticophobie. Un des moteurs principaux de la prescription était l'opinion positive des MG pour les CSI. Une influence du patient sur la prescription était également retrouvée, par le biais de ses représentations erronées, génératrices d'inobservance. Les a priori du patient étaient principalement en lien avec une corticophobie, secondaire à une confusion entre la corticothérapie orale et inhalée et une mauvaise connaissance par le patient de sa maladie.

La qualité de la relation médecin-patient semblait primordiale pour favoriser l'adhésion du patient, via la déconstruction de ses « croyances ». De plus, l'interprétation des représentations du patient par le MG n'était pas toujours juste. Elles reflétaient parfois l'opinion du MG par mécanisme de transfert. Ceci générait un défaut de prescription notamment par peur des MG de la mauvaise observance des patients. Il apparaît donc certain qu'un renforcement du partenariat soignant-patient-famille donnant davantage de place au patient soit nécessaire pour favoriser la prescription et l'adhésion.

Le MG, détenteur d'une relation privilégiée avec le patient, apparaît donc comme l'acteur central de la prise en charge du patient asthmatique notamment par le biais de l'ETP. Mais peu de MG estiment avoir reçu la formation nécessaire à la pratique de l'ETP et le manque de temps semble être une problématique importante. C'est pourquoi de nouveaux intervenants comme les IDE de pratique avancée sont une ouverture intéressante, de même que la généralisation des écoles de l'asthme à l'extra-hospitalier.

La formation continue du MG semble aussi un facteur important pour favoriser la prescription et le suivi des recommandations. Ainsi, le concept anglo-saxon de « centre d'entraînement pour l'asthme » dédiés aux soignants serait une perspective intéressante.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Villeneuve P. Journal officiel loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique. Rev Infirm 2005;115:33-6.
2. Delmas MC, Fuhrman C. L'asthme en France: synthèse des données épidémiologiques descriptives. Revue des maladies respiratoires 2010;27:151-159.
3. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J. Global strategy for Asthma management and prevention: GINA executive summary. Eur Respir J 2008;31:143-78.
4. Chapman K, Hinds D, Piazza P, Raheison C, Gibbs M, Greulich T, Gaalswyk W, Lin J, Adachi M, Davis K. Physician perspective on the burden and management of asthma in six countries : The Global Asthma Physician Survey (GAPS). BMC Pulm med 2017;17:153.
5. Base de données Thalès 2004-2007.
6. Barnes PJ. Current issues for establishing inhaled corticosteroids as the antiinflammatory agents of choice in asthma. J Allergy Clin Immunol 1998;101:427-433.
7. Suissa S, Ernst P. Inhaled corticosteroids: impact on asthma morbidity and mortality. J Allergy Clin Immunol 2001;107:937-944.
8. Baldacci S, Simoni M, Maio S, Angino A, Martini F, Sarno G, Cerrai S, Silvi P, Pala AP, Bresciani M, Paggiaro P, Viegi G. Prescriptive adherence to GINA guidelines and asthma control: An Italian cross sectional study in general practice. Respiratory Medicine 2019;146:10-17.
9. Dossier de presse Journée Mondiale de l'Asthme (2018;Paris).
10. Megas F, Benmedjahed K, Lefrançois G, Mueser M, Dusser D. "The Compli Asthme" therapeutic observation survey on good use of inhaled drugs for asthma: perception by general practitioners. Rev Pneumol Clin 2004;60:158-65.
11. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. 2018. ([http:// ginasthma.org/](http://ginasthma.org/)).
12. Gillissen A, Lecheler J. Corticophobia in asthma. Med Klin 2003;98:417-22.
13. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma: National Asthma Education and Prevention Program expert panel report 3. Bethesda. MD: National Heart, Lung and Blood Institute, October 2007.
14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Recommandations pour la pratique clinique. Paris. Anaes 2004.

15. Asthma. World Health Organization. Fact sheet No. 307. Aug 2017. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307>).
16. Masoli M, Fabian D, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004;59:469-78.
17. Lalloo UG, Malopshy J, Kozma D, Krofta K, Ankerst J, Johansen B, Thomson NC. Budesonide and Formoterol in a single inhaler improves asthma control compared with increasing the dose of corticosteroid in adults with mild to moderate asthma. *Chest* 2003;123:1480-7.
18. Sears MR, Rea HH, De Boer G, Beaglehole R, Gillies AJ, Holst PE, O'Donnell TV, Rothwell RP. Accuracy of certification of death due to asthma. A national study. *Am J Epidemiol* 1986;124:1044-11.
19. Sadatsafavi M et al. The Preventable Burden of Productivity Loss Due to Suboptimal Asthma Control. *Chest* 2014;145:787-93.
20. European community respiratory health survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European community respiratory health survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996;9:687-95.
21. Delmas MC, Zeghnoun A, Jouglu E. Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999. *BEH* 2004;47:221-3.
22. Salmeron S, Liard R, Elkharrat D, Muir J, Neukirch F, Ellrodt A. Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France: a prospective study. *Lancet* 2001;358:629-35.
23. Salmeron S. ASUR-ASUR2 vers une standardisation de la prise en charge de l'Asthme aigu aux urgences. *Rev Mal Respir* 2005;22:430-431.
24. Collège national de pharmacologie médicale. <https://pharmacomedicale.org/le-cnpm>.
25. Kraft M, Djukanovic R, Wilson S, Holgate ST, Martin RJ. Alveolar tissue inflammation in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;54:505-10.
26. Vignola AM, Mirabella F, Costanzo G, Di Giorgi R, Gjomarkaj M, Bellia V, et al. Airway remodeling in asthma. *Chest* 2003;123:417-22.
27. Advenier et coll. *La lettre du Pharmacologue*. 1993;7(2):24-28.
28. Ministère de la santé. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'Asthme 2002-2005.
29. Barnes PJ, Pedersen S, Busse WW. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids. New developments. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1-53.
30. Suissa S, Ernst P, Benayoun S, Baltzan M, Cai B. Low-dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N Engl J Med* 2000;343:332-6.

31. Tetù L, Escamilla R, Didier A. Corticoïdes inhalés : Quelle drogue? Quel système? (<http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr>)
32. Buhl R. Local oropharyngeal side effects of inhaled corticosteroids in patients with asthma. *Allergy* 2006;61:518-526.
33. Fromer L. Managing asthma: an evidence-based approach to optimizing inhaled corticosteroid treatment. *South Med J* 2010;103:1038-1044.
34. Hejazi ME et al. Evaluation of Proper Usage of Glucocorticosteroid Inhalers and Their Adverse Effects in Asthmatic Patients. *Tanaffos* 2016;15:9-16.
35. Skoner JD, Schaffner TJ, Schad CA, et al. Addressing steroid phobia: improving the risk-benefit ratio with new agents. *Allergy Asthma Proc* 2008;29:358-364.
36. Kelly HW, Nelson HS. Potential adverse effects of the inhaled corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2003;112:469-478.
37. Derendorf H, Nave R, Drollmann A, Cerasoli F, Wurst W. Relevance of pharmacokinetics and pharmacodynamics of inhaled corticosteroids to asthma. *Eur Respir J* 2006;28:1042-50.
38. Mutch E, Nave R, Zech K, Williams FM. Esterases involved in the hydrolysis of ciclesonide in human tissues. *Eur Respir J* 2003;22:267-268.
39. Pelaia G, Vatrella A, Cuda G, Maselli R, Marsico SA. Molecular mechanisms of corticosteroid actions in chronic inflammatory airway diseases. *Life Sci* 2003;72:1549-1561.
40. Barnes PJ. Effect of corticosteroids on airway hyperresponsiveness. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:70-76.
41. King D, Earnshaw SM, Delaney JC. Pressurised aerosol inhaler: the cost of misuse. *Br J Clin Pract* 1991;45:48-49.
42. Crompton CK. Problems patients have using pressurized aerosol inhalers. *Eur J Respir Dis* 1982;63:101-104.
43. Partridge M. Asthma : Lessons from patient education. *Patient Education and Counseling* 1995;26:81-6.
44. Beasley R, Roche WR, Roberts JA, Holgate ST. Cellular events in the bronchi in mild asthma and after bronchial provocation. *Am Rev Respir Dis* 1989;139:806-17.
45. Bousquet J, Chanez P, Lacoste JY, Barneon G, Ghavanian N, Enanderl, et al. Eosinophilic inflammation in asthma. *N Engl J Med* 1990;323:1033-9.
46. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, et al. for the GOAL investigators group. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170:836-44.

47. Jackson DJ, Bacharier LB, Mauger DT et al. Quintupling Inhaled Glucocorticoids to Prevent Childhood Asthma Exacerbations. *N Engl J Med* 2018;378:891-901.
48. Partridge MR, Van der Molen T, Myrseth SE, Busse WW. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulm Med* 2006;6:13.
49. Salmeron S, Ellrodt A, Liard R, Elkharrat D, Muir J, Neukirch F. Asthme aigu de l'adulte aux urgences en France: traitement et orientations selon la gravité. *Rev Mal Respir* 2000;17:1-16.
50. Roche N, Pribil C, Devillier P, Van Ganse E et al. Limited treatment adaptation despite poor asthma control in patients treated with inhaled corticosteroids. *J Asthma* 2016;53:76-85.
51. Tada M, Kuraki T, Taooka Y et al. Comparison of clinical management of young and elderly asthmatics by respiratory specialists and general practitioners. *J Asthma* 2015; 52:162-169.
52. Godard P, Huas D, Sohier B, Pribil C, Boucot I. ER' asthme, contrôle de l'asthme chez 16580 patients suivis en médecine générale. *Presse Med* 2005;34:1351-7.
53. Chung KF, Caramori G, Adcock IM. Inhaled corticosteroids as combination therapy with beta-adrenergic agonists in airways disease: present and future. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65:853-871.
54. Cates CJ, Lasserson TJ. Regular treatment with formoterol versus regular treatment with salmeterol for chronic asthma: serious adverse events. *Cochrane Database Syst* 2012.
55. Sweeney J, Patterson CC, O'Neill S, O'Neill C, Plant G, Lynch V, et al. Inappropriate prescribing of combination inhalers in Northern Ireland: retrospective cross-sectional cohort study of prescribing practice in primary care. *Prim Care Respir J* 2014;23:74-78.
56. Blanchette CM, Culler SD, Ershoff D, Gutierrez B. Association between previous health care use and initiation of inhaled corticosteroid and long-acting beta-2-adrenergic agonist combination therapy among US patients with asthma. *Clin Ther* 2009;31:2574-2583.
57. Lugtenberg M, Burgers JS, Besters CF, Han D, Westert GP. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Fam Pract* 2011;12:12-98.
58. Braspenning J, Schellevis F, Grol R. The second Dutch National Survey of General Practice. Quality of primary healthcare discussed 2004.
59. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:418-421.
60. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 2009;4:54.

61. Cloutier MM. Asthma management programs for primary care providers: increasing adherence to asthma guidelines. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2016;16:142-147.
62. Couturaud F, Frachon I, Guillou-Bideau B, Leroyer C. L'éducation de l'adulte asthmatique. *Rev Mal Respir* 2002;19:73-85.
63. Tuft L. "Steroid-phobia" in asthma management. *Ann Allergy* 1979;42:152-9.
64. David TJ. Steroid scare. *Arch Dis Child* 1987;62:876-8.
65. Patterson R, Walker CL, Greenberger PA, Sheridan EP. Prednisonephobia. *Allergy Proc* 1989;10:423-8.
66. Robert J, Verdu V, Bérard F. Education thérapeutique dans la dermatite atopique : l'approche lyonnaise. (allergo.lyon.inserm.fr)
67. Boulet LP. Perception of the role and potential side effects of inhaled corticosteroid among asthmatic patients. *Chest* 1998;113:587-92.
68. Crone S, Partridge MR, McClean F. Launching a national helpline. *Health Visitor* 1993;66:94-96.
69. Perdoncini-Roux A, Blanchon T, Hanslik T, et al. Perception par les médecins généralistes de la gêne induite par les effets indésirables d'une corticothérapie systémique prolongée. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2009;57:93-97.
70. Boulet LP, Chapman KR, Green LW. Asthma education. *Chest* 1994;106:184-96.
71. Brewis HAL. Patient education, self-management plans and peak flow measurements. *Respir Med* 1991;85:457-62.
72. Becker MH, Maiman LA. Strategies for enhancing patient compliance. *J Community Health* 1980;6:113-15.
73. Chapman KR, Boulet LP, Rea RM, Franssen E. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. *Eur Respir J* 2008;31:320-325.
74. Demoly P, Annunziata K, Gubba E, Adamek L. Repeated cross-sectional survey of patient-reported asthma control in Europe in past 5 years. *Euro Respir Rev* 2012;21:66-74.
75. Mitchell I, Tough SC, Semple LK, Green FH, Hessel PA. Near-fatal asthma: A population-based study of risk factors. *Chest* 2002;121:1407-13.
76. Demoly P, Godard P, Bousquet J. Une synthèse sur l'épidémiologie de l'asthme. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* 2005;45:464-475.
77. Amour CL, Lemay K, et al. Using the community pharmacy to identify patients at risk of poor asthma control and factors which contribute to this poor control. *J Asthma* 2011;48:914-922.

78. Barnes PJ. The size of the problem of managing asthma. *Respir Med* 2004;98:4-8.
79. Fitzgerald JM, Sears MR, Boulet LP, et al. Adjustable maintenance dosing with budesonide/formoterol reduces asthma exacerbations compared with traditional fixed dosing: a five month multicentre Canadian study. *Can Respir J* 2003;10:427-34.
80. Leuppi JD, Salzberg M, Meyer L, et al. An individualized, adjustable maintenance regimen of budesonide/formoterol provides effective asthma symptom control at a lower overall dose than fixed dosing. *Swiss Med Wkly* 2003;133:302-9.
81. Ind PW, Haughney J, Rosen JP, Kennelly J. Adjustable and fixed dosing with budesonide/formoterol via single inhaler in asthma patients : the ASSURE study. *Respir Med* 2004;98:464-75.
82. Caress AL, Beaver K, Luker K, Campbell M, Woodcock A. Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax* 2005;60:199-205.
83. Aubert H, Barbarot S. Non-adhésion et corticothérapie. *Annales de dermatologie et vénéréologie* 2012;139:7-12.
84. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer* 2009;20:74-9.
85. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: SAGE, 1998:342 p.
86. Aubin-Auger, Alain & Baumann, L & Lehr-Drylewicz, A.M. & Imbert, Patrick & Letrilliart, Laurent. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5.
87. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives*. 2006;26:110-38.
88. Natanson J. « L'évolution du concept de transfert chez Freud », *Imaginaire & Inconscient* 2001;2:7-19.
89. Soulet M-H. Traces et intuition raisonnée. Le paradigme indiciaire et la logique de la découverte en sciences sociales. In : Paillé P. (éd.). *La Méthodologie qualitative. Posture de recherche et travail de terrain*. Paris; Armand Colin, 2006.
90. Bervar JF, Chahine B, Tillie-Leblond I. Des recommandations de consensus à la pratique: les zones d'ombre. *Médecine Thérapeutique* 2006;12:41-46.
91. Roche N, Godard P. Le colloque « prise en charge de l'asthme » quel bilan à la fin du plan asthme ? Introduction et points clefs. *Rev mal Respir* 2005;22:457-72.

92. Broder MS, Chang EY, Ory C, et al. Adherence and persistence with omalizumab and fluticasone/salmeterol within a managed care population. *Allergy Asthma Proc* 2009;30:148-157.
93. Foucaud J, et al. L'éducation thérapeutique de l'asthmatique: le discours du médecin généraliste. *Rev Mal Respir* 2003;20:51-9.
94. Pujet J, Neijari C, Tessier J, Sapene M, Pasquet S, Racineux J. Diagnostic éducatif de l'asthme. *Rev Mal Respir* 1997;14:209-17.
95. Partridge MR. Asthma education: more reading or more viewing? *J R soc Med* 1986;79:326-8.
96. Partridge MR, Hill SR. Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self-management. *Eur Respir J* 2000;16:333-48.
97. Takakura S, Hasegawa T, Ishihara K, et al. Assessment of patients understanding of their asthmatic condition established in an outpatient clinic. *Eur Respir J* 1998;12:29-24.
98. Adams RJ, Smith BJ, Ruffin RE. Impact of the physician's participatory style on asthma outcomes and patient satisfaction. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001;86:263-71.
99. Gibson P, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *The Cochrane Data-base of Systematic Reviews* 2002:3.
100. Murphy VE, Gibson PG, Talbot PI, Kessell CG, Clifton VL. Asthma self-management skills and the use of asthma education during pregnancy. *Eur Respir J* 2005;26:435-41.
101. Raheerisson C. Place de l'éducation thérapeutique dans l'asthme sévère. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* 2006;46:145-147.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

ANALYSE DEMOGRAPHIQUE

- Sexe
- Âge
- Année de thèse
- Année d'installation
- Lieu d'exercice : rural/urbain et département
- Type d'exercice : seul / en groupe de MG / maison médicale pluridisciplinaire / hôpital
- Maître de stage à la faculté : oui/non
- Lien avec un pneumologue ? : oui/non
- Pratique d'une médecine alternative : oui/non : si oui, laquelle ?

GUIDE D'ENTRETIEN

1) Qu'est-ce que la maladie asthmatique selon vous? Y êtes-vous souvent confronté?

2) En quoi consiste la prise en charge d'un patient asthmatique ?

(fréquence des consultations? articulation avec pneumologue?conseils,bilan? Ecole de l'asthme?)

- Parlez-moi d'un adulte asthmatique que vous suivez, comment va-t-il?
- Quel est son traitement de fond ?
- Qu'en pensez-vous?

3) Quelle place accordez-vous à la prescription de CSI dans l'asthme de l'adulte ?

- Quels sont les déterminants vous amenant à les prescrire ?
- Sur quoi basez-vous votre choix? (*typologie des patients, selon sévérité ou contrôle de l'asthme*)
- Utilisez-vous un support (GINA...) pour évaluer l'indication du CSI?

4) Que pensez-vous du traitement de fond par CSI chez l'adulte asthmatique ?

(*avantages et inconvénients*)

- Selon vous, quel est son intérêt ?
- Comment l'initiez-vous ? (*démonstration, fiche explicative...*)

5) Eprouvez-vous des difficultés à mettre en oeuvre cette prescription avec vos patients ?

(*première prescription/renouvellement/ajustement*)

- liées à vos connaissances / habitudes ?
- liées au profil du patient ? Les représentations du patient sont-elles un obstacle dans votre prescription ?
- Quelle est l'influence de votre relation médecin-patient dans votre choix de prescription ?

6) Quelles sont vos préoccupations avant de prescrire un CSI ?

- vos craintes et hésitations ?

7) Selon vous quelles sont les représentations du patient concernant les CSI ?

(hiérarchisation, origine/cause de la peur?)

- Impactent-elles leur observance ?

8) Avez-vous en tête des situations difficiles secondaires aux corticoïdes dans votre patientèle ou votre entourage?

- Pouvez-vous me les décrire ?

- Comment cela a-t-il impacté votre pratique ultérieure ?

Annexe 2 : Extrait du journal de bord

• Explication des présupposés du chercheur :

La question que je me suis posée initialement est la suivante : les craintes des patients envers les CSI sont bien connues et décrites dans la littérature, mais qu'en est-il de celles des médecins?

Quels sont les déterminants les amenant à prescrire des CSI dans l'asthme, leur choix est-il uniquement lié aux recommandations ou est-il influencé par d'autres données (représentations du patient, influence de la relation médecin-patient, expérience personnelle...).

Cette question s'est je pense construite tout au long de mon internat où j'ai croisé pas mal de patients asthmatiques dans des univers différents (médecine générale, urgences, pédiatrie..). J'ai toujours été intéressée par le sujet notamment je pense car j'ai un frère asthmatique qui a longtemps eu une gêne quotidienne et à qui il a fallu plusieurs décompensations avec hospitalisation et plusieurs médecins pour être correctement équilibré. Sûrement aussi car grâce à lui j'ai pu passer de « l'autre côté de la barrière » et me confronter à l'inobservance, l'adolescence où on goûte à la cigarette, la diminution du sport parce qu'on est gêné, etc... et à travers toutes ces étapes faire un parallèle avec la difficulté de suivi et d'observance et donc de contrôle de l'asthme et le rôle crucial et extrêmement complexe du médecin traitant.

Cette question semble pertinente car elle reflète une part importante de la médecine générale en explorant le reflet des représentations du médecin sur sa prescription. Elle amène à une réflexion sur les corticoïdes et peut induire un questionnement majeur : suis-je influencée par mes patients dans mes prescriptions ? Mes représentations sont-elles les siennes ? Ai-je une bonne perception de ses attentes et de ses craintes ?

La littérature décrit une inadéquation entre les peurs exprimées par les patients par rapport aux corticoïdes et celles que le médecin leur attribue. Il est donc intéressant d'aborder ce sujet.

Si je devais répondre à ce questionnaire, je pense que je ferais part de la réticence quasi systématique des patients à la prescription de corticoïdes, qui s'estompe après explications claires. Mais cependant je n'ai jamais pu évaluer l'observance... Par ailleurs il me semble que la forme inhalée fasse moins peur que la forme systémique ou topique.

Les effets secondaires vécus sont principalement la prise de poids et l'insomnie, chez des patients et dans mon entourage, mais pour des corticothérapie orales.

Pour les CSI j'ai seulement eu des soucis avec les enfants et la croissance mais jamais chez l'adulte.

J'attends des informateurs des réponses sur leur ressenti et leur vécu des CSI. J'aimerais qu'ils puissent livrer leurs doutes et leurs craintes le cas échéant. En aucun cas il ne s'agit de savoir s'il y a adéquation avec les recommandations, l'intérêt de cette étude est d'évaluer les facteurs amenant un généraliste à prescrire ou pas un CSI chez l'adulte asthmatique.

Je serais surprise d'entendre qu'un médecin refuse totalement de prescrire des CSI mais a contrario je serais également étonnée d'entendre quelqu'un dire ne jamais s'être heurté à des réticences de patient et n'avoir aucune difficulté à prescrire ce traitement.

Au total, ma question de recherche est d'évaluer les freins et les moteurs à la prescription de CSI dans l'asthme de l'adulte, en décryptant le ressenti du médecin à travers son vécu personnel et son expérience professionnelle.

- **Entretiens :**

20/12/18 :

Entretien M1

M1 semble décontractée et à l'aise. Pas mal d'hésitations sur les premières questions mais le dialogue se fait facilement. Aucune gêne à critiquer sa pratique et se remettre en question peut-être aussi car nous nous connaissons.

A ma grande surprise, l'entretien est très rapide car il fait un peu moins de 10 minutes, cela est certainement lié au jeune âge de M1 et donc au peu d'expérience qui en découle. En effet elle me fait remarquer qu'elle a peu l'habitude de s'occuper d'adultes asthmatiques et qu'elle a pour l'instant davantage eu affaire à des enfants. Elle me dit aussi que les plus « anciens » MG auront sûrement plus de choses à dire.

M1 me confie également après l'interview avoir été marquée par son maître de stage en 3e semestre d'internat qui lui avait fait peur en lui disant qu'une prescription de corticoïdes même d'un ou deux jours pouvait être très grave.

Après analyse : M1 semble peu sûre d'elle, elle semble confondre la forme inhalée et orale et ne pas être très sûre de la place des CSI en première intention comme traitement de fond.

26/12:

Entretien M2

M2 était détendue, pas besoin de briser la glace. Le sujet semblait l'intéresser beaucoup. Les réponses étaient limpides et le contenu riche. L'entretien a duré plus longtemps et était à mon sens plus intéressant, elle s'est davantage livrée, je pense grâce à son expérience beaucoup plus importante que M1. J'ai ressenti un grand intérêt et une envie de bien faire pour ses patients.

Après analyse : M2 semble avoir pas mal d'habitudes et ne pas trop initier de CSI en dehors des situations d'urgence qu'elle ne semble pas beaucoup rencontrer. Elle semble envoyer beaucoup ses patients chez le pneumologue. L'éducation thérapeutique semble lui tenir beaucoup à coeur et elle a l'air très investie avec ses patients dans son rôle éducatif.

03/01/19 :

Entretien M3

Entretien téléphonique cette fois qui a permis sûrement plus de liberté d'expression et moins de gêne qu'un entretien en face à face.

M3 a été d'une grande franchise sur sa pratique et ses lacunes. J'ai davantage ressenti dans ce qu'elle disait le fonctionnement en autonomie du MG avec un recours moins évident aux spécialistes et comme elle le dit très bien des recettes « à sa sauce ». On voit aussi ici l'importance de l'empreinte qu'a eue son praticien sur elle et la tendance qu'on a à reproduire ce qu'on a vu faire même si elle le dit elle-même que « l'efficacité n'est pas reconnue » et que cette utilisation n'est sûrement pas « très officielle ».

M3 m'a rappelée quelques jours après l'entretien en me remerciant car « grâce à moi » elle avait révisé tout l'asthme et s'était rendu compte que sa fameuse patiente asthmatique avec la mycose buccale chronique et ses décompensations n'avait en fait aucun CSI en traitement de fond mais une association de bronchodilatateurs, malgré 3 consultations chez le pneumologue... Elle a donc totalement revu l'ordonnance en introduisant un CSI !

Après analyse : des réponses parfois approximatives sur la théorie mais M3 se remet en question et connaît ses limites. On voit ici le mimétisme et l'impact du stage chez le praticien dans les habitudes futures.

06/01:

Entretien M4

M4 s'est exprimé avec beaucoup de franchise. Cette fois-ci une pratique rurale avec un profil de patient différent beaucoup plus compliant et sans a priori sur les corticoïdes. En revanche un défaut d'observance lié aux techniques d'inhalation parfois compliquées. Ce problème lié au dispositif d'inhalation est d'ailleurs revenu dans chaque entretien.

Après analyse : M4 fait part des réalités de la campagne en soulignant son éloignement, son rôle de médecin « d'autrefois », jamais contredit, avec des patients compliants ne regardant pas sur Internet.

07/01 :

Entretien M5

Encore beaucoup de franchise. S'est exprimé sur ses lacunes. Une pratique ici semi-rurale où on retrouve des patients moins informés qu'en ville donc avec peu ou pas de représentations et donc une prescription qui ne semble pas influencée par le patient.

Il y a eu quelques réponses un peu à côté de la plaque il me semble mais je ne m'en suis rendu compte qu'une fois que j'ai retranscrit l'interview...

En fait je me rends compte après ces 5 entretiens que le temps de réponse est en moyenne d'une dizaine de minutes.

Après analyse : je me rends compte que les réponses sont un peu floues, pas beaucoup de matériel, M5 n'est pas très bavard...

10/01 :

Entretien M6

Ne s'est pas beaucoup livré, j'ai l'impression qu'il me décrivait des pratiques un peu générales voire qu'il « récitait sa leçon » sans vraiment livrer son impression ou décrire vraiment sa prise en charge...

Après analyse : M6 dit ne pas suivre beaucoup de patients asthmatiques ce qui se ressent dans ses réponses qui restent très générales, les exemples sont vagues et M6 ne se livre pas beaucoup.

Entretien M7

Semble sincère, question l'ayant fait réfléchir dit initialement être à l'aise et en fait pas tant que ça quand on creuse un peu.

Après analyse : quelques confusions, ne semble pas si à l'aise que ça dans le maniement des CSI.

Je me rends compte à ce stade, que beaucoup de patients n'expriment pas de représentation à leur médecin (ou le médecin pense qu'ils n'en ont pas). Deux thèmes sont soulignés par quasiment tous les médecins : l'importance de l'éducation thérapeutique et les problèmes d'observance. Qui sont finalement deux thèmes qui se rejoignent, la cause et la conséquence...

17/01:

Entretien M8

M8 ne semble pas connaître les recommandations pour les CSI. Semble avoir peur des corticoïdes en général, en minimise l'utilisation, dit savoir que le passage systémique est faible avec les CSI mais paradoxalement craint des effets secondaires similaires aux CO... Semble un peu désabusée, a l'air d'être confrontée à beaucoup d'inobservance mais peut-être les patients ressentent-ils son point de vue sur les CSI...

Après analyse : pratique pas du tout adaptée aux recommandations. Semble un peu désabusée.

Entretien M9

M9 est installée mais encore jeune. L'entretien est riche, elle se questionne beaucoup par rapport à son identité de jeune médecin et le suivi de nouveaux patients... Comme on a pu retrouver chez les remplaçants mais sauf que là ce sont maintenant ses patients. Elle semble bien connaître l'asthme et être engagée pleinement dans la relation avec ses patients.

Après analyse : très impliquée dans son travail avec ses patients.

18/01 :

Entretien M10

L'entretien avec M10 est intéressant car elle développe beaucoup ses idées et les remet en cause. Elle semble avoir un oeil avisé sur sa pratique sans hésiter à se remettre en cause et à se questionner. Elle était très intéressée de savoir les réponses aux questions et m'a posé beaucoup de questions en off notamment sur quels référentiels s'appuyer pour la prescription, s'il y avait une molécule de CSI à prescrire en première intention, les posologies... Elle semble très investie. Elle me parle également de son projet de développer une application pour faciliter la prescription de contraception en médecine générale, un peu comme Antibioclic, ça montre il me semble sa volonté de développer des outils de bonne pratique et son investissement au service du patient.

Après analyse : M10 semble très impliquée dans son métier et très volontaire.

Entretien M11

M11 semble sûre d'elle pourtant elle ne connaît pas du tout les recommandations et a des idées fausses sur les CSI notamment à propos du passage systémique.

Après analyse : défaut de connaissances évident.

Entretien M12

M12 n'est pas très bavarde, elle fait des réponses courtes, je dois la relancer beaucoup... Elle ne semble pas avoir beaucoup d'asthme sévère au cabinet. Elle semble s'appuyer sur des recommandations mais ne sait pas trop lesquelles, elle a pas mal d'idées justes mais émet quand même des doutes.

Après analyse : peu sûre d'elle, ne semble pas avoir le temps de se perfectionner.

19/01 :

Entretien M13

Les réponses sont courtes. M13 semble avoir une grande relation de confiance avec ses patients (il faut dire aussi qu'il est plus âgé). Il n'est pas confronté à des représentations ou refus de la part de ses patients pour les CSI. Il ne les utilise jamais seuls... et me demande à la fin quand même ce qu'on nous préconise à la faculté. Il me dit aussi en off que souvent les adultes asthmatiques ont un asthme ancien et sont suivis par un pneumologue et que lui modifie le traitement surtout lors des exacerbations en mettant de la cortisone ou des associations CSI/BAAP d'emblée.

Après analyse : réponses courtes mais médecin expérimenté qui a tissé une grande relation de confiance avec ses patients.

21/01 :

Entretien M14

M14 semble plus hésitante, se pose des questions. J'ai l'impression qu'elle ne s'investit pas complètement avec les patients du fait qu'elle est remplaçante. Elle trouve par exemple difficile de changer un traitement ...

Après analyse : M14 semble se poser beaucoup de questions et ne pas être très sûre d'elle.

22/01 :

Entretien M15

M15 parle peu... il a une grande expérience et est clairement convaincu de la nécessité d'une CSI dans l'asthme. Il a en effet connu la Théophylline et sa disparition au profit des CSI.

Après analyse : entretien très bref mais réponses intéressantes et pertinentes.

Annexe 3 : Exemple de trois verbatim d'entretien semi-dirigés

ENTRETIEN avec M2 : le 26/12/2018, durée 13min34sec

Moi : Qu'est-ce que la maladie asthmatique selon vous? Y êtes vous souvent confrontée?

M2 : Alors maladie respiratoire chronique, inflammatoire, à composante inflammatoire essentiellement, et oui j'y suis confrontée quotidiennement dans ma pratique libérale.

Moi : En quoi consiste la prise en charge d'un patient asthmatique?

M2 : Alors d'abord euh... le dépistage, euh.. le diagnostic, euh... ensuite donc euh... l'exploration par une exploration fonctionnelle respiratoire. Euh, ensuite la prise en charge thérapeutique et l'éducation aussi thérapeutique du patient en fonction du type d'asthme qu'il présente. Et l'évaluation évidemment du traitement une fois qu'il a été suivi et vérifier l'observance, aussi, du traitement.

Moi : D'accord, parlez moi d'un adulte asthmatique que vous suivez, comment va-t-il? Quel est son traitement de fond et qu'en pensez vous?

M2 : Alors euh.... un patient deee... une patiente! de 40 ans, qui a un asthme depuis l'enfance, un asthme allergique et qui est traitée donc euh.. par antihistaminiques euh... antileucotriène et une association donc euh... bêta 2 longue durée d'action plus corticoïdes inhalés. Euh.. qui va bien actuellement, qui voit régulièrement son pneumologue et qui va bien.

Moi : Quelle place accordez-vous à la prescription de CSI dans l'asthme de l'adulte?

M2 : Beh c'est une place de premier rang puisque la maladie asthmatique étant essentiellement une maladie inflammatoire, des bronches, euh.. je pense que le traitement corticoïdes inhalés est absolument indispensable dans le traitement de l'asthme, de l'adulte.

Moi : Quels sont les déterminants vous amenant à les prescrire et sur quoi basez vous votre choix?

M2 : Alors euh.... la plupart du temps, mes patients bénéficient dans la mesure où j'ai accès à des consultations pneumologiques assez rapide, bénéficient d'une EFR et donc la prescription initiale dans ma clientèle, elle est souvent euh.. initiée, faite par le spécialiste, le pneumologue. Donc euh..moi ensuite je renouvelle les traitements et je les réévalue d'un point de vue clinique, euh... et euh...en fonction du ressenti du patient, de l'examen clinique éventuellement quand je les revois, la période de l'année aussi puisqu'il peut y avoir des exacerbations saisonnières, je peux être amenée soit à intensifier le traitement ou à, les réadresser éventuellement à leur pneumologue.

La deuxième question c'était ?

Moi : C'était, qu'est-ce qui détermine votre choix, sur quoi basez vous votre choix ?

M2: le choix du CSI ?

Moi : oui

: euh.. je crois que c'est plutôt des habitudes de prescription, c'est-à-dire que en gros euh... moi je tourne sur deux ou trois corticoïdes inhalés pour lesquels je ne vois pas euh...cliniquement de différence, donc je les prescris indifféremment les uns des autres.

Moi : d'accord, et donc c'est plutôt sur la sévérité ou le contrôle de l'asthme que vous basez votre prescription?

M2 : Euh... alors en initiation plutôt sur la sévérité et ensuite pour les adaptations ultérieures sur le contrôle effectivement de l'asthme.

Moi : Que pensez-vous du traitement de fond par CSI chez l'adulte asthmatique? Les avantages, les inconvénients?

M2 : Bon il est incontournable, euh... donc les avantages c'est que euh... c'est un traitement de fond comme son nom l'indique, donc euh, ça évite très souvent les exacerbations euh... saisonnières en particulier euh... et puis on sait très bien que ça permet une stabilisation de la maladie au long cours et donc euh les patients vieillissent mieux avec leur asthme. Et euh.. alors les inconvénients, c'est euh.. et beh en fait souvent l'observance, parce que les gens finalement, parfois il est plus facile pour eux de laisser tomber leur traitement de fond et de prendre des bêta-2 de courte durée d'action quand ils vont pas très bien donc euh.. l'inconvénient mais c'est aussi notre travail, c'est qu'il faut sans cesse revenir sur l'éducation thérapeutique et leur expliquer (insiste sur le mot), car ils ne voient pas forcément le bénéfice en fait eux, qu'ils retirent du CSI. Et c'est donc sans cesse de leur réexpliquer le mécanisme d'action et l'intérêt qu'il y a à prendre ce traitement. Parce que les bêta-2 courte ou longue durée d'action, ils en voient beaucoup plus facilement le bénéfice alors que le corticoïde ils ne voient pas le bénéfice.

Moi : Eprouvez-vous des difficultés à mettre en oeuvre cette prescription avec vos patients?

M2 : non, aucune difficulté. La difficulté n'est pas le renouvellement de la prescription ou la prescription elle même, la difficulté c'est de s'assurer de l'observance, voilà. Parce que les patients si on leur explique, si on leur explique pourquoi on leur prescrit ce traitement, euh...généralement ils adhèrent mais on ne sait pas pour combien de temps. Donc on est obligés sans cesse de revenir sur l'intérêt pour eux du traitement par CSI.

Moi : donc vous n'avez pas de difficultés liées à vos connaissances ou habitudes ?

M2 : non. Non non ça ne me pose pas de problème.

Moi : Aucune difficulté liée au profil du patient ? Est ce que les représentations de certains patients sont un obstacle dans votre prescription ?

M2 : oui euh....oui ça peut euh, effectivement être le cas chez certains patients qui confondent corticothérapie inhalée et cortisone par voie orale ou par voie injectable avec les effets indésirables dont ils ont entendu parler. Euh... Mais je pense que tout est.. tout est question d'explication. Je pense qu'à partir du moment où on prend le temps d'expliquer, ils adhèrent quand même relativement bien au projet thérapeutique hein.

Moi : d'accord, et est ce qu'il y a une influence de votre relation médecin-patient dans votre prescription ?

M2 : Evidemment ! Bien sûr, bien sûr, ah oui oui ! Bien sûr, ... je crois que c'est plus facile de mettre en place un traitement de fond CSI mais c'est valable dans tous les traitements de fond chez des patients qu'on suit depuis déjà quelque temps avec et avec qui on a instauré une relation de confiance que chez un patient qu'on voit pour la première fois et d'ailleurs on ne le fait pas en général, à qui on va proposer un traitement de fond euh... qu'il va, auquel il ne va probablement pas adhérer car on n'aura pas instauré cette relation de confiance.

Moi : quand vous dites on ne le fait pas, c'est que vous envoyez plutôt chez le pneumologue quand vous ne connaissez pas le patient ?

M2 : non je... je pense que... sauf situation d'urgence et d'asthme euh (tousse), très, très déstabilisé au moment où on voit les patients, on peut se permettre de les revoir... quelque temps plus tard et d'aborder tranquillement le sujet de la mise en place du traitement de fond. Sauf situation particulière, d'asthme instable ou de situation de détresse respiratoire.. non mais dans l'immense majorité des cas on n'est pas dans l'urgence et donc on peut revoir les gens pour vraiment s'assurer qu'ils ont bien compris et mettre en place le traitement euh.. sans urgence en fait.

Moi : Quelles sont vos préoccupations avant de prescrire un CSI? est-ce que vous avez des craintes, des hésitations par exemple?

M2 : alors, euh.. ben oui ! alors euh, on revient évidemment à la notion d'observance, donc être sûr d'avoir bien passé les informations au patient, de l'avoir convaincu en fait de la nécessité de ce traitement de fond pour qu'il y adhère. Et il y a... peut-être aussi la question du dispositif, c'est-à-dire que selon l'âge de la personne, son niveau de compréhension, on peut-être amené à prescrire tel dispositif plutôt que d'autre parce que certains sont quand même plus faciles à utiliser ou alors on va les associer à une chambre d'inhalation mais bon... euh, c'est un petit peu euh... parce que ça va avec l'observance en fait, la difficulté c'est de trouver, pour chaque patient, le système en fait d'administration qui correspond à ses possibilités.

Moi : Selon vous quelles sont les représentations du patient concernant les CSI?

M2 : Alors elles peuvent être.. euh.. très différentes hein.. je dirais que, euh.. quand même, globalement, l'immense majorité des patients a bien compris, pour.. s'être informé par ailleurs de la nécessité d'un traitement de fond dans l'asthme, que ça passait obligatoirement par les CSI. Mais y'a encore des gens qui confondent, qui pensent, euh.. ça va les faire grossir.. alors là on parle de l'asthme de l'adulte donc euh... je parle pas des soucis des parents vis à vis des CSI. Mais pour les adultes euh... voilà il ont en tête quelques effets indésirables mais pas tant que ça je trouve, et on a vite fait de les rassurer sur ce sujet. Ils n'ont pas.. Je ne rencontre pas d'hostilité ou de méfiance importante vis à vis des CSI comme je peux le retrouver vis à vis des corticoïdes par voie orale ou injectable quoi, systémique.

Moi : donc y'a la prise de poids, et qu'est-ce qui revient d'autre ? De quoi les gens ont peur?

Alors, ils ont peur, c'est assez paradoxal mais ils ont peur de devenir dépendants euh.. du corticoïde. Donc on est obligé de leur expliquer que.. non ! que certes c'est un médicament qu'il vont prendre au long cours mais ce n'est pas une histoire de dépendance, c'est une histoire de nécessité de traitement puisque leur asthme c'est une maladie chronique qu'ils auront toute leur vie et que donc comme un diabétique, comme n'importe quel patient porteur d'une maladie chronique, il faut qu'ils aient un traitement au long cours. Donc y'a ça, parfois ils posent la question du régime sans sel. Aussi, euh.. et puis... et puis c'est tout!... En gros, je vois pas d'autre ... je, je... pour l'instant personne ne m'a posé d'autre question par rapport à une éventuelle réticence pour les corticoïdes.

Moi : D'accord, et à votre avis est-ce qu'il y a un impact sur leur observance, les patients qui ont peur?

M2 : oui bien sûr, bien sûr, c'est là qu'il faut faire preuve de persuasion, de pédagogie et là c'est vraiment notre rôle de les persuader que ils en tireront un bénéfice et ... et... exclusivement un bénéfice. Là en l'occurrence, moi je suis absolument convaincue qu'il n'y a pas d'effet, chez l'adulte, il n'y a pas d'effet secondaire particulier à attendre des CSI.

Moi : Avez-vous en tête des situations difficiles secondaires aux corticoïdes dans votre patientèle ou votre entourage? Pouvez-vous me les décrire?

M2 : toutes sortes de situations ? liées aux corticoïdes ?

Moi : qui ont été difficiles

M2 : oui, alors j'en ai une là récente, d'une patiente bipolaire, à qui j'ai prescrit, qui est asthmatique également et qui présentait donc une exacerbation de son asthme dans un contexte de .. viral hein. Et donc j'ai prescrit des corticoïdes per os sur quelques jours et en fait elle a un petit peu décompensé son trouble bipolaire, avec des troubles du sommeil et qui se sont fortement accentués et euh.. donc un épisode.. peut-être pas maniaque

mais bon enfin un petit peu limite et euh.. manifestement lié à cette prescription de corticoïdes per os ouais. Ouais ouais.

Moi : d'accord, et est-ce que ça a impacté votre pratique ultérieure?

M2 : Alors pour la prescription de CSI ? Ou de corticoïdes en général ?

Moi : de corticoïdes en général

M2 : Ben oui, oui, ... je pense que quand on a ce genre d'effet secondaire, on doit forcément en tirer euh... des conclusions et peut-être être plus attentif ou euh... s'entourer de précautions pour une prescription ultérieure éventuellement. Et peut-être euh... ça me limite pas dans mes prescription mais peut-être... sans doute être plus euh... plus discriminante en fait sur ses prescriptions.

Entretien avec M4 : le 06/01/2019, durée 9min54sec

Moi : Qu'est-ce que la maladie asthmatique selon vous?

M4 : Beh une maladie des poumons.. des bronches ! C'est une inflammation chronique des bronches.

Moi : y êtes-vous souvent confronté?

M4: Oui ! Très souvent.

Moi : En quoi consiste la prise en charge d'un patient asthmatique?

M4 : 1 : l'éducation, 2 : traitement au long cours, 3: traitement de crise et 4 une réévaluation euh... tous les 6 mois voire tous les un an s'il est équilibré.

Moi : D'accord, parlez moi d'un adulte asthmatique que vous suivez, comment va-t-il? Quel est son traitement de fond et qu'en pensez vous?

M4 : un adulte... euh... un homme de 30 ans, adulte de 30 ans, qui prend du Sérétide®. Euh... il a pas de crise mais des bronchites asthmatiformes, il en a fait une cet hiver.

Moi : quel est son traitement ?

M4 : Sérétide® matin et soir, du 400 je crois.

Moi : et que pensez vous de son traitement ?

M4 :J'en pense que s'il fait qu'une bronchite asthmatiforme ou en enfin en tout cas une crise dans l'année ça me convient à peu près.. Moi j'aimerais bien.. nous on peut pas trop les envoyer quand ils sont plutôt bien équilibrés chez le pneumologue car on en a pas beaucoup donc y'a que moi qui le suis. Il faudrait qu'il fasse un... vous savez le bordel là...

Moi : des EFR ?

M4 : oui des EFR, la spirométrie là mais moi mon appareil au cabinet il marche pas, on est en train de le réparer pour essayer de la faire remarcher.

Moi : Quelle place accordez-vous à la prescription de CSI dans l'asthme de l'adulte?

M4 : Ben c'est un truc que je mets en première intention.

Moi : Quels sont les déterminants vous amenant à les prescrire et sur quoi basez vous votre choix? La sévérité ou le contrôle?

M4 : beh la sévérité je peux pas trop. Euh... moi c'est sur le contrôle.. j'augmente les doses en fonction des crises. Et je rajoute des thérapeutiques en fonction, s'il est mal contrôlé. Parce que la sévérité à l'heure actuelle je peux pas la mesurer.

Moi : et vous faites beaucoup de première prescription ou c'est surtout du renouvellement ou de l'adaptation ?

M4 : *Oui je fais pas mal de première prescription.*

Moi : Que pensez-vous du traitement de fond par CSI chez l'adulte asthmatique? Les avantages, les inconvénients?

M4 : *Les avantages.. normalement c'est sensé marcher.. après les inconvénients c'est toujours pareil, c'est pas toujours évident à faire du coup y'en a certains, ben les gens un peu limités ils y arrivent pas. Soit ils le font pas bien soit ils n'y arrivent pas donc ils ne le prennent pas. euh... voilà, après bon c'est tout.*

Moi : *et l'intérêt du traitement ?*

M4 : *ben normalement c'est une baisse de l'inflammation chronique donc ça permet de réduire la probabilité de faire des crises d'asthme.*

Moi : Eprouvez-vous des difficultés à mettre en oeuvre cette prescription avec vos patients?

M4 : *Non. non non.*

Moi : *Aucune difficulté liée à vos connaissances ou habitudes ?*

M4 : *euh non non non.*

Moi : *liées au profil du patient ? Par exemple est-ce que les représentations du patient sont un obstacle dans votre prescription?*

M4 : *Non. Non. Ben après moi j'ai des patients qui sont très compliants hein, je suis à la campagne et les patients ils vont pas sur Doctissimo m'emmerder hein, je leur dis de prendre ça ils le prennent. Et y'a pas 36 médecins hein chez nous.. donc si vous voulez, ils sont pas emmerdants hein !*

Moi : *et y'a-t-il une influence de votre relation médecin-patient dans le choix de la prescription?*

M4 : *oui ça oui par contre, ça ça joue oui. Entre euh... en fonction du patient parfois je vais mettre des trucs en... comme la Ventoline® là en.. spray plutôt que le Sérétide® qu'il faut armer parce que y'en a ils comprennent pas donc.. Donc j'adapte le dispositif au niveau de compréhension du patient.*

Moi : *et est-ce que c'est plus facile de prescrire un CSI quand vous connaissez le patient que quand vous le connaissez pas ?*

M4 : *Pareil.*

Moi : Quelles sont vos préoccupations avant de prescrire un CSI?

M4 : *non j'en ai aucune... a priori non. Le seul truc que je me posais c'était sur la femme enceinte mais je crois que c'est autorisé chez la femme enceinte enfin de toute façon je regarde à chaque fois sur Le Crat. Je crois qu'il y a quasiment pas de contre indication toutes façons pour les CSI.*

Moi : Selon vous quelles sont les représentations du patient concernant les CSI?

M4 : *oh..ils connaissent pas hein... ils s'en fichent, pour eux c'est de la Ventoline® hein !*

Moi : *ah bon ils ne font pas la différence ?*

M4 : *off pas trop hein.*

Moi : *ils n'expriment pas de peur? sur les effets indésirables par exemple ?*

M4 : *beh quelques uns mais euh... c'est assez rare. Donc en général si vous voulez, ceux là... ceux là ils expriment des craintes par rapport aux corticoïdes mais ils écoutent ce qu'on dit. Donc quand on explique que normalement il n'y a pas trop de passage dans le sang et comme vraiment c'est quelque chose qui est efficace, en général ça passe. J'ai jamais eu de cas où un patient m'a dit qu'il voulait pas en prendre.*

Moi : *quel est l'effet secondaire qui revient le plus souvent?*

M4 : ben aucun, j'en ai pas eu pour l'instant. Pas trop non, j'ai pas eu de chose comme ça, non ils n'ont pas peur des corticoïdes, le seul truc qui peut les rebuter c'est qu'ils n'arrivent pas à le faire. Quand tu donnes ça, y'en a certains c'est pas facile hein !

Moi : Avez-vous en tête des situations difficiles secondaires aux corticoïdes dans votre patientèle ou votre entourage? Pouvez-vous me les décrire?

M4 : oh beh oui chez les diabétiques à chaque fois ça leur fait monter le sucre donc j'évite d'en prescrire, mais bon après c'est toujours les mêmes types de personnes, t'es obligé de leur mettre parce que bon sinon ça passe pas, en corticoïdes par voie orale hein. ça puis y'a une prise de poids aussi qu'il faut bien leur expliquer si tu les mets au long cours. On en met nous quelquefois au long cours, le Cortancyl®, sur des polyarthrites, euh... donc là ouais et puis les règles hygiéno-diététiques.

Moi : et avez vous un cas particulier d'un patient chez qui ça s'est mal passé la prise de corticoïdes ?

M4 : euh..... y'en a un ouais, j'en ai donné et bon, sucre au plafond, comme il était diabétique donc ça l'a vraiment embêté et puis ces patients vous savez à chaque fois t'as l'impression qu'ils sont trop aidés par ça donc dès que ça gonfle mais.. ça l'a foutu en l'air. Il était excité quoi enfin pas excité mais ça lui allait pas !

Moi : est-ce que la confrontation avec ce patient a impacté votre pratique ultérieure ?

M4 : oui, c'est-à-dire que j'explique du coup plus facilement au patient oui que ça va augmenter, sur des trucs qui me paraissaient évident parfois, je me rends compte que ça l'est moins sur le patient oui. Donc ça oui, j'adapte le discours, en tout cas je les préviens.

Moi : Mais ça ne change pas votre prescription? Vous en prescrivez quand même ?

M4 : ouais ouais ouais ouais j'en mets quand pareil ouais.

Entretien avec M15 : le 21/01/2019, durée 17min24sec

Moi : Qu'est-ce que la maladie asthmatique selon vous?

M15 : ben la maladie asthmatique pour moi, c'est... y'a une composante un peu génétique, un peu environnementale euh qui fait que les bronches se rétrécissent suite à un agent qui soit allergique, viral ou autre et qui du coup représente des manifestations cliniques type euh... toux euh dyspnée... donc voilà, je sais pas trop quoi te dire de plus...

Moi : y êtes-vous souvent confronté?

M15 : oui. Euh oui euh assez souvent. Ben on voit soit des patients qui renouvellent leur traitement donc plutôt en consultation de suivi et qui vont bien ou alors parfois des patients qui viennent en cas de crise suite à voilà une , des manifestations plutôt allergiques initialement ou alors viro-induit, donc oui assez souvent.

Moi : En quoi consiste la prise en charge d'un patient asthmatique?

M15 : euh... ben déjà il faut qu'il soit bien, enfin qu'il y ait un contrôle au long cours de sa maladie donc par exemple déjà si c'est lié à des allergènes, éviction des allergènes euh la vaccination, enfin une prise en charge de la vaccination au long cours grippale, Pneumo 23®, Prevenar 13® enfin des choses comme ça et en plus du coup des traitements médicamenteux. Et le traitement médicamenteux soit on a besoin que de traitement de crise quand ils sont pas très atteints voilà ou sinon un traitement au long cours avec des CSI avec des B2LDA.

Moi : parlez moi d'un adulte asthmatique que vous suivez, comment va-t-il? Quel est son traitement de fond et qu'en pensez vous?

M15: euh y'a une dame qui est asthmatique qui vient souvent nous voir au cabinet, qui est pas du tout contrôlée qui a des traitements, je pourrais pas te dire de tête tout ce qu'elle a mais je sais qu'elle a 3 anti-histaminiques au long cours, je voilà. euh... elle est sous BAAP + CSI + anticholinergiques + des aérosols de BAAC 3-4 fois par jour et malgré ça, et elle est souvent sous CO et malgré ça elle est pas contrôlée. Donc là elle va pas bien et même les pneumologues n'arrivent pas à la contrôler donc je peux pas faire grand chose de plus au cabinet.

Moi : et que penses-tu de son traitement ?

M15 : ben je pense que c'est un traitement de dernier recours en gros, le traitement n'est pas forcément adapté au mieux mais en gros cette patiente là déjà elle connaît tellement bien sa maladie qu'elle s'auto-traite toute seule, elle prend des CO toute seule. Euh, je ne comprends pas l'intérêt de mettre 3 antihistaminiques mais après je t'avoue que je suis pas trop trop informée dessus... mais pour moi il n'y a pas d'indication à mettre 3 traitements anti-histaminiques et voilà, elle a le maximum des doses en BAAP, en anticholinergiques elle a tout, les aérosols et elle est pas contrôlée donc je pense qu'elle a une maladie de base qui est grave euh... et son traitement je sais pas si c'est forcément les plus adaptés. En tout cas les antihistaminiques pour moi, les 3 antihistaminiques ...

Moi : et les CSI est à la posologie maximale aussi ?

M15 : Ah oui oui elle a la dose maximale, je me souviens des doses exactes de son traitement mais je sais qu'elle était à la dose maximale, je voulais monter et on pouvait pas.

Moi : Quelle place accordez-vous à la prescription de CSI dans l'asthme de l'adulte?

M15 : ben.... du coup moi je l'utilise chez des patients qui font des crises d'asthme de manière assez répétées, qui sont pas contrôlés et du coup c'est pour trouver un traitement de fond pour diminuer le traitement de crise et les crises en cours ... moi je l'utilise assez souvent, surtout chez les enfants après faut quand même essayer de les arrêter mais je trouve que pendant une période ça peut aider à contrôler la maladie.

Moi : et pour toi il arrive en quelle ligne du traitement de fond ?

M15 : ben c'est l'asthme modéré. Je sais que l'asthme léger non il me semble. C'est l'asthme modéré quand ils font je sais pas 2 à 3 crises par semaine, je me souviens plus exactement, faudrait que je relise mais 2 à 3 crises par semaine qui font des crises la nuit, qui sont pas soulagés par le traitement de courte durée d'action.

Moi : mais tu les mets avant les BAAP ou l'inverse ?

M15 : moi je les mets avant.

Moi : Quels sont les déterminants vous amenant à les prescrire et sur quoi basez vous votre choix ? vous basez vous sur la sévérité ou sur le contrôle de l'asthme?

M12 : euh...moi je les mettrais plutôt en cas de, les 2 en fait si un patient est sévère et que j'arrive pas à contrôler enfin si imaginons je mets un traitement de crise pour 7 jours et il est pas contrôlé dans ces cas là je lui mettrais un traitement de fond et euh...enfin oui pour le traitement au long cours aussi.

Moi : utilisez-vous un support pour évaluer l'indication du CSI?

M15 : tu veux dire un support papier ?

Moi : par exemple des recommandations, GINA par exemple ?

M15 : ça je me souviens plus, je me souviens de l'avoir appris mais j'avoue que ça fait longtemps que je l'ai pas relu.

Moi : Que pensez-vous du traitement de fond par CSI chez l'adulte asthmatique? Les avantages, les inconvénients?

M15 : ben les avantages du coup ça permet le contrôle de la maladie, ça permet de moins recourir au traitement de crise, ça permet d'améliorer la qualité de vie du patient. Voilà et les inconvénients, c'est des corticoïdes donc euh au long cours c'est pas le top, même si c'est inhalé, y'a quand même une petite partie pour moi qui passe un peu dans le sang. Donc au long cours pour moi c'est pas le top et euh.. tous les effets secondaires, les mycoses buccales et les choses comme ça. Je pense que ça peut sélectionner certains germes aussi, voilà.

Moi : pour toi ça a les mêmes effets systémiques que les CO ?

M15 : non ! pour moi non.

Moi : quel est selon toi l'intérêt du traitement ?

M15 : ben du coup améliorer la qualité de vie du patient, diminuer leurs crises, donc diminuer leurs crises d'asthme, améliorer leur qualité de vie et contrôler leur maladie.

Moi : Comment initiez vous ce traitement ?

M15 : ben du coup déjà, en général je le mets une à deux bouffées matin, une à deux bouffées le soir. Euh... voilà, je leur dis de bien se mettre debout, d'expirer ensuite d'inspirer, de bien se rincer la bouche après. Et que dans tous les cas il va pas agir tout de suite tout de suite, que c'est un traitement de fond, qu'il faut laisser le temps et tout ça, je sais pas voilà.

Moi : et est-ce que vous avez des démonstrateurs pour montrer au patient le système d'inhalation?

M15 : oui, en général oui.

Moi : donc tu leur montres le geste ?

M15 : oui, oui.

Moi : Eprouvez-vous des difficultés à mettre en oeuvre cette prescription avec vos patients?

M15 : non en général non.

Moi : Avez vous des difficultés liées à vos connaissances ou habitudes pour prescrire des CSI ?

M15 : ben c'est sûr que par rapport aux recos et tout ça, faudrait que je me remette à jour parce que y'a des choses je pense qui ont changé. C'est vrai que la classification GINA je l'avais appris pour l'ECN quoi. Et je trouve qu'il n'y a pas vraiment d'outil enfin en tout cas à ma connaissance, y'a pas vraiment d'outil qui permette de vraiment, je sais qu'il y a des tableaux des choses comme ça mais que j'ai pas relus depuis longtemps, qui permettent d'appliquer la théorie à la pratique, je trouve que c'est pas évident.

Moi : Avez vous des difficultés liées au profil du patient ? Par exemple est-ce que les représentations du patient sont un obstacle dans votre prescription?

M15 : non.

Moi : et y'a-t-il une influence de votre relation médecin-patient dans le choix de la prescription?

M15 : non, pour moi non.

Moi : par exemple est-ce que c'est plus facile pour toi d'initier un CSI chez quelqu'un que tu connais que quelqu'un que tu vois pour la première fois ?

M15 : ben les CSI pour moi c'est rare que je les initie la première fois à part si le patient est assez sévère mais je préfère quand même avoir un recul, je veux dire on est pas vraiment dans l'urgence de les mettre... voilà, en général j'essaie de les revoir enfin oui, en soi je les mettrais pas forcément, je les mettrais plus facilement à un patient que j'ai vu plusieurs fois qu'à un patient que j'ai jamais vu.

Moi : Quelles sont vos préoccupations avant de prescrire un CSI?

M15 : euh.... préoccupations.... je réfléchis..... ben déjà que le patient soit pas porteur d'une infection sous-jacente.... bon après c'est des CSI donc voilà mais qu'il soit pas porteur d'une infection sous-jacente ou il peut-être un peu déséquilibré par les CSI, le diabète, enfin des choses comme ça... après c'est des CSI donc voilà, c'est pas non plus per os mais des choses auxquelles je fais un peu attention, de type fièvre, infection sous-jacente, diabète, obésité, voilà....

Moi : avez vous des craintes ou des hésitations ?

M15 : ben en fait sincèrement pour moi, les CSI euh... c'est beaucoup moins fort que les CO, souvent ils passent pas beaucoup dans le sang et tout ça donc je suis beaucoup moins réticente pour les prescrire que les CO par exemple. Beaucoup beaucoup moins.

Moi : Selon vous quelles sont les représentations du patient concernant les CSI?

M15 : ben je sais que la plupart des patients ne se rendent pas trop compte de ce que c'est comme médicament. Ils les inhalent comme la Ventoline®, pour eux c'est pas forcément différent... Je pense que si tu leur expliques pas forcément, ils ne se rendent pas forcément compte de ce que c'est.

Moi : et quand tu leur expliques, ils ont peur des CSI?

M15 : ben y'en a qui ont un peu peur quand je leur explique enfin un peu peur.. y'en a qui font un peu plus « ah oui d'accord la mycose buccale, nanana... » mais non après, ça dépend des fois hein, quand je leur explique que voilà c'est pour les stabiliser sur le long terme, améliorer leur qualité de vie et tout ça et que ça sera pas forcément un traitement qu'on va mettre euh.. sur 2 ans 3 ans quoi. C'est un traitement qu'on met déjà pour 3 mois, qu'on va réévaluer, voir l'indication ou pas, après ils comprennent je trouve.

Moi : et donc tu as tendance à pas trop expliquer pour pas qu'ils t'embêtent ou tu expliques à tout le monde ?

M12 : oui ça peut arriver. C'est pas bien hein....

Moi : c'est humain.. et est-ce qu'ils arrivent avec des a priori ou des peurs quand tu leur dis que c'est un CSI ?

M15 : ben franchement par rapport à la population que je suis à Gennevilliers, c'est une population défavorisée. Je dis pas que les gens défavorisés s'intéressent moins aux médicaments et tout ça mais c'est pas enfin tu vois ils sont plutôt dans la confiance avec le médecin et sont pas trop dans la crainte, ils ont pas trop de questions, ils disent « ah je vous fais confiance Docteur », enfin voilà. Je trouve, c'est mon avis.

Moi : et à votre avis est-ce que les représentations impactent leur observance?

M15 : ben oui je pense que sûrement. Parce que du coup s'ils ont des réticences et que tu réponds pas à leurs questions c'est difficile pour eux d'être observants à un traitement auquel ils font pas forcément confiance.

Moi : et si les patients sont réticents, est-ce que c'est facile de les faire changer d'avis avec des explications ?

M15 : ben moi ça m'est arrivé une ou deux fois qu'ils soient pas forcément pour, qu'ils aient peur et tout ça et en leur expliquant ils étaient plutôt d'accord. Après je suis pas avec eux, chez eux pour voir si ils le font bien et s'ils sont observants mais en tout cas euh, enfin je leur en parle et en général ils sont quand même assez d'accord quoi.

Moi : Avez-vous en tête des situations difficiles secondaires aux corticoïdes dans votre patientèle ou votre entourage? Pouvez-vous me les décrire?

M15 : euh ben en tout cas en cas de crème par exemple, y'a beaucoup de patients atopiques, par exemple pour de l'eczéma ou des choses comme ça. Y'a beaucoup de patients qui ne se rendent pas forcément compte de ce que c'est et qui en mettent des tar-

tines partout, sur le visage, partout et pendant genre 1 mois alors que tu vois j'essaie de leur expliquer... donc ça ça m'embête un peu, ils ne se rendent pas trop compte de ce que c'est, ils pensent que c'est une crème donc une crème c'est pas un médicament, c'est pas quelque chose de grave et tout ça. Et euh ... par exemple l'autre dame dont je t'ai parlé, celle qui a un asthme vraiment pas bien contrôlé, ben elle prend un peu le Solupred® comme... un peu comme un bonbon quoi... j'exagère mais je sais que elle se sent pas bien équilibrée du coup elle va facilement en prendre... mais je crois qu'elle se rend pas forcément compte des impacts que ça peut avoir... en plus il y a forcément un effet rebond quand elle l'arrête. Enfin voilà.

Moi : et tu as déjà du gérer des effets secondaires chez ces patients ?

M15 : ben j'ai déjà eu des patients qui les mettaient en topique au niveau du visage de leur enfant et du coup ça fait des dépigmentations. Ils ne s'en rendent pas forcément compte initialement et ils n'ont pas écouté qu'il ne fallait vraiment pas en mettre sur le visage et tout ça. Euh... après voilà la patient elle a des effets rebonds post CO, après des infections j'en ai pas eu, diabète cortico-induit, j'en ai déjà vu en hospi mais pas là quoi, pas en ville...

Moi : et est-ce que ça a impacté votre pratique ultérieure de revoir ces patients avec des effets secondaires ?

M15 : ben... enfin oui, moi je trouve que je suis plus vigilante au niveau des corticoïdes topiques par exemple sur le visage ou des choses comme ça. Enfin j'ai toujours un peu expliqué quand même qu'il fallait mettre une noisette, qu'il fallait respecter la dose, une semaine, enfin voilà j'ai toujours été un peu explicite de ce côté là et je continue toujours à le faire autant car je me rends compte quand même qu'il peut y avoir vraiment des effets qui sont pas graves hein mais type dépigmentation, des choses comme ça... mais per os, moi je suis toujours un peu, j'ai toujours un peu peur de les mettre. Parce que... j'ai toujours peur de faire flamber une infection ou enfin... voilà faire flamber une infection ou après c'est pas sur une CO de 5 jours que tu va faire un diabète mais bon après les patients ils te revoient 5 jours après... enfin après ils voient quelqu'un d'autre donc c'est un peu compliqué.

RÉSUMÉ

Introduction : Le contrôle de l'asthme reste sous-optimal malgré des recommandations internationales et une thérapeutique efficace : les corticoïdes inhalés.

Objectif: Analyser les freins et les moteurs à la prescription de corticoïdes inhalés par les médecins généralistes dans l'asthme de l'adulte.

Méthode: Étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec approche par théorisation ancrée. La population d'étude comprenait quinze médecins généralistes de profils différents, recrutés par un échantillonnage raisonné à variation maximale. La retranscription et l'analyse thématique par comparaison constante ont été réalisées avec le logiciel NVivo12pro®.

Résultats: La prescription de corticoïdes inhalés était donc influencée par plusieurs facteurs tels que les représentations du médecin vis à vis des corticoïdes et de ses patients, les connaissances du médecin, la qualité de la relation médecin-patient et le temps disponible pour l'éducation du patient. Le patient intervenait également dans cette prescription par le biais de ses représentations génératrices d'inobservance. La corticophobie était liée à une confusion entre corticothérapie orale et inhalée et à la méconnaissance de la maladie.

Conclusion: La qualité de la relation médecin-patient est apparue essentielle au meilleur contrôle de l'asthme par le biais de l'éducation thérapeutique du patient. Deux perspectives ont émergé de notre étude : mieux former les médecins généralistes à la communication en santé et diversifier les acteurs de l'éducation thérapeutique.

Mots-clés : Asthme, Corticostéroïdes inhalés, Inobservance, Corticophobie, Relation médecin-patient, Éducation thérapeutique du patient, Recherche qualitative, Médecine générale.

ADRESSE DE L'UFR: Faculté de Médecine René Descartes – Département de Médecine Générale – 156, rue de Vaugirard – 75015 Paris.