



HAL
open science

Éducation thérapeutique chez le patient asthmatique : de l'hôpital à la ville est-ce réalisable ?

Élise Dupuy

► **To cite this version:**

Élise Dupuy. Éducation thérapeutique chez le patient asthmatique : de l'hôpital à la ville est-ce réalisable?. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03158741

HAL Id: dumas-03158741

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03158741>

Submitted on 4 Mar 2021

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

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

Université de Picardie Jules Verne

Faculté de Pharmacie d'Amiens

THÈSE n° 6

Pour le diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Soutenue publiquement le 31 Janvier 2020

Par Elise DUPUY

**Éducation thérapeutique chez le patient
asthmatique : de l'hôpital à la ville est-ce
réalisable ?**

Membres du jury

Président :

Mr le Professeur Michel BRAZIER : Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie Amiens

Membres :

Mme le Docteur Aurélie TERRIER-LENGLET : Maître de conférences des Universités, Faculté de Pharmacie Amiens

Mme Elisabeth POPIN : Pneumologue-Allergologue, CHU Amiens

Mme Audrey VILLAIN : Pharmacien thésé, Faculté de Pharmacie Amiens

REMERCIEMENTS

Mes plus sincères remerciements

A Monsieur Le Professeur Michel BRAZIER, président de jury, pour avoir accepté de présider ma thèse.

A Madame Aurélie TERRIER-LENGLET, directrice de thèse et membre du jury, pour avoir bien voulu encadrer cette thèse.

Un grand merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements.

Aussi, je vous remercie sincèrement pour tous vos enseignements en cours de ces années d'études, notamment sur l'éducation thérapeutique qui m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

A Madame Elisabeth POPIN, pneumologue-allergologue, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Je tenais à vous remercier pour votre disponibilité et votre aide lors de la réalisation de mon questionnaire dans votre service. Merci d'avoir porté un intérêt à ce projet, de m'avoir aiguillé dans la réalisation des questions, de m'avoir accordé de votre temps, d'avoir pu assister à vos consultations et de m'avoir laissé du temps avec vos patients pour les interroger.

A Madame Audrey VILLAIN, pharmacien thésé, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Un grand merci pour tous ces moments partagés avec toi, notre entraide lors de ces six années d'étude. A nos moments de stress, de doute mais également de bonheur et de joie. Merci pour tout.

A mes parents adorés, Claire et Adrien, pour votre soutien tout au long de mes études, pour avoir toujours cru en moi, pour m'avoir redonné confiance lors des moments plus difficiles. Je ne pourrais jamais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Merci à Claire, ma petite pharmacienne adorée, pour toutes ces années où on s'est soutenu lors de ces études, nos longues heures de révisions acharnées. Merci pour tout.

A mon chéri, Camille, pour ton soutien lors de la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir encouragé sans cesse, d'avoir cru en moi.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS :	6
LISTE DES FIGURES :	7
LISTE DES TABLEAUX :	8
LISTE DES ANNEXES :	9
1. INTRODUCTION :	10
1.1. GÉNÉRALITÉS :	10
1.1.1. Définition et physiopathologie :	10
1.1.2. Épidémiologie :	10
1.1.3. Formes cliniques et complications :	11
1.2. LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE L'ASTHME :	12
1.2.1. La stratégie thérapeutique :	12
1.2.2. Le traitement de crise :	13
1.2.3. Le traitement de fond :	14
1.2.4. Les différents dispositifs d'inhalation :	17
1.3. LA PLACE DU PHARMACIEN DANS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :	19
1.3.1. Définition de l'éducation thérapeutique (ETP) :	19
1.3.2. Les bénéfices de l'ETP dans l'asthme :	20
1.3.3. Entretiens pharmaceutiques en officine : aspect législatif et contenu	21
2. MATERIELS ET MÉTHODES :	23
2.1. LE QUESTIONNAIRE PATIENT :	23
2.2. VALIDATION DU QUESTIONNAIRE :	24
2.3. RECRUTEMENT ET POPULATION ÉTUDIÉE :	24
3. RÉSULTATS :	24
3.1. PRÉSENTATION DE LA POPULATION :	24
3.2. ASTHME ET TRAITEMENTS :	28
3.3. ASTHME ET VACCINATION :	35
3.4. RELATION PATIENT-PHARMACIEN VIS-À-VIS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :	35
4. DISCUSSION :	39
4.1. LES FACTEURS FAVORISANT UNE CRISE D'ASTHME :	40
4.2. LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LE PATIENT ASTHMATIQUE :	41

4.3. L'OBSERVANCE ET L'ADHÉSION AUX TRAITEMENTS :.....	42
4.4. LA VACCINATION CHEZ LE PATIENT ASTHMATIQUE :.....	46
4.5. LA PLACE DU PHARMACIEN POUR ÉDUCER LE PATIENT ASTHMATIQUE :.....	46
4.6. ÉDUCER LE PATIENT DÈS L'HOSPITALISATION ET POURSUIVRE À L'OFFICINE :.....	48
4.7. LES LIMITES DU TRAVAIL :	49
5. CONCLUSION :	50
6. BIBLIOGRAPHIE :	51
7. ANNEXES :	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ETP : Éducation thérapeutique

AAG : Asthme aigu grave

CHU : Centre hospitalo-universitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

AVK : anti-vitamine-K

AOD : anticoagulant oral d'action directe

DEP : Débit expiratoire de pointe

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Schéma d'une bronche saine (à gauche) et d'une bronche atteinte pendant une crise d'asthme (à droite).

Figure 2 : Les recommandations du GINA 2019 (Global initiative for Asthma) pour la prise en charge du patient asthmatique suivant son degré de sévérité ⁸.

Figure 3 : Dispositif de rémunération des entretiens pharmaceutiques en officine.

Figure 4 : Graphique représentant l'impact de la maladie sur la qualité de vie d'après le patient sur une échelle de 0 à 10.

Figure 5 : Graphique représentant la durée depuis laquelle les patients sont asthmatiques.

Figure 6 : Répartition des facteurs déclenchants de crise d'asthme dans la population étudiée.

Figure 7 : Diagramme représentant la durée depuis laquelle les patients de l'étude fument.

Figure 8 : Diagramme qui représente le nombre de cigarettes fumées par jour.

Figure 9 : Graphique représentant les différents dispositifs utilisés

Figure 10 : Diagramme représentant la fréquence d'utilisation du traitement de crise.

Figure 11 : Diagramme représentant le nombre de nuit dans le mois où les patients ont déclenché une ou plusieurs crises d'asthme.

Figure 12 : Diagramme représentant le fréquence d'oubli du traitement de fond.

Figure 13 : Diagramme représentant le pourcentage de patients qui ont eu des effets indésirables dus au traitement.

Figure 14 : Diagramme représentant les différentes appréciations que peut donner le patient sur les explications du pharmacien.

Figure 15 : Diagramme montrant les actions mises en place par le pharmacien.

Figure 16 : Diagrammes représentant le pourcentage des patients déjà sollicités par la caisse d'assurance maladie (programme Sophia) à gauche ; et par la maison du souffle à Amiens à droite.

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Traitements recommandés dans la prise en charge du patient asthmatique suivant le pallier de sévérité de l'asthme.

Tableau 2 : Récapitulatif des traitements de crise avec la posologie et les effets indésirables principaux

Tableau 3 : Récapitulatif des traitements de fond avec la posologie et les effets indésirables principaux

Tableau 4 : Récapitulatif des différents types d'inhalateurs

Tableau 5 : Réponses des patients sur les recommandations en cas de crise

Tableau 6 : Liste des différentes spécialités utilisées en traitement de fond

LISTE DES ANNEXES :

Annexe 1 : tableau récapitulatif des différents traitements de l'asthme (traitement de crise et traitement de fond).

Annexe 2 : Questionnaire patient réalisé dans le service de Pneumologie du CHU SUD Amiens.

Annexe 3 : Fiche conseil sur les facteurs déclenchants et les conseils pour les éviter.

Annexe 4 : Test de Fagerström pour le sevrage tabagique.

Annexe 5 : Plan de crise à remettre au patient.

Annexe 6 : Application « Asthmacrise ».

Annexe 7 : Extraits du guide ZEPHIR (application téléchargeable sur internet pour visionner les techniques d'inhalation des dispositifs utilisés dans l'asthme).

Annexe 8 : Test de Contrôle de l'Asthme (TCA).

Annexe 9 : Test de Morisky (test pour évaluer l'observance).

Annexe 10 : Test Girerd (observance)

1. INTRODUCTION

1.1.GÉNÉRALITÉS :

1.1.1. Définition et physiopathologie :

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, entraînant des épisodes récidivants d'essoufflements, d'oppression thoracique, de toux et sifflements associés à une obstruction bronchique réversible.

On observera alors une bronchoconstriction et une inflammation localisée au niveau des bronches (figure 1).

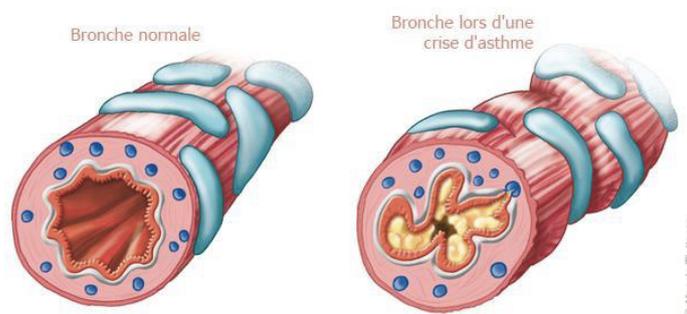


Figure 1 : Schéma d'une bronche saine (à gauche) et d'une bronche atteinte pendant une crise d'asthme (à droite).

1.1.2. Épidémiologie :

L'asthme constitue un véritable enjeu de santé publique depuis de nombreuses années de part sa fréquence, sa mortalité, son impact sur la qualité de vie.

En effet, l'OMS recense 300 millions d'asthmatique dans le monde, dont 30 millions en Europe et **4,5 millions en France**¹.

En France, la prévalence avoisine les 7%. Les **enfants** sont plus touchés que les adultes : 15% vs 8-10% avec une prédominance pour les garçons. Il n'est pas rare que l'asthme déclenché pendant l'enfance disparaisse à l'âge adulte²⁻³.

Un second pic peut être observé vers **50 ans** où les femmes sont plus atteintes que les hommes.

Quant à la mortalité, on comptait en France, 2000 morts par an avant les années 2000. Grâce à l'amélioration de la prise en charge des patients asthmatiques et au développement de nouveaux

traitements, on peut observer depuis cette période une **baisse de la mortalité** : environ 1100 décès en 2005. Ce taux reste tout de même élevé car la plupart de ces décès sont **évitables** ⁴.

Enfin, parmi les personnes asthmatiques, **27 à 60%** ne contrôlent pas bien leurs symptômes. Ce qui donne lieu fréquemment à des hospitalisations : on en dénombre **100 000/an** dont **15 000** pour une crise d'asthme aigu grave.

L'asthme est aussi responsable de 7 millions de journées d'arrêt de travail par an, ce qui a un réel impact sur la qualité de vie ⁵.

1.1.3. Formes cliniques et complications :

Il existe deux grands types d'asthme : l'asthme intermittent et l'asthme persistant ⁶.

L'asthme intermittent est occasionnel et bref, il n'y a aucun signe clinique entre les crises. Celles-ci peuvent apparaître après un effort physique, un stress, ou encore après un contact avec un allergène par exemple.

L'asthme persistant, quant à lui, peut être léger, modéré ou sévère.

L'asthme persistant léger ne nécessite pas de traitement quotidien, on aura des symptômes 1 à 2 fois par semaine avec un asthme nocturne moins de deux fois par mois.

L'asthme persistant modéré nécessite un traitement quotidien avec un asthme nocturne assez fréquent (au moins une fois par semaine).

L'asthme persistant sévère est généralement non contrôlé avec des symptômes quasiment permanents et un asthme nocturne plusieurs fois par semaine.

On compte plusieurs formes de complications dont la principale est la crise d'asthme qui s'aggrave. On parle d'abord d'exacerbation de l'asthme qui est un enchaînement de crises répétées sur plusieurs jours. S'il n'est pas pris en charge correctement il peut dégénérer en un asthme aigu grave (AAG) dont le pronostic vital est mis en jeu et nécessite une prise en charge de toute urgence⁷.

Les principaux signes cliniques de l'AAG sont : polypnée, sibilants intenses bruyants, tirage avec dépression au niveau du thorax, sueurs, somnolence, fréquence cardiaque accélérée, extrémités bleu-violacées caractéristique du manque d'oxygène.

D'où l'importance de ne pas minimiser une crise d'asthme, de bien suivre son traitement pour éviter toute complication qui pourrait être fatale.

1.2. LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE L'ASTHME :

1.2.1. La stratégie thérapeutique :

L'asthme nécessite une prise en charge thérapeutique adaptée à chaque individu dont le but est de réduire les symptômes cliniques, diminuer la fréquence et l'intensité des crises voire même de les faire disparaître. En effet, un asthmatique bien contrôlé ne fait plus de crise d'asthme.

L'objectif du traitement est aussi de favoriser le retour à une vie normale sans gêne au quotidien ; ainsi qu'une normalisation de la fonction ventilatoire.

On aura, suivant la sévérité de l'asthme (pallier 1 à 5) une prise en charge différente :

PALLIERS	SYMPTOMES	TRAITEMENT
Pallier 1 <u>Asthme léger et intermittent</u>	Symptômes intermittents < 1 fois / semaine Crises brèves Symptômes d'asthme nocturne < 2 fois / mois Absence de symptômes entre les crises DEP ou VEMS > 80% des valeurs prédites Variabilité du DEP < 20% - de 3 utilisations d'un β2- stimulant / semaine	<u>Utilisation occasionnelle d'un bronchodilatateur</u> β2- stimulant à la demande pas plus de 3 fois/semaine
Pallier 2 <u>Asthme persistant léger</u>	Symptômes > 1 fois/semaine mais < 1fois / jour Crise pouvant retentir sur l'activité et le sommeil Symptôme d'asthme nocturne > 2 fois / mois DEP ou VEMS > 80% des valeurs prédites Variabilité du DEP entre 20 et 30% + de 3 utilisations d'un β2- stimulant / semaine	<u>Corticoïde inhalé (CSI) utilisé régulièrement à faible dose (200 à 500 µg/ j)</u> Ou Antileucotriène + à la demande un β2- stimulant
Pallier 3 <u>Asthme persistant léger</u>	Idem pallier 2 mais non soulagé par le traitement de ce pallier	<u>CSI faible dose + BALA</u> Ou CSI faible dose + antileucotriène Ou CSI faible dose + Théophylline Ou CSI à dose moyenne (500 à 1000 µg/j) + à la demande un β2- stimulant
Pallier 4 <u>Asthme Persistant modéré</u>	Symptômes quotidiens Crise retentissant sur l'activité et le sommeil Symptômes d'asthme nocturne >1 fois/semaine DEP ou VEMS > 60 % et < 80% des valeurs prédites et variabilité du DEP > 30% Utilisation quotidienne d'un β2- stimulant	<u>Corticoïde à fortes doses inhalé quotidiennement</u> Corticoïde inhalé (800 à 2000 µg / jour) + β2- stimulant LD et/ou théophylline LP le soir et/ou antileucotriènes + à la demande un β2- stimulant
Pallier 5 <u>Asthme persistant sévère</u>	Symptômes permanents Crises fréquentes Symptômes d'asthme nocturne fréquent Activités physiques limitées par l'asthme DEP et VEMS < 60% des valeurs prédites Variabilité du DEP > 30%	<u>Addition d'un corticoïde oral pris régulièrement au traitement du pallier 4</u> Et/ou Anti-IgE (Omalizumab –XOLAIR) dans l'asthme allergique + à la demande un β2- stimulant

CSI : corticostéroïdes inhalés ; BALA : beta2 agoniste de longue durée d'action

Tableau 1 : Traitements recommandés dans la prise en charge du patient asthmatique suivant le pallier de sévérité de l'asthme.

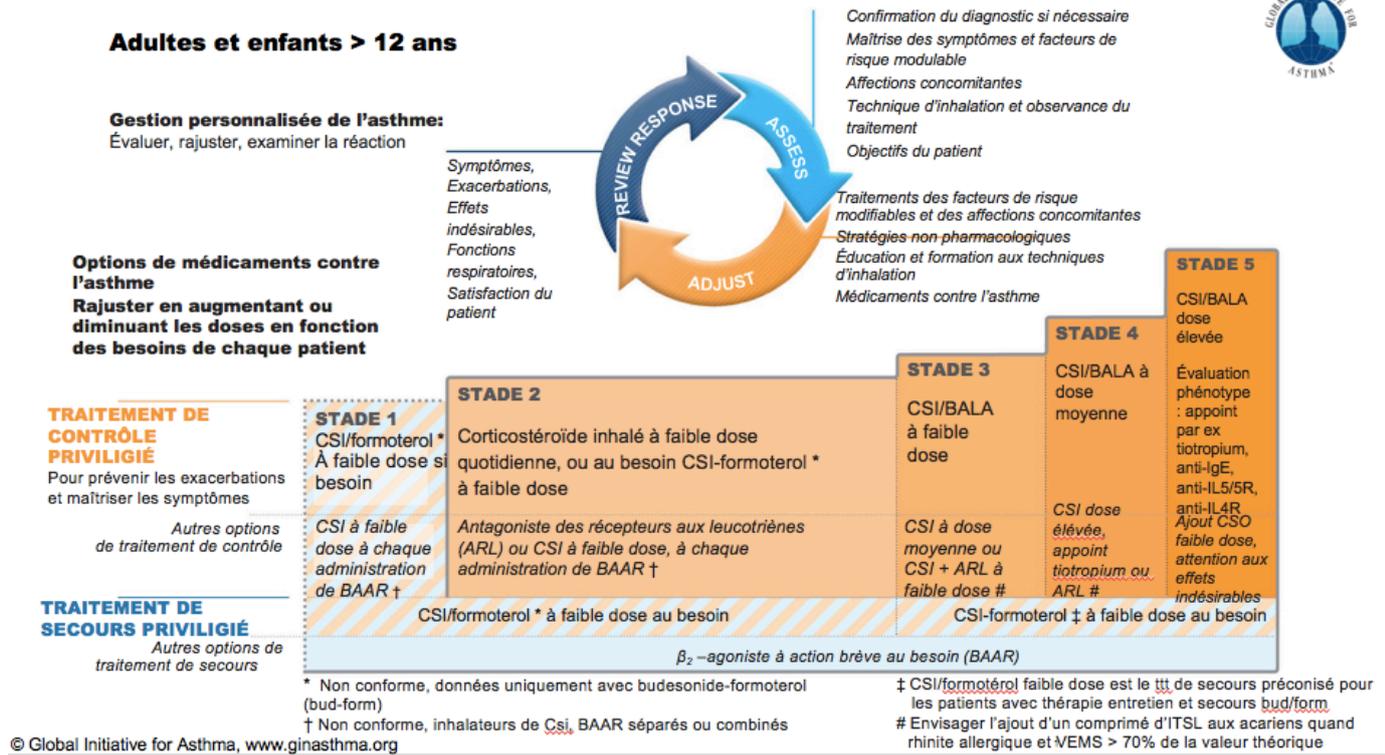


Figure 2 : Les recommandations du GINA 2019 (Global initiative for Asthma) pour la prise en charge du patient asthmatique suivant son degré de sévérité ⁸.

1.2.2. Le traitement de crise :

Le traitement de crise est un traitement à prendre dès les premiers symptômes, c'est-à-dire apparition de la toux, sifflements, oppression thoracique, difficultés respiratoire.

Il va permettre de dilater quasiment instantanément les bronches.

On peut aussi le donner en prévention de l'asthme d'effort chez des personnes qui vont systématiquement déclencher une crise d'asthme suite à un effort physique. On leur conseillera alors de prendre leur traitement juste avant.

On peut répertorier plusieurs molécules :

DCI	Spécialité	Posologie	Effets indésirables
Béta-2-agoniste à courte durée d'action en suspension			
Salbutamol	VENTOLINE*, AIROMIR* AUTOHALER Suspension 100µg	<u>Crise d'asthme et exacerbations</u> : 1 à 2 bouffées répétées si besoin après quelques minutes <u>Prévention de l'asthme d'effort</u> : 1 à 2 bouffées 15 à 30 mn avant l'effort	Tachycardies, palpitations, tremblements, céphalées <u>A fortes doses:</u> hypokaliémie, hyperglycémie
Béta-2 agoniste à courte durée d'action (en poudre)			
Salbutamol	VENTILASTIN*NOVOLIZER100 µg	<u>Crise d'asthme et exacerbations</u> : 1 à 2 bouffées répétées si besoin après quelques minutes <u>Prévention de l'asthme d'effort</u> : 1 à 2 bouffées 15 à 30 mn avant l'effort	Tachycardies, palpitations, tremblements, céphalées <u>A fortes doses:</u> hypokaliémie, hyperglycémie, irritation de la gorge, enrouement (poudre)
<u>Terbutaline</u>	BRICANYL* TURBUHALER 500 µg		

Tableau 2 : Récapitulatif des traitements de crise avec la posologie et les effets indésirables principaux :

Les beta-2-agonistes de **courte** durée d'action sont des **bronchodilatateurs d'action rapide**. Ils agissent en luttant contre la contraction anormale des muscles de la paroi des bronches.

Le Salbutamol et la Terbutaline sont des agonistes des récepteurs bêta-adrénergiques présentant une action beaucoup plus sélective sur les récepteurs bêta-2. Ils exercent une action stimulante sur les récepteurs bêta-2 du muscle lisse bronchique, assurant ainsi une **bronchodilatation rapide**, significative en quelques minutes, et persistant pendant 4 à 6 heures.

1.2.3. Le traitement de fond :

Le traitement de fond est, quant à lui, un traitement à prendre au long court chez des patients qui présentent un asthme persistant plus ou moins sévère.

Il existe plusieurs classes thérapeutiques dont les corticoïdes inhalés qui constituent le pilier du traitement de fond (confère figure 2) :

DCI	Spécialité	Posologie	Remarque
Corticoïdes en suspension			
Béclométasone	BECLOSPRAY 50 µg BECLOJET 250 µg, BECLOSPRAY 250 µg, BECOTIDE 250 µg, ECOBEC	Adulte : 500 à 2000 µg/j Enfant : 250 à 1000 µg/j	Mycoses oropharyngées (se rincer la bouche après administration), dysphonie... A forte dose : troubles cutanés, oculaires, hypokaliémie
	QVAR 100 µg	Adulte : 200 à 800 µg/j Enfant : 100 à 400 µg/j	
Budésonide	PULMICORT 100, 200 et 400 µg	Adulte : jusque 1600 µg/j Enfant : jusque 800 µg/j	
Fluticasone	FLIXOTIDE 50, 125 et 250 µg	Adulte : jusque 2000 µg/j Enfant > 1an : jusque 200 µg/j Enfant > 4 ans : jusque 400 µg/j	

Corticoïdes en poudre			
Béclométasone	BECLOSPIN 400 ou 800 µg BEMEDREX Easyhaler 20 µg MIFLASON Aerolizer 100, 200 et 400 µg	Adulte : 400-2000 µg/j Enfant : 200-400 µg/j	Mycoses oropharyngées (se rincer la bouche après administration), dysphonie... A forte dose : troubles cutanés, oculaires, hypokaliémie
Budésonide	MIFLONIL 200 ou 400 µg NOVOPULMON Novolizer 200 et 400 µg PULMICORT Turbuhaler pdre 100 (enfant), 200 et 400 µg	Adulte : jusque 1600 µg/j Enfant : jusque 800 µg/j	
Fluticasone Ciclésone	FLIXOTIDE Diskus pdre 100, 250 et 500 µg ALVESCO 80 et 160 µg	Adulte : 200-2000 µg/j Enfant 100-400 µg/j + 12ans : 160 µg/j	

Corticoïdes + Béta-2 agoniste à longue durée d'action			
Béclométasone + Formotérol	INNOVAIR Solution 100 µg/6µg et nexthaler FORMODUAL solution et nexthaler	1 à 2 inhalations deux fois par jour	Cumul des effets indésirables des 2 molécules
Budésonide + Formotérol	SYMBICORT Turbuhaler Poudre 100µg/6µg, 200µg/6µg, 400µg/12µg DUORESP SPIROMAX 160/4,5 ou 320/9	1 inhalation 1 à 2 fois par jour (Maximum 1600 µg/j) Enfant : utiliser le dosage 100 µg	
Fluticasone + Salmétérol	SERETIDE Diskus Poudre 100µg/50µg, 250µg/50µg, 500µg/50µg SERETIDE Susp. 50µg/25µg, 125µg/25µg, 250µg/25µg	1 inhalation 2 fois par jour Enfant : utiliser le dosage 50µg/25µg	
Fluticasone + Vilantérol	RELVAR Ellipta 92/22 µg (BPCO)	1 inhalation par jour à la même heure	
Fluticasone + Formotérol	FLUTIFORM susp. 50 µg/5µg, 125 µg/5µg	2 inhalations matin et soir (adulte et enfant > 12 ans)	

Béta-2 agoniste à longue durée d'action			
Formotérol	ASMELOR® NOVOLIZER pdre 12µg FORADIL® Pdre en gélules 12µg FORMOAIR® Suspension 12µg	Traitement de fond : 12 µg 2fois/j Prévention de l'asthme d'effort : 12 à 24 µg 30 mn avant l'effort	Tachycardies, palpitations, tremblements, céphalées A fortes doses: hypokaliémie, hyperglycémie, irritation de la gorge, enrouement (poudre)
Salmétérol	SEREVENT® Suspension 25µg SEREVENT® DISKUS Pdre 50µg	Traitement de fond : 50µg 2fois/j (dose max: 200µg/j) Prévention de l'asthme d'effort: 25 à 50 µg 30 à 60 mn avant l'effort	
Indacatérol	ONBREZ® Pdre(gél) 150 et 300µg	Traitement de fond dans la BPCO 150 à 300 µg 1 fois/jour	
Olodatérol	STRIVERDI® RESPIMAT 2,5 µg	Traitement de fond de la BPCO 2 bouffés en 1 prise par jour	
Béta-2 agoniste formes orale à libération prolongée			
Bambutérol	OXEOL cp 10 et 20 mg	Traitement de fond : 10 à 20 mg en une prise au coucher	Tachycardies, palpitations, tremblements, céphalées A fortes doses: hypokaliémie, hyperglycémie, irritation de la gorge, enrouement (poudre)
Terbutaline	BRICANYL LP 5mg	Traitement de fond: 1 cp 2 fois par jour au cours des repas	

Anticholinergiques			
Ipratropium	ATROVENT Suspension 20 µg ATROVENT Sol pour nébulisateur 0,50 mg/1mL et 0,50 mg/2 mL (adulte) et 0,25 mg/1mL (enfant)	Crise d'asthme et exacerbations, en plus d'un bêta-2-agoniste : 1 à 2 inhalations répétées si besoin après quelques minutes	Sécheresse de la bouche, irritation pharyngée
Tiotropium	SPIRIVA poudre + respimat	1 gélule/jour à heure fixe en inhalation buccale.	
Glycopyrronium	SEEBRI poudre 44 µg		

Uméclidinium	INCRUSE	1 inhalation	
Anticholinergiques associés à un β-2-mimétique			
Ipratropium + Fénotérol	BRONCHODUAL poudre en gélule 40 μ g/100 μ g	1 gélule 2 à 4 fois / jour en inhalation buccale	Cumul des effets indésirables es 2 molécules
Indacatérol + Glycopyrronium	ULTIBRO BREEZHALER	1 gélule à inhaler/jour dans la BPCO.	
Oladatérol+Tiotropium	SPIOLTO respimat		
Vilantérol+Uméclidinium	ANORO		
Méthylxanthines			
Théophylline	EUPHYLLINE LA, THEOSTAT LP, DILATRANE LP gélules en 50, 100, 200, 300 ou 400 mg selon les spécialités, TEDRALAN LP 200	Adulte et enfant de plus de 3 ans : 10 mg/kg/jour en 2 prises espacé de 12 heures	Excitabilité, nervosité, pesanteur gastrique et à doses plus fortes : tachycardie, troubles digestifs, convulsions...
Antileucotriènes			
Montelukast	SINGULAIR 4 ou 5 mg (à croquer) ou 10 mg	Adulte : 10 mg/j en 1 prise au coucher Enfant de 6 à 14 ans : 5 mg/j au coucher	Céphalées, syndrome grippal
Cromones			
Cromoglycate	LOMUDAL Sol pour néb. Amp 20 mg/20mL	Ad et enf : 1 amp 3 à 4 fois par jour	Irritation pharyngée
Anticorps monoclonal			
Omalizumab	XOLAIR Flacon inj. 75 ou 150 mg	Ad et enf > 12 ans : 75 à 375 mg en 2 inj/mois maximum	Maux de tête, réactions au point d'injection
Mepolizumab	NUCALA 100mg	1 injection/mois SC	
Benralizumab	FASENRA 30mg	1 injection/mois SC	

Tableau 3 : Récapitulatif des traitements de fond avec la posologie et les effets indésirables principaux :

Les beta-2 agonistes de **longue** durée d'action sont des agonistes beta-2 adrénergiques sélectifs qui induisent une relaxation des muscles lisses bronchiques en cas de bronchoconstriction et donc vont induire une bronchodilatation de longue durée.

Les corticoïdes, quant à eux, présentent une grande affinité pour le récepteur aux glucocorticoïdes et vont alors exercer une activité anti-inflammatoire puissante. Les corticoïdes inhalés exercent une action anti-inflammatoire marquée sur la muqueuse bronchique.

Comme le montre le tableau ci-dessus, on peut avoir dans certains cas un dispositif d'inhalation avec une association de beta-2 agoniste de longue durée d'action et de corticoïde inhalé. Cela permet de regrouper l'effet bronchodilatateur et anti-inflammatoire dans un seul dispositif.

Les anticholinergiques vont avoir une action compétitive au niveau des récepteurs cholinergiques du muscle lisse bronchique, entraînant par effet parasympholytique une relaxation et donc une bronchodilatation. L'effet sera moindre par rapport aux beta-2 agonistes.

Les méthylxanthines sont des bases xanthiques qui vont exercer une action bronchodilatatrice par relaxation des muscles lisses bronchiques.

Les antileucotriènes vont empêcher les leucotriènes (c'est-à-dire les importants médiateurs proasthmatiques) de se fixer aux récepteurs CysLT, présents dans les voies respiratoires de l'homme et qui sont responsables de la bronchoconstriction, de la sécrétion de mucus. Les antileucotriènes vont alors se lier sélectivement aux récepteurs CysLT1 et empêcher les leucotriènes d'agir.

Les cromones limitent l'absorption anormale d'allergènes par la muqueuse digestive présentant une inflammation locale due à la libération des médiateurs mastocytaires. Il n'y aura pas d'effet bronchodilatateur.

Pour finir, l'anticorps monoclonal Omalizumab se fixe aux IgE et empêche donc la fixation des IgE aux récepteurs, réduisant ainsi la quantité d'IgE circulantes pouvant déclencher la chaîne de réactions allergiques.

Tandis que le Mepolizumab bloque la liaison de l'interleukine-5 à la chaîne alpha du complexe récepteur de l'IL-5. Il inhibe ainsi la voie de signalisation de l'IL-5 et réduit la production et la durée de vie des éosinophiles.

Et le Benralizumab se lie à la sous-unité alpha du récepteur humain de l'IL-5 avec une affinité et une spécificité élevées. Le récepteur de l'IL-5 est spécifiquement exprimé à la surface des éosinophiles et des basophiles. La réduction de l'inflammation éosinophilique est obtenue par l'apoptose des éosinophiles et des basophiles.

1.2.4. Les différents dispositifs d'inhalation :

Les dispositifs d'inhalation sont une particularité du traitement de l'asthme.

Il en existe plusieurs types sur le marché (cités ci-dessous dans le tableau 4).

A l'exception de l'aérosol doseur pressurisé (spray), ce sont tous des inhalateurs de poudre sèche, donc équivalents.

Le choix du dispositif est important, il doit se faire en fonction de la capacité et préférence du patient car les techniques d'inhalation sont différentes. L'essentiel est de garantir une bonne adhésion médicamenteuse.

Dispositif d'inhalation	illustration
Spray (aérosol doseur pressurisé)	
Autonhaler™	
Diskus™	
Turbuhaler™	
Novolizer™	
Clickhaler™	
Breezhaler™	
Handihaler™	
Easyhaler™	

Tableau 4 : Récapitulatif des différents types d'inhalateurs

1.3. LA PLACE DU PHARMACIEN DANS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

1.3.1. Définition de l'éducation thérapeutique (ETP) :

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique⁹.

L'éducation thérapeutique (ETP) a été inscrite dans le code de la santé publique ([Art. L. 1161-1 à L. 1161-6](#)) suite à la publication de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Elle est ainsi officiellement reconnue comme s'inscrivant dans le parcours de soins du patient.

Tous les professionnels de santé sont concernés par l'éducation thérapeutique : médecins, pharmaciens, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, diététiciens, etc. Il est donc nécessaire que tous les professionnels de santé travaillent en collaboration pour accompagner le patient de façon optimale.

En effet, l'éducation thérapeutique doit faire partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie.

Ceci a donc pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, et favoriser une meilleure observance au traitement et donc une meilleure qualité de vie.

L'ETP s'adresse de ce fait à toute personne ayant une maladie **chronique**, quel que soit le type, le stade et l'évolution de la maladie.

Le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique du patient. Mais cela nécessite une formation complémentaire pour réellement pouvoir participer à l'ETP. Il pourra ainsi mettre à profit ses compétences pharmacologiques pour aider le patient et le rendre plus autonome dans sa prise en charge médicamenteuse.

1.3.2. Les bénéfices de l'ETP dans l'asthme :

L'asthme est une pathologie où l'adhésion thérapeutique est parmi la plus faible. En effet, seulement **13%** des asthmatiques sont observants ; un taux bien plus faible que dans certaines pathologies comme l'hypertension, l'ostéoporose, le diabète type II (37%) ou encore l'insuffisance cardiaque (36%)¹⁰.

Au vue de ce taux d'inobservance et des complications graves que l'asthme peut engendrer, il est plus que bénéfique de réaliser de l'éducation thérapeutique chez le patient asthmatique.

Cela pourrait permettre aux patients de mieux comprendre leurs pathologies, les complications fatales qu'elle pourrait engendrer, de les responsabiliser face à leurs traitements sur l'importance de les prendre quotidiennement avec une bonne utilisation des dispositifs, de connaître leurs facteurs déclenchants pour éviter toute crise d'asthme.

Plusieurs études montrent qu'il y a un réel intérêt à réaliser des entretiens d'ETP sur l'asthme¹¹. En effet, il est observé une diminution des épisodes d'asthme nocturne et une diminution d'absentéisme professionnel et scolaire¹².

Selon une étude menée par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'éducation thérapeutique du patient a permis de réduire le nombre d'hospitalisation et de séjours aux urgences¹³.

Un programme spécifique a été mis en place par l'assurance maladie (programme Sophia). Ce dispositif a pour but d'aider les patients asthmatiques à mieux connaître leur maladie et adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie. Ce service permet au patient d'échanger par téléphone avec un infirmier-conseiller en santé, en complément des consultations avec le médecin traitant et des conseils délivrés par le pharmacien. On peut relever que 78% des adhérents estiment que ce programme les a aidés à mieux comprendre leur pathologie¹⁴.

Enfin, une association telle que la Maison du Souffle à Amiens a pu auparavant être proposée aux patients asthmatiques pour les accompagner au quotidien. Cet établissement était un lieu d'échanges et de partages pour améliorer la prise en charge des patients asthmatiques.

1.3.3. Les entretiens pharmaceutiques en officine : aspect législatif et contenu :

Aspect législatif :

Les premiers entretiens pharmaceutiques ont débuté le 10 juin 2013, il concernait uniquement les patients ayant des prescriptions d'anticoagulants (via l'avenant n°1). S'en suit les entretiens asthme entrés en vigueur le 3 décembre 2014 (via l'avenant n°4). Les critères de sélection pour les patients asthmatiques ont ensuite été élargis via **l'avenant n°8** de la convention nationale pharmaceutique le 24 juin 2016. Cet accord a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) ¹⁵.

Actuellement, les pharmaciens ont la possibilité d'être rémunérés pour réaliser ces entretiens chez les patients asthmatiques sous prescription de corticoïdes inhalés dont la durée de traitement est supérieure ou égale à 6 mois ; mais aussi tous les patients sous AVK et AOD.

Dans ce cadre, la rémunération sera (figure 3) :

- **50€** pour deux entretiens la première année,
- Puis **30€** les années suivantes pour un entretien de suivi.

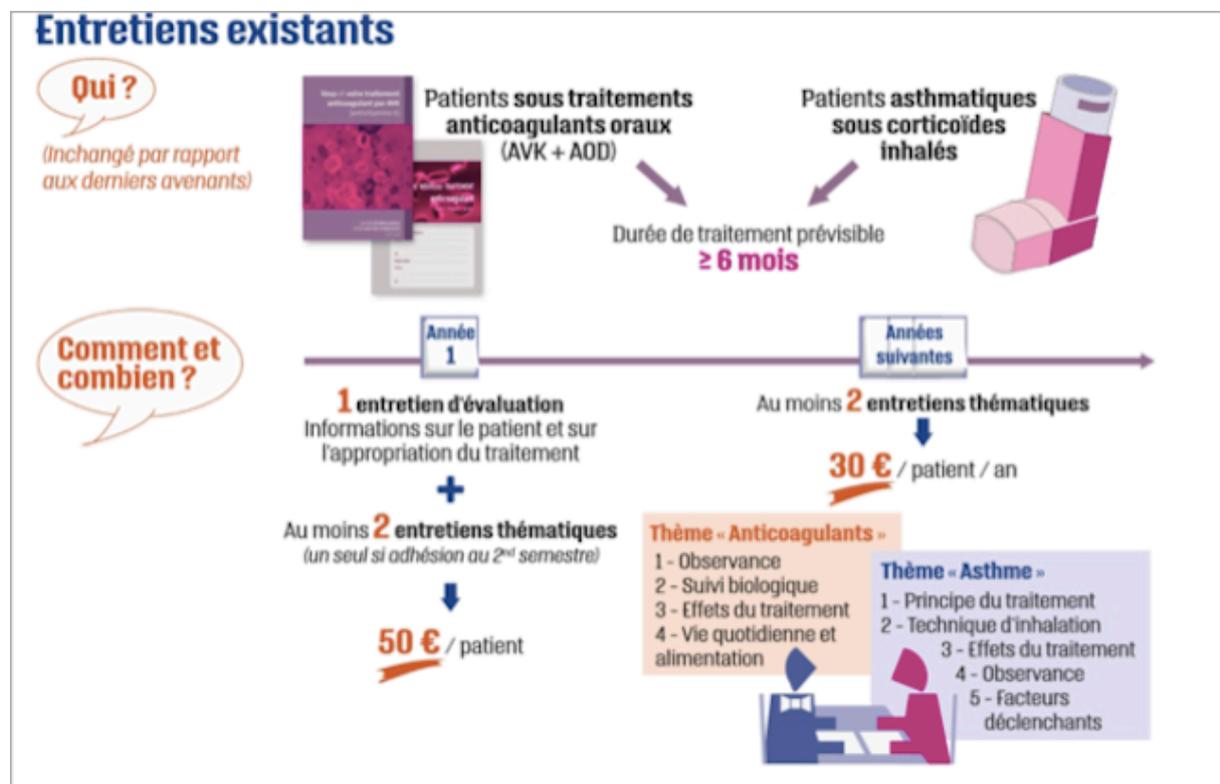


Figure 3 : Dispositif de rémunération des entretiens pharmaceutiques en officine.

Contenu des entretiens pharmaceutiques :

Dans l'avenant, le dispositif d'accompagnement comprend :

- **2 entretiens pharmaceutiques** minimum **la première année** de l'adhésion du patient
- Puis au moins **1 entretien par an les années suivantes** pour le suivi

Les deux premiers entretiens consistent à rappeler au patient : la définition de l'asthme, la physiopathologie, la différence entre traitement de fond et traitement de crise, l'importance de prendre son traitement de fond, le bon usage des différents dispositifs, les principaux effets indésirables avec les traitements, les interactions médicamenteuses, mais aussi l'éviction des facteurs déclenchants et aggravants l'asthme.

L'entretien de suivi les années suivantes consiste à faire le point avec le patient sur la bonne adhésion à son traitement, la fréquence de ses crises, ce qui peut être amélioré pour son quotidien.

Pour réaliser ces entretiens pharmaceutiques, des documents sont à notre disposition sur le site de l'assurance maladie (*Ameli.fr*). On retrouve :

- Documents d'informations : à remettre au patient pour l'informer du dispositif d'accompagnement personnalisé proposé par le pharmacien
- Guide d'accompagnement des patients (validé par la HAS, conçu pour aider les pharmaciens dans la conduite de l'entretien) et fiche de suivi du patient (à compléter à chaque entretien)
- Planches illustrées à montrer au patient pour expliquer la physiologie de l'asthme
- Dispositifs d'inhalation placebo : en faire la demande auprès des laboratoires concernés
- Guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation : décrit pour chaque type d'inhalation la manière de l'utiliser
- Mémo patient sur les facteurs déclenchant de l'asthme : à remettre au patient et à commenter lors du 2^{ème} entretien
- Brochures sur l'asthme : à remettre au patient, à commander auprès du Cespharm : www.cespharm.fr

Tout est mis en œuvre pour développer **ces nouvelles missions** du pharmacien. En effet, depuis la loi HPST de 2009, l'officine connaît un tournant dans l'attribution de ses fonctions ; **le pharmacien peut participer à l'éducation thérapeutique, accompagner le patient au long court en le conseillant et en le guidant dans sa vie avec sa pathologie chronique.**

Ces entretiens pharmaceutiques ont donc été mis en place dans les officines, cependant, peu de patients asthmatiques ont été inscrits dans le dispositif. Une étude a montré que six mois après le lancement des entretiens pour l'asthme, seulement 2000 patients étaient inscrits (contre 102 153 adhésions pour les AVK) et seulement 1441 entretiens réalisés¹⁶. Malgré que les critères d'inclusion aient été élargis, les entretiens pour l'asthme stagnent.

Ainsi, plusieurs problématiques peuvent émerger : la communication autour du dispositif est-elle effective ? Les patients ressentent-ils un besoin ? Les pharmaciens sont-ils prêts pour ces nouvelles missions en terme de formation, de structure adaptée, d'effectif ?

L'objectif de ce travail de thèse a donc été de comprendre les freins au développement de l'éducation thérapeutique en étudiant le ressenti et les besoins des patients asthmatiques. Ainsi que la relation des patients avec leur pharmacien.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Nous avons réalisé une enquête dans le service de **Pneumologie** du CHU Amiens Sud. Avec l'accord et l'aide du **Dr Popin**, pneumologue-allergologue au CHU d'Amiens, nous avons pu mener des entretiens semi-directifs chez des patients asthmatiques venus en consultation dans le service de pneumologie.

2.1.LE QUESTIONNAIRE PATIENT :

Un questionnaire a été réalisé sur **Google Forms** pour diriger l'entretien. Il comporte 42 questions (Annexe 2). La majorité des patients inclus dans cette enquête ont été interrogés à l'issue de la consultation de pneumologie. Dans ce cas, une salle a été mise à disposition de façon à ce que les patients répondent au questionnaire dans un espace de confidentialité. Toutes les questions leur ont été posées, il n'y a eu aucune réponse individuelle pour assurer une compréhension complète de l'enquête. L'enquête a été élaborée de façon à ce qu'une quinzaine de minutes soit suffisantes pour répondre, assurant une participation suffisante.

L'enquête a également pu être réalisée dans le service de pneumologie chez des patients hospitalisés.

La première partie du questionnaire est consacrée aux motifs de consultation et à l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient. La seconde partie concerne les facteurs déclenchants, avec une partie sur le tabac. La troisième grande partie abordera les traitements de fond et de crise ainsi que l'observance au traitement. Enfin la dernière partie traitera la relation patient-pharmacien et l'éducation thérapeutique, ainsi que les entretiens pharmaceutiques.

2.2.VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été lu, corrigé et validé par le Dr Popin, pneumologue au CHU d'Amiens, ainsi que par Mme Terrier-Lenglet, pharmacien hospitalier au CHU d'Amiens et directrice de thèse.

2.3.RECRUTEMENT ET POPULATION ÉTUDIÉE

La population ciblée concerne tous les patients atteints d'**asthme** chronique, qu'il soit **intermittent ou permanent**, sous traitement depuis **au moins 6 mois** (traitement de crise simple et/ou de fond). Tous les patients interrogés avaient plus de 18 ans.

Le questionnaire a été mis en place sur 3 mois (Juillet-Août-Septembre 2017) dans le service de Pneumologie CHU Amiens Sud.

3. RÉSULTATS

3.1. PRÉSENTATION DE LA POPULATION :

Au total, 60 entretiens semi-dirigés ont pu être menés sur la période.

Sur l'ensemble de ces entretiens, 52 patients ont pu répondre de façon complète au questionnaire établi. Et 8 n'ont pas répondu entièrement faute de temps pour la plupart d'entre eux.

Au cours de la réalisation de cette enquête, il y a eu un moment d'échange et de partage, où la plupart des patients n'ont pas hésité à se confier.

⇒ Données démographiques :

Au total, 40,4% des patients interrogés ont entre 45-65 ans et 30,8% ont entre 18-25ans.

La majorité des patients asthmatiques interrogés sont des femmes (67,3%).

La quasi-totalité des patients (96,2%) ont été recrutés à l'issue de la consultation avec le pneumologue.

Parmi ces patients, **50%** consultent pour un **asthme persistant et non contrôlé** et 42,3% disent venir pour une consultation de suivi avec un asthme plutôt contrôlé.

Enfin, 7,7% des patients interrogés viennent pour une découverte d'asthme.

Au total, deux patients asthmatiques ont été interrogés dans le service de pneumologie. Le motif d'hospitalisation pour ces patients était la crise d'asthme.

Lorsque l'on interroge les patients sur l'impact de leur maladie sur la qualité de vie, 70% l'évalue comme > à 5/10. (0 : impact faible et 10 : impact fort) (figure 4).

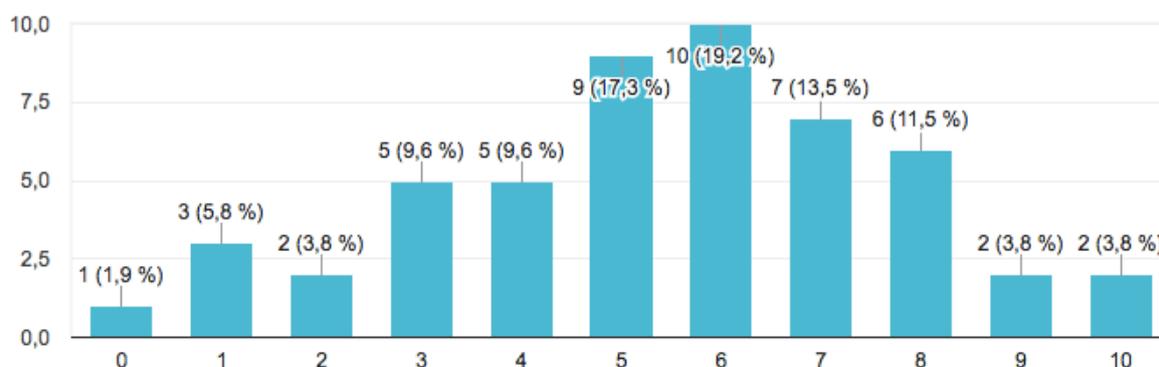


Figure 4 : Graphique représentant l'impact de la maladie sur la qualité de vie d'après le patient sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, la majorité des patients ont une qualité de vie altérée à cause de leur asthme chronique.

⇒ Durée depuis laquelle les patients sont asthmatiques :

La figure suivante permet de voir qu'environ **1/3** des patients interrogés sont asthmatiques depuis 11-20 ans.

On remarque aussi qu'environ 15% sont asthmatiques depuis plus de 40 ans.

Et 7% sont asthmatiques depuis moins d'un an.

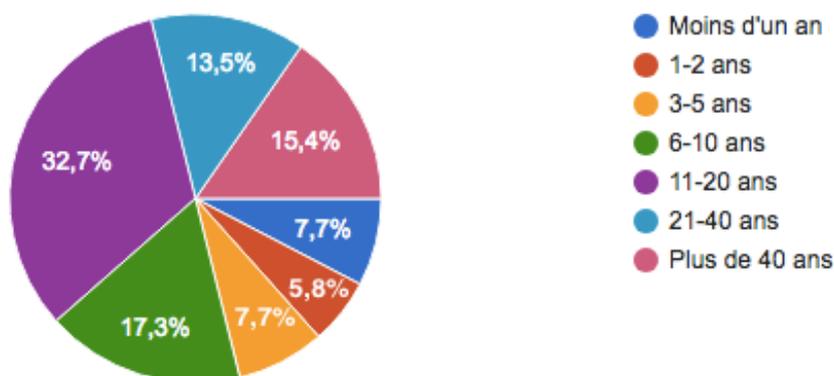


Figure 5 : Graphique représentant la durée depuis laquelle les patients sont asthmatiques.

⇒ Les facteurs déclenchants :

D'après l'étude, environ **90%** des patients estiment connaître les facteurs qui déclenchent chez eux une crise d'asthme.

La figure suivante exprime pour chaque allergène, le pourcentage de patients qui y sont sensibles. Les allergènes les plus fréquemment retrouvés sont les pollens et acariens.

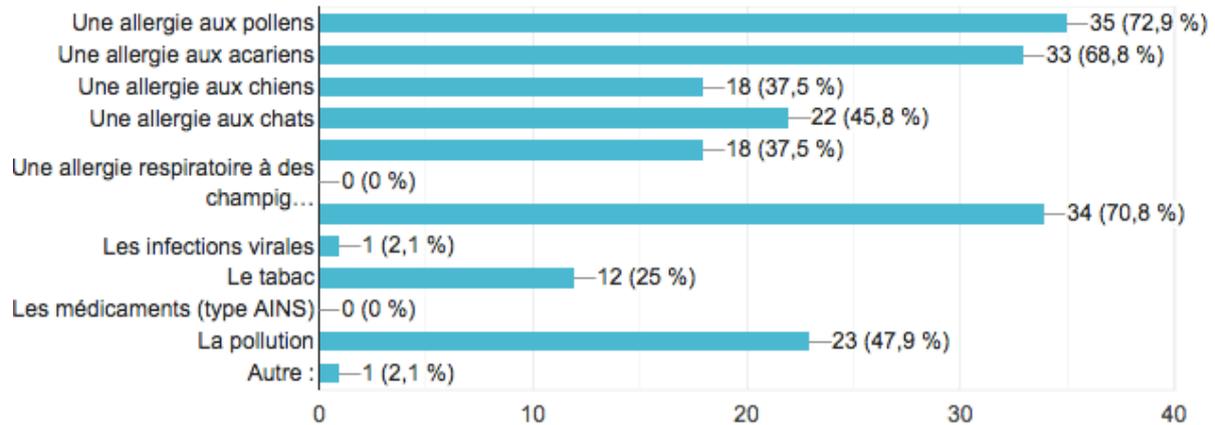


Figure 6 : Répartition des facteurs déclenchant de crise d’asthme dans la population étudiée.

En effet, parmi les 52 asthmatiques interrogés, une trentaine (soit environ 70%) sont allergiques et donc vont déclencher des crises lorsqu’ils sont en contact avec les **pollens, acariens**.

Une vingtaine (soit environ 40%) sont aussi allergiques au **poils d’animaux** (surtout les poils de chats).

De plus, le **tabac** et la **pollution** sont des facteurs de risque importants qui peuvent déclencher des crises d’asthme. En effet, 25% des patients interrogés vont déclencher une crise d’asthme en présence de fumée de tabac et 50% lorsqu’ils sont en présence de pic de pollution.

Parmi les patients de l’étude, **10** sur les 52 fument, soit un peu **moins de 20%**.

⇒ Depuis combien de temps fumez-vous ?

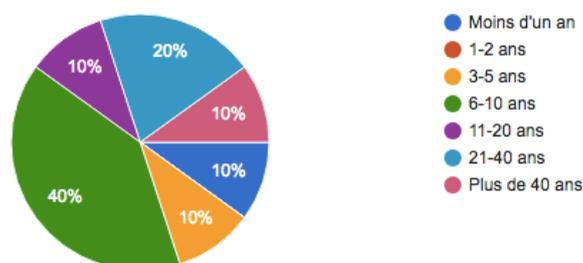


Figure 7 : Diagramme représentant la durée depuis laquelle les patients de l’étude fument.

La figure 7 nous montre que plus d'un tiers fument depuis 6-10 ans.

On remarque aussi qu'un patient sur 5 fument depuis 21-40 ans et un patient sur 10 depuis plus de 40 ans.

De plus, la figure suivante nous révèlent qu'au total 80% fument entre 5 et 20 cigarettes par jour. Ensuite, 10% fument entre 20 et 40 cigarettes par jour. A contrario, 10% aussi fument entre 1 et 5 cigarettes.

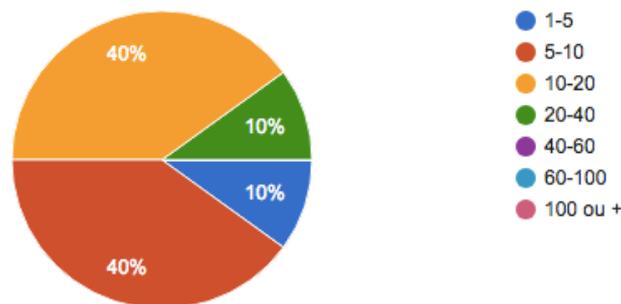


Figure 8 : Diagramme qui représente le nombre de cigarettes fumées par jour.

⇒ Conversion en paquet-année (PA) :

Nombre de paquets/jour * nombre d'années

Ou

Nombre de cigarettes/jour * nombre d'années / 20

Exemple : patient 1

Fume depuis 9 ans, 8 cigarettes/jour

Donc en PA : $8 * 9 / 20 = 3,6$ paquets-années.

3.2.ASTHME ET TRAITEMENTS :

Aucun des patients interrogés ne connaît la vitesse maximale de souffle, autrement appelé le débit expiratoire de pointe DEP, (mesure que l'on réalise en consultation, avec un appareil « peak-flow » ou débitmètre de pointe).

Tous les patients interrogés ont déjà un **traitement** pour l'asthme depuis **au moins 6 mois**.
 Pour **90%** de ces patients (soit 46 patients sur les 52 interrogés), il y a un traitement de fond à prendre au quotidien avec des **corticoïdes inhalés**. Ils sont donc éligibles aux entretiens pharmaceutiques.

Pour les **10%** restants qui prennent simplement un traitement de crise plus ou moins fréquemment, ils ne sont pas éligibles aux entretiens pharmaceutiques en officine tel que prévu par le dispositif de remboursement.

Concernant le traitement de **crise** :

⇒ Sur les recommandations en cas de crise :

Lorsque l'on interroge les patients, la majorité, soit plus de 80% (43 patients sur les 52), estiment savoir ce qu'ils doivent faire en cas de crise.

Le tableau suivant résume les réponses des patients.

Traitements que prennent les patients en cas de crise	Statistiques
Salbutamol (Ventoline, Airomir ou Bricanyl) 1 à 2 bouffées + renouveler 5 min après si besoin	40 patients / 52 => 76,9%
Salbutamol en cas de crise après l'effort 1 bouffée	2 patient / 52 => 3,8%
Aerosols Terbutaline + Ipratropium en attendant le SAMU car son Salbutamol ne fonctionne plus	1 patient / 52 => 1,9%
Prend son traitement de fond en cas de crise en plus des 2*/J	2 patients / 52 => 3,8%
Prend son Salbutamol au moins 3 à 4 fois par jour car ne prend pas son traitement de fond et est gêné tous les jours	2 patients / 52 => 3,8%
Prend son Salbutamol tous les soirs avant de se coucher pour ne pas être embêté la nuit, a peur donc le prend en prévention	5 patients / 52 => 9,6%

Tableau 5 : Réponses des patients sur les recommandations en cas de crise.

Dans la majorité des cas, on voit que la plupart des patients interrogés (76,9%) prennent correctement leur traitement en cas de crise d'asthme.

Les 2 patients sur les 52 (3,8%), qui utilisent leur Salbutamol juste après l'effort dès que la crise se déclenche, et non en prévention, peut être toléré.

Ainsi que les 2 patients qui utilisent leur traitement de fond en cas de crise (un patient utilise le Symbicort® et un autre utilise l'Innovair®) car ils n'ont pas de beta-2-agoniste de courte durée d'action à disposition.

Par contre, on observe que 5 patients sur les 52 (soit environ 10%) prennent leur traitement de crise tous les soirs par peur d'être embêté et réveillé dans la nuit à cause d'une crise d'asthme. Et on voit d'après le tableau 5 que 2 patients (3,8%) prennent du Salbutamol plusieurs fois par jour parce qu'ils ne prennent pas leur traitement de fond et sont gênés tous les jours.

Enfin, 1 patiente interrogée rapporte appeler le SAMU directement et faire un aérosol en les attendant car elle indique ne plus avoir de Salbutamol qui fonctionne à la maison.

Pour finir, on compte 10 patients sur les 52 qui ont eu une ou plusieurs hospitalisations au cours de leur vie à cause d'une crise d'asthme. Soit environ 20% des patients interrogés dans l'étude.

Les spécialités utilisées sont pour 32 patients : le Salbutamol (Ventoline®), pour 10 : le Salbutamol (Airomir®) et pour 7 : la Terbutaline (Bricanyl®).

Concernant le traitement de **fond** :

On a vu précédemment que **90%** des patients de l'étude prennent un traitement de fond, soit **46 patients** sur les 52 interrogés.

On a pu répertorié dans le tableau suivant les différents traitements de fond pour ces 46 patients.

1	QVAR®
2	Seretide diskus® + Singulair®
3	QVAR®+ Aeries®
4	Seretide diskus®+ Kestin®
5	Seretide diskus®+ Seebri®+ Avamys®+ Aeries®+ Singulair®+ Xolair® (1/mois)
6	Seretide diskus®
7	Symbicort®+ Spiriva respimat®+ Singulair®+ Xyzall®
8	QVAR® + Aeries®+ Singulair®

9	Seretide diskus ®+ Euphylline ®+ Xolair ® (1/15j)
10	Seretide diskus®
11	Pulmicort ®+ Serevent ®+ Singulair ®+ Xolair ® (1/mois)
12	Seretide ®+ Bricanyl ®
13	Seretide ®+ Spiriva ®+ Singulair ®
14	Symbicort ®+ Teostat ®+ Singulair ®+ Kestin ®
15	Symbicort ®+ Spiriva ®+ Telfast ®+ Aeries®
16	Seretide diskus ®+ Bronchodual ®+ Singulair®
17	Innovair ®+ Bilaska®
18	Symbicort ®+ Spiriva®
19	Pulmicort ®+ Spiriva ®+ Singulair ®
20	Symbicort ®+ Aeries ®+ Xolair ® (1/mois)
21	Symbicort ®+ Aeries®
22	QVAR ®+ Bilaska ®+ Allergodil ®+ Asmanex®
23	Innovair ®+ Aeries®
24	Symbicort ®
25	Symbicort ®+ Spiriva ®+ Bronchodual ®+ Kestin ®
26	Symbicort ®
27	Symbicort ®
28	Seretide ®+ Kestin ®
29	Symbicort ®
30	Symbicort®
31	Seretide ®+ Singulair ®+ Aeries®
32	Symbicort ®+ Seebri ®+ Aeries®
33	Seretide ®+ Singulair ®+ Aeries ®
34	Seretide ®
35	Flixotide ®+ Foradil ®+ Euphylline ®+ Aeries®
36	Symbicort®
37	Seretide ®+ Innovair ®
38	Seretide®
39	Seretide diskus ®+ Spiriva ®+ Singulair ®
40	Symbicort®
41	Symbicort ®+ Singulair®
42	Seretide ®+ Singulair®
43	Seretide®
44	Beclopray®
45	Symbicort ®+ Seebri ®+ Spiriva ®+ Xolair ® (1/mois)
46	Seretide diskus®

Tableau 6 : Liste des différentes spécialités utilisées en traitement de fond

On remarque dans le tableau 6 que les spécialités les plus souvent prescrites en traitement de fond sont : le **Seretide®** et le **Symbicort®**.

De plus, on voit souvent associé aux dispositifs d'inhalation, un anti-histaminique à prendre au long court comme par exemple l'Aeries®, le Singulair® ou le Kestin®.

Pour les asthmes allergiques plus sévères, des injections de Xolair® peuvent être prescrites. Dans cette enquête, 5 patients en prennent, soit environ 10%.

Le graphique suivant répertorie les différents dispositifs utilisés par les 46 patients. On remarque que les dispositifs les plus souvent prescrits sont le spray (aérosol doseur), le turbuhaler ou encore le diskus.

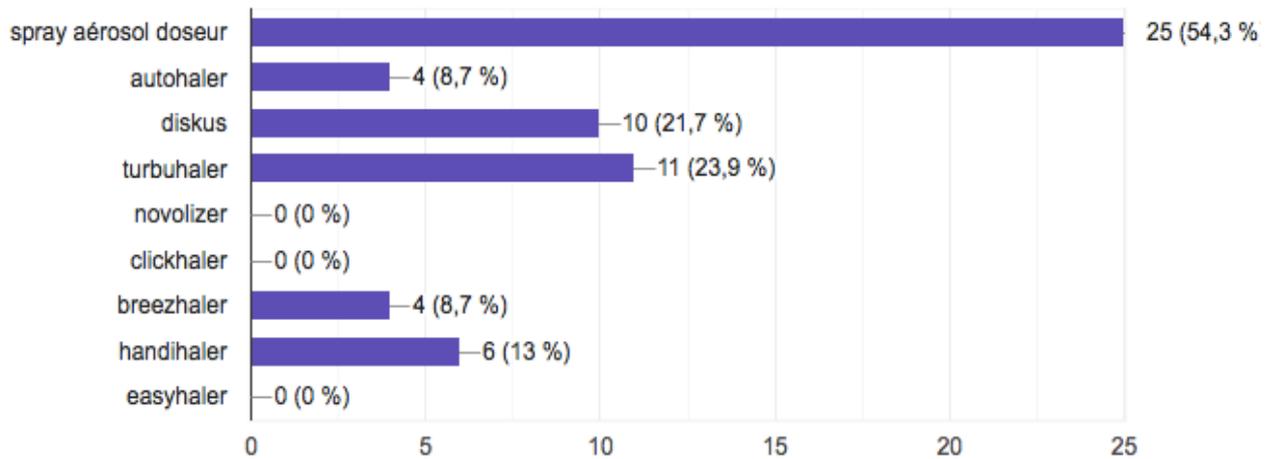


Figure 9 : Graphique représentant les différents dispositifs utilisés

Concernant l'observance avec le traitement de **crise** :

⇒ A quelle fréquence l'utilisez-vous ?

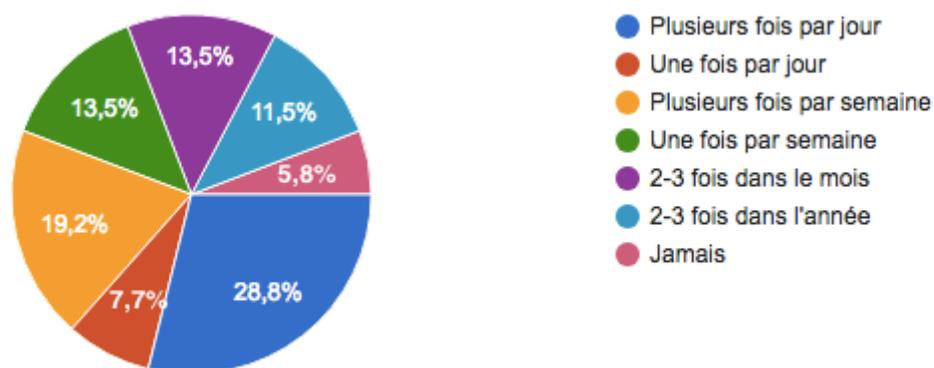


Figure 10 : Diagramme représentant la fréquence d'utilisation du traitement de crise.

Sur la figure précédente, on constate que **30%** des patients de l'étude utilisent leur traitement de crise **plusieurs fois par jour**.

On peut voir que 13% l'utilisent 2-3 fois dans le mois.

Et 11% l'utilisent 2-3 fois dans l'année.

⇒ Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des crises d'asthme pendant la nuit, qui vous a réveillé et obligé à prendre votre traitement de secours ?

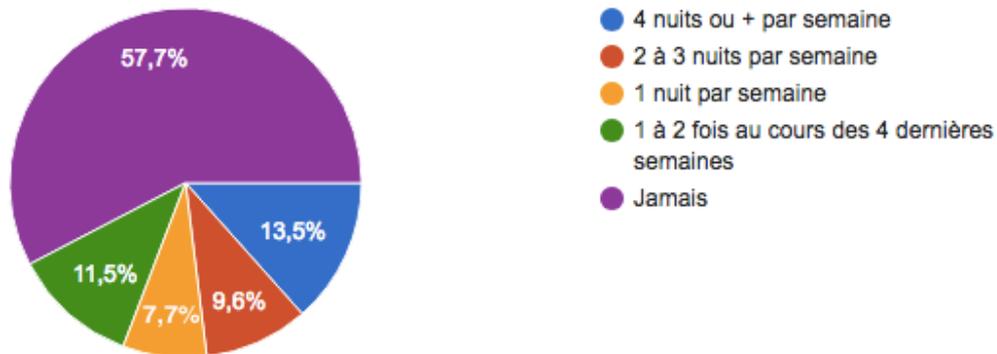


Figure 11 : Diagramme représentant le nombre de nuit dans le mois où les patients ont déclenché une ou plusieurs crises d'asthme.

Un peu moins de 60% des patients disent ne jamais avoir eu de réveil nocturne due à une crise d'asthme (figure 11).

Néanmoins, plus de 10% disent avoir eu une crise d'asthme la nuit 1 à 2 fois au cours du mois dernier ; et 13,5% se réveillent plus de 4 fois par semaine donc presque toutes les nuits à cause d'une crise d'asthme.

On a pu relever dans l'enquête que 42 patients sur les 52 interrogés (soit plus de 80%) ont eu des **exacerbations** d'asthme dans l'année les obligeant parfois à être hospitalisés.

De plus, 22 patients (soit environ 40%) ont eu un ou plusieurs **absentéismes** au travail dans l'année à cause de leur asthme.

Concernant l'observance avec le traitement de **fond** :

Dans cette enquête, un peu moins de **la moitié** des patients interrogés (47,8%) oublient plus ou moins fréquemment de prendre leur traitement de fond (Résultat de la question 14).

La figure suivante, sur la fréquence d'oubli du traitement de fond, montre que plus de la moitié oublient de prendre leur traitement 2-3 fois dans le mois.

Environ 32% oublient de le prendre 2-3 fois dans la semaine.

Et un peu plus de 10% oublient tous les jours de le prendre.

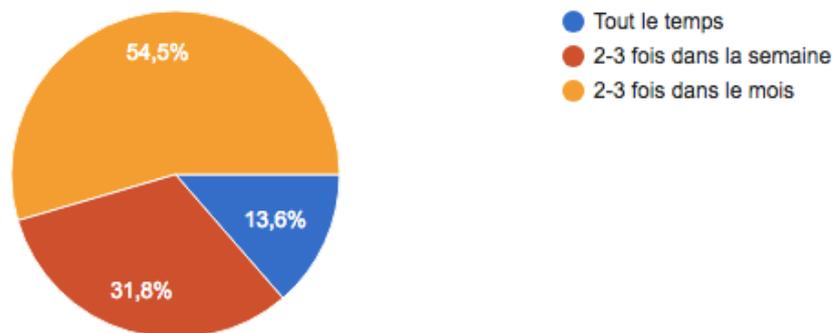


Figure 12 : Diagramme représentant le fréquence d'oubli du traitement de fond.

⇒ Avez-vous constaté des effets indésirables dus aux traitements ?

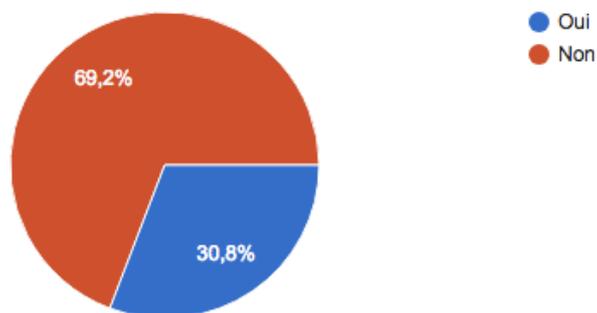


Figure 13 : Diagramme représentant le pourcentage de patients qui ont eu des effets indésirables dus au traitement.

La figure 13, permet de voir que 16 patients sur 52 (soit 30,8%) ont constaté des effets indésirables dû à leur traitement pour l'asthme.

On peut noter dans l'enquête que 10 patients sur les 16 qui ont eu des effets indésirables (soit 62,5%) admettent avoir eu une **irritation de la voix/voix rauque** à cause de leur traitement pour l'asthme (généralement dû aux corticoïdes inhalés).

De plus, 3 patients (soit 18,75%) ont déjà eu une ou plusieurs **candidoses buccales** appelé muguet.

Et 4 patients parmi ceux qui ont eu des effets indésirables (soit 25%) confient avoir eu des **crampes musculaires, maux de tête** suite à la prise de leur traitement pour l'asthme.

3.3.ASTHME ET VACCINATION :

⇒ Vaccination de la **grippe** :

On a relevé dans l'étude que 24 patients sur les 52 ont été vaccinés contre la grippe, soit 46,1%.

⇒ Vaccination du **pneumocoque** :

Concernant le pneumo 23 + prévenar 13 : on constate que 25 patients sur les 52 ont été vacciné, soit 48%.

3.4.RELATION PATIENT-PHARMACIEN VIS À VIS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

Nous abordons dans cette partie la prise en charge de l'asthme à l'officine,

⇒ Comment vous paraissent les explications du pharmacien sur votre traitement ?

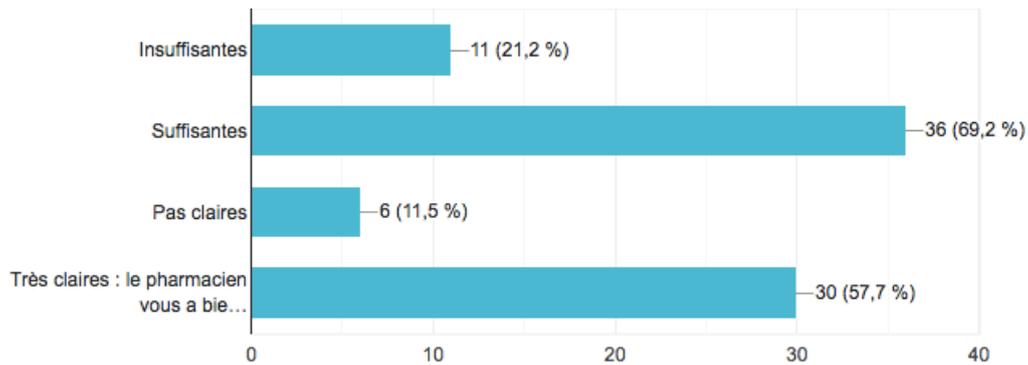


Figure 14 : Diagramme représentant les différentes appréciations que peut donner le patient sur les explications du pharmacien.

Selon 69% des patients, les explications données par le pharmacien sur leur traitement sont suffisantes et 57,7% estiment que le pharmacien a été très clair sur l'usage des produits lors de la dispensation.

Cependant, 11 patients estiment que les explications sont insuffisantes et 6 patients disent que les explications sur le traitement de l'asthme, la démonstration des dispositifs ne sont pas assez claires.

Le graphique suivant montre que **2 patients** sur les 52 interrogés confirment que le pharmacien les a aidés à **comprendre la maladie** en expliquant la physiopathologie dans les grandes lignes.

Au total, **35 patients** affirment que le pharmacien a bien expliqué les **différents traitements**, leurs modes d'action, leurs principaux effets indésirables.

De même, **35 patients** affirment que le pharmacien a bien montré la **technique d'utilisation** des différents dispositifs d'inhalation.

Par contre, **9 patients** ont eu droit au rappel des **signes annonciateurs de la crise d'asthme**, en rappelant l'importance de prendre son traitement de secours en cas de crise et de l'avoir sur soi en permanence.

Et **10 patients** ont été conseillés par le pharmacien sur les **habitudes de vie** à adopter, en évitant les facteurs déclenchants.

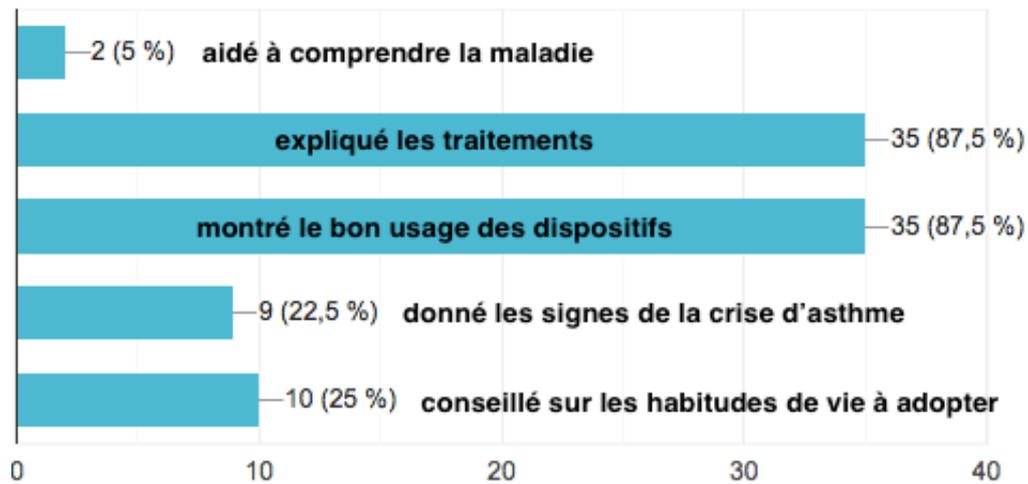


Figure 15 : Diagramme montrant les actions mises en place par le pharmacien.

Lorsque l'on interroge les patients sur la participation aux séances d'ETP, ils sont 92% à affirmer qu'ils n'ont pas été sollicités.

En effet, seulement 4 patients sur les 52 interrogés ont déjà eu une ou plusieurs séances d'éducation thérapeutique. Et pour ces 4 patients, les séances ont été faites par le médecin traitant lors du diagnostic.

Un patient parmi les quatre a estimé que la séance n'avait pas été bénéfique.

Aucun de ces patients n'a reçu d'éducation thérapeutique de la part d'un pharmacien d'officine. Aucun n'a participé à des entretiens pharmaceutiques.

⇒ Seriez-vous intéressé pour faire des entretiens pharmaceutiques avec votre pharmacien ?

Seulement un patient sur les 4 serait intéressé. Les trois autres estiment en savoir assez sur leur pathologie et leur traitement pour l'asthme ; bien que certains ne soient pas observants.

⇒ Pour les autres patients de l'étude qui n'ont jamais reçu de séances d'éducation thérapeutique, seriez-vous intéressés pour en faire ?

La majorité des patients ne sont pas intéressés.

On note que 36% seraient intéressés, notamment pour réaliser des entretiens pharmaceutiques à l'officine, après avoir détaillé et expliqué en quoi cela consistait.

⇒ Pour les patients à qui on vient de diagnostiquer un asthme récent d'au moins 6 mois, seriez-vous intéressés pour faire un point avec votre pharmacien d'officine sur votre pathologie et nouveau traitement ?

On constate dans l'étude que 75% des « nouveaux » asthmatiques, souhaiteraient faire un point avec le pharmacien sur la nouvelle pathologie et seraient intéressés pour réaliser des entretiens pharmaceutiques à l'officine.

⇒ Concernant le programme « Sophia » et la maison du souffle à Amiens, avez-vous déjà eu recours à ces deux procédés ?

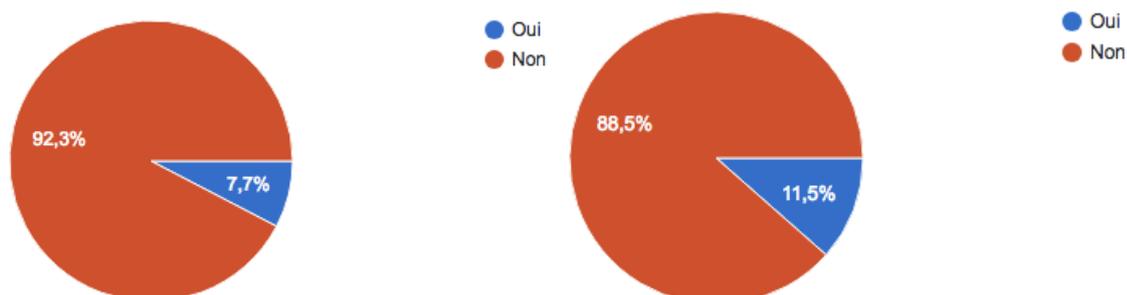


Figure 16 : Diagrammes représentant le pourcentage des patients déjà sollicités par la caisse d'assurance maladie (programme Sophia) à gauche ; et par la maison du souffle à Amiens à droite.

La figure 16 révèle que peu de patients ont eu recours à ces deux procédés. En effet, on note que 4 patients sur les 52 interrogés ont déjà été contactés par la caisse pour une enquête téléphonique sur le programme Sophia.

Et 6 patients ont déjà eu recours à la maison du souffle.

⇒ Qu'en avez-vous pensé ?

Pour le programme Sophia :

Sur les 4 patients : un patient a estimé que ça ne lui a rien apporté, deux autres n'ont pas voulu y répondre.

Seulement un patient a trouvé que c'était intéressant d'en discuter.

Pour la maison du souffle :

Sur les 6 patients : 4 y sont allés pendant l'enfance et donc n'ont pas de souvenir de ces entretiens.

Un des patients y est allé une fois mais a trouvé ça répétitif et n'y est pas retourné.

Tandis que le dernier patient a trouvé les entretiens bénéfiques pour bien comprendre l'importance des traitements.

4. DISCUSSION :

Dans cette enquête réalisée au CHU d'Amiens, la moitié des patients interrogés consultent pour un asthme persistant, non contrôlé et la majorité ont une qualité de vie altérée à cause de leur pathologie.

Plus d'un quart des patients utilisent leur traitement de crise plusieurs fois par jour, et près de la moitié oublient plus ou moins fréquemment leur traitement de fond.

Malgré le taux important d'inobservance chez les asthmatiques, la quasi-totalité des patients interrogés n'ont jamais été sollicités pour participer à des séances d'ETP et aucun n'a participé à des entretiens pharmaceutiques sur l'asthme.

Les entretiens ont principalement été réalisés auprès des **femmes** (67%).

En effet, des études ont montré que chez l'adulte, l'asthme allergique est **deux fois plus fréquent chez les femmes** et ces dernières vont développer des **formes plus sévères** d'asthme¹⁷.

Les hommes seraient davantage protégés grâce aux androgènes qui agiraient sur le système immunitaire et donc permettrait d'éviter de développer des phénomènes allergiques et inflammatoires¹⁸.

Comme décrit dans la littérature, l'asthme est plus fréquent chez les enfants et jeunes adultes. Un second pic peut survenir vers 50 ans¹⁹.

4.1. LES FACTEURS FAVORISANT UNE CRISE D'ASTHME :

D'après la littérature, **une cause allergique** est présente chez **70 à 80%** des patients asthmatiques²⁰. En effet, ce sont généralement ces allergies qui déclenchent les crises d'asthme.

Dans l'enquête réalisée, **90%** des patients connaissent les facteurs qui déclenchent chez eux une crise d'asthme.

Plus de la moitié de ces patients sont allergiques aux **pollens et/ou acariens**. Ce qui déclenche chez eux une crise d'asthme dès qu'ils sont en contact avec ces allergènes.

On compte aussi beaucoup d'allergies aux **poils d'animaux** : chiens, chats notamment.

En effet, lorsque le patient rentre en contact avec l'allergène auquel il est sensible, ses **anticorps IgE** vont reconnaître cet allergène et développer une **réaction allergique**²¹ : c'est la crise d'asthme assurée.

Ainsi, il est très important pour le patient de connaître ses facteurs déclenchants ; pour éviter toute crise d'asthme nécessitant parfois des hospitalisations graves.

Il est donc primordial en tant que professionnel de santé de sensibiliser les patients asthmatiques à l'éviction de ces facteurs déclenchants.

Des fiches conseils peuvent être donnés au comptoir et en entretiens pharmaceutiques (Annexe 3).

4.2. LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LE PATIENT ASTHMATIQUE :

Parmi les facteurs déclenchants, un focus a été fait sur le tabac.

Qu'il soit actif ou passif, il constitue un facteur très important et délétère dans l'asthme.

En plus d'être nocif pour la santé, il va provoquer une inflammation des bronches et une hyperréactivité bronchique ; pouvant ainsi donner des exacerbations d'asthme^{22-22'-23}.

Le tabac va provoquer une baisse de l'efficacité des corticoïdes inhalés, le traitement sera alors moins efficace, favorisant la mauvaise observance du patient et donc va aggraver et favoriser les crises d'asthme²⁴.

Dans cette enquête, 25% sont gênés par la fumée du tabac et peuvent déclencher des crises en sa présence. Malgré cela, environ **20%** des patients fument, et plus d'un tiers depuis **6-10 ans**. Généralement, ces patients fument entre **5 et 20** cigarettes par jour c'est-à-dire, en prenant une moyenne de 8 ans, entre **2 et 8 paquets-années**.

Ces chiffres restent considérables.

C'est à nous, professionnels de santé, d'accompagner le patient asthmatique dans le sevrage tabagique.

En effet, en tant que pharmacien d'officine, nous pouvons d'abord réaliser le test de Fagerström au comptoir pour les patients fumeurs. Ce test comporte 6 questions et permet de donner le niveau de dépendance du patient ainsi que la conduite à tenir (Annexe 4).

Il sera alors possible d'orienter le patient vers des substituts nicotiques maintenant remboursés sur prescription du médecin.

Il est aussi possible de réaliser des entretiens sur le sevrage tabagique en officine en plus des entretiens sur l'asthme.

4.3. L'OBSERVANCE ET L'ADHÉSION AUX TRAITEMENTS :

On peut voir dans l'enquête que 90% des patients prennent un traitement de fond et donc 10% ne prennent pas de traitement au quotidien pour leur asthme, mais seulement un traitement de secours en cas de crise.

Concernant le traitement de crise :

En cas de crise d'asthme (asthme aigu plus ou moins grave), la majorité des patients prennent Ventoline® ou Airomir® 1 à 2 bouffées qu'ils renouvellent 5 minutes après si besoin.

Ce sont les dispositifs les plus prescrits en traitement de secours.

L'Airomir® est un dispositif autohaler : une fois la dose enclenchée, elle est prête à être inhalée.

Alors que la Ventoline® nécessite une coordination main-bouche donc plus difficile à utiliser.

Notre rôle est de s'assurer que le patient sait correctement utiliser ces dispositifs.

Pour les personnes âgées, le système autohaler est préférable pour une meilleure observance (confère tableau 4).

On a pu voir dans l'enquête que la plupart des patients estiment avoir la bonne attitude à adopter en cas de crise mais :

On compte néanmoins 10 patients sur les 52 interrogés qui ont déjà été hospitalisés plusieurs fois pour une crise d'asthme.

D'autres prennent leur traitement de secours tous les jours en prévention, pas peur d'avoir une crise.

Et certains se disent gênés tous les jours donc prennent du Salbutamol quotidiennement sans prendre leur traitement de fond.

Dans les études, on compte environ 15 000 hospitalisations/an dû à une crise d'asthme aigu grave et 1000 décès/an parce qu'ils ne savent pas gérer leur pathologie, ne prennent pas leur traitement, ou ne le prennent pas correctement²⁵.

Notre rôle en tant que professionnel de santé est de sensibiliser les patients asthmatiques : les crises d'asthme ne sont pas anodines, et ne sont pas à prendre à la légère. Le traitement de crise doit être pris le plus rapidement possible, dès que les premiers symptômes apparaissent ; d'où la nécessité d'avoir son traitement sur soi à portée de main.

Des plans de crise peuvent être remis aux patients par le médecin ou le pharmacien (Annexe 5). De plus, on peut conseiller aux patients de télécharger une application : « **Asthmacrise** » ; cet outil numérique permet de tenir à jour un journal des crises. Le patient pourra ainsi référencer toutes ces crises pour ensuite le montrer au médecin ou pharmacien. Cette application permet aussi d'enregistrer les facteurs déclenchants et indique les conduites à tenir en cas de crise avec une fonctionnalité d'appel pour alerter les secours directement ²⁶ (Annexe 6).

Concernant le traitement de fond :

Actuellement, il y a de plus en plus de dispositifs d'inhalation disponibles sur le marché, avec des techniques d'inhalation différentes.

Certains dispositifs sont plus faciles que d'autres à utiliser d'où la nécessité d'avoir le bon inhalateur adapté à chaque patient.

Dans l'enquête, les dispositifs les plus fréquemment utilisés sont : le Diskus™ et le Turbuhaler™.

Tous deux sont faciles à utiliser : il suffit d'abord d'enclencher la dose, bien expirer à fond en dehors de l'appareil, puis mettre la bouche à l'emplacement prévu et inspirer en essayant de bloquer la respiration dix secondes (la dose va être déclenchée automatiquement).

Le spray (aérosol doseur) est aussi largement utilisé, il nécessite cependant une coordination main-bouche.

Selon l'étude de Basheti IA, sur 87 patients interrogés, 77 n'ont pas eu de démonstration faite par un professionnel de santé sur la bonne technique d'utilisation du dispositif d'inhalation. Et aucun patient sur les 26 évalués avait une technique d'inhalation optimale ²⁷.

Lors des entretiens semi-dirigés réalisés à l'issue des consultations, des difficultés avec les dispositifs d'inhalation Diskus™ et Turbuhaler™ ont pu être constatées.

Notre rôle en tant que professionnel de santé (médecin, pharmacien) est d'expliquer l'importance de bien prendre son traitement de fond tous les jours même quand il n'y a pas de gêne respiratoire, bien insister sur le fait que le traitement de fond va permettre d'équilibrer l'asthme et d'éviter les crises.

Lorsque le traitement de fond est bien pris et que l'asthme est contrôlé, il n'y aura quasiment jamais plus de crise.

De plus, il est primordial de faire une démonstration de la technique d'inhalation au patient avec un testeur si possible, et dans le meilleur des cas lui demander après de faire la démonstration devant nous pour vérifier qu'il adopte la bonne technique.

Si on ne possède pas de testeurs, on peut utiliser le guide **ZEPHIR**. Cette application, disponible sur internet pour tous les professionnels de santé, permet de visionner sous forme de vidéo la bonne technique d'inhalation à adopter. Cette vidéo de courte durée peut être montrée au patient, en consultation ou au comptoir lors de la délivrance des médicaments ²⁸ (Annexe 7).

Concernant l'adhésion thérapeutique :

Dans l'enquête, presque 50% des patients interrogés oublient plus ou moins fréquemment leur traitement de fond.

Pour la plupart, ils oublient 2-3 fois dans le mois. Par contre, 32% oublient 2-3 fois dans la semaine et 14% oublient quasiment tous les jours leur traitement.

D'après la littérature de Diamond SA et Chapman KR, 21% ne prennent pas leur traitement de fond par corticoïdes inhalés tous les jours malgré la fréquence de leurs symptômes et 16% utilisent excessivement leur traitement de crise ²⁹.

Selon les études, l'adhésion thérapeutique chez les patients asthmatiques est très variable.

Pour certains auteurs, seulement 13% des patients asthmatiques sont observants ³⁰.

Dans une autre étude, 80% des patients ne sont pas observants, avec la plupart du temps une sous-utilisation des dispositifs ³¹.

Dans l'étude de Raheison C, seulement 11% des patients considèrent que leur asthme n'est pas contrôlé alors que le test de GIRERD indique que 48% des patients interrogés ont un asthme non contrôlé ³².

En pharmacie, il existe plusieurs moyens pour évaluer l'observance des patients aux traitements. En effet, nous avons à disposition avec la carte vitale du patient, le Dossier Pharmaceutique (DP) où l'on peut retrouver l'historique médicamenteux du patient des quatre derniers mois. Ainsi, on pourra savoir si le traitement de fond a bien été délivré tous les mois, si le traitement de crise n'est pas trop souvent délivré.

De plus, des questionnaires rapides sont à disposition pour évaluer l'observance : le questionnaire GIRERD et MORISKY (Annexe 9 et 10). Le patient obtient un score à la fin, et suivant le résultat, on pourra ainsi déterminer si le patient est observant ou non³³.

En interrogeant les patients lors des entretiens semi-dirigés, ils n'estiment pas nécessaire de prendre leur traitement de fond tous les jours lorsqu'ils n'ont aucune gêne, ou bien trouve le traitement trop contraignant et préfère le prendre lorsqu'ils ne se sentent pas bien.

De plus, sur les patients qu'on a pu interroger, on a dénombré 13,5% qui se réveillent plus de 4 nuits/semaine à cause d'une crise d'asthme, les obligeant à se lever et à prendre leur traitement de secours.

Ce pourcentage n'est pas anodin, il montre qu'un certain nombre de patients asthmatiques n'ont pas un asthme équilibré, qu'ils ne sont pas observants vis à vis de leur pathologie et de leur traitement.

Ensuite, 42 patients sur les 52 confient avoir eu des exacerbations d'asthme au cours de l'année les obligeant à être hospitalisés parfois.

22 patients ont eu des absentéismes au travail dans l'année à cause de leur asthme.

En conséquent, l'asthme impacte réellement sur la qualité de vie du patient lorsqu'il est mal contrôlé.

L'ETP pourrait aider le patient à mieux connaître sa pathologie, la contrôler et donc mieux vivre avec au quotidien en diminuant le nombre de crises, d'exacerbations, d'hospitalisations et d'absentéismes au travail.

Concernant les effets indésirables :

Dans cette étude, 30% des patients interrogés ont constaté des effets indésirables avec leur traitement pour l'asthme.

La plupart des effets indésirables répertoriés sont dus aux **corticoïdes inhalés** :

L'irritation de la voix/voix rauque est l'effet indésirable le plus fréquent retrouvé chez 60% des patients qui ont présenté des effets indésirables.

Les candidoses buccales autrement appelé « muguet » sont un peu moins fréquentes. En effet, on peut les éviter en se rinçant bien la bouche après chaque inhalation.

Une bonne tolérance du traitement permettra une meilleure observance.

4.4. LA VACCINATION CHEZ LE PATIENT ASTHMATIQUE :

A peine la moitié des patients interrogés sont vaccinés contre la grippe et le pneumocoque.

Ces deux vaccins sont fortement recommandés en cas d'asthme.

En effet, la complication de la grippe peut donner des surinfections bronchiques et donc aggraverait l'asthme du patient.

De même pour le pneumocoque qui est responsable de graves infections bronchiques.

Le pharmacien a désormais une nouvelle mission en ce qui concerne la vaccination. En effet, depuis 2018, quatre régions en France (dont les Hauts-de-France) avaient la possibilité, à titre expérimental, de vacciner les personnes adultes contre le grippe saisonnière (Article 66 de la loi de finance de la sécurité sociale)³⁴.

Depuis le 1^{er} Mars 2019, l'expérimentation a pris fin. Désormais, la vaccination antigrippale fait partie intégrante des missions du pharmacien à l'officine. Cette mesure s'étend sur toute la France.

Le pharmacien peut alors solliciter au comptoir le patient asthmatique quant à la vaccination antigrippale, en lui proposant ce service.

4.5. LA PLACE DU PHARMACIEN POUR ÉDUCER LE PATIENT ASTHMATIQUE :

D'après la majorité des patients interrogés, les explications du pharmacien paraissent **suffisantes et claires**.

La plupart des pharmaciens expliquent les différents traitements, les principaux effets indésirables, et le bon usage des dispositifs mais peu prennent le temps d'expliquer la pathologie, l'importance du traitement de fond.

Et trop peu rappellent les signes annonciateurs de la crise d'asthme et donnent des conseils sur les habitudes de vie à adopter en évitant les facteurs allergènes.

De plus, on a pu constater qu'**aucun des patients interrogés n'a pu bénéficier d'un entretien pharmaceutique spécifique**.

Aucun n'a entendu parler de ces entretiens en officine.

Seulement 4 patients sur les 52 disent avoir fait de l'éducation thérapeutique avec leur médecin traitant lors du diagnostic.

Et seulement **un patient sur les 4 serait intéressé** pour en refaire avec le pharmacien.

D'après l'étude, parmi ceux qui n'ont *jamais* fait d'éducation thérapeutique, **plus de la moitié n'est pas intéressé par ces entretiens.**

En effet, ils estiment que les entretiens ne leur apporteraient rien de plus, qu'ils en connaissent assez sur leur pathologie car sont asthmatiques depuis longtemps (souvent même depuis l'enfance).

Cependant, au vue de la qualité de vie qui est altérée à cause de la pathologie et du taux d'inobservance (c'est-à-dire le traitement de crise pris à mauvais escient, en surdosage, et/ou le traitement de fond fréquemment oublié, mal utilisé), il serait que bénéfique de réaliser de l'éducation thérapeutique chez le patient asthmatique.

Ce serait le meilleur moyen pour améliorer l'observance aux traitements, sensibiliser les patients sur la crise d'asthme, aborder les facteurs déclenchants et les conseils adaptés à chaque patient pour les éviter.

Par contre, on a pu constater que 75% des « nouveaux asthmatiques » diagnostiqués récemment au cours de l'année, seraient intéressés par ces entretiens à l'officine. Mais aucun n'avait connaissance qu'ils existaient.

Le patient n'est pas assez informé sur ces nouvelles missions du pharmacien.

Des outils simples et rapides ont été développés pour évaluer le contrôle de l'asthme.

Exemple : le **Test de Contrôle de l'Asthme (TCA)** ³⁵ (Annexe 8). Ce test rapide comporte 5 questions, on obtient à la fin un score. S'il est entre 5 et 20, l'asthme n'est pas contrôlé ; et s'il est supérieur à 20 (entre 20 et 25), l'asthme est bien contrôlé. Cela permet de se rendre compte rapidement si le patient a besoin de faire une mise au point sur sa pathologie et son traitement. Notamment dans le cas où le patient est non observant, on pourra alors proposer un entretien, c'est-à-dire un suivi personnalisé pris en charge par la sécurité sociale.

Ces entretiens permettent de faire alliance avec le patient, d'échanger ensemble, de le responsabiliser vis à vis de sa pathologie. Il aura une connaissance plus approfondie sur ses traitements permettant ainsi une meilleure observance.

4.6. ÉDUCER LE PATIENT ASTHMATIQUE DÈS L'HOSPITALISATION ET POURSUIVRE EN OFFICINE :

Aujourd'hui, trop d'hospitalisations sont causées par des crises d'asthme. Et il n'existe pas à notre connaissance de programme d'ETP sur cette thématique dans la région. Les programmes d'ETP nécessitent un investissement important pour les professionnels de santé et un travail en équipe pluridisciplinaire. La coordination des actions est fondamentale à la réussite et au développement des programmes d'ETP.

Le pharmacien a la possibilité de s'investir dans ce type d'action sous réserve d'une formation spécifique à l'ETP.

L'entretien pharmaceutique est un premier pas vers une démarche d'ETP mais ce dispositif souffre d'un manque de communication auprès des personnels de santé ainsi que des patients.

Pour développer les entretiens pharmaceutiques, les médecins pourraient annoter leurs ordonnances en notant par exemple : « *serait favorable aux entretiens pharmaceutiques pour l'asthme* » ; dans ce cas peut être que les patients prendraient conscience de l'importance de ces séances et en retour le pharmacien estimerait nécessaire de les réaliser sachant que le médecin à orienter le patient vers lui.

Il semble important de collaborer davantage avec le médecin pour faire part des problèmes d'observance ou des difficultés que les patients peuvent rencontrer avec leur dispositif.

4.7. LES LIMITES DU TRAVAIL :

Dans ce travail qui avait pour objectif de comprendre les freins au développement de l'éducation thérapeutique dans le contexte de la maladie asthmatique, seul le point de vue des patients a été rapporté via des entretiens semi-dirigés.

Les difficultés que les pharmaciens peuvent rencontrer pour s'impliquer davantage dans l'éducation thérapeutique n'ont pas été explorées.

Cette étude reste un travail monocentrique sur les patients asthmatiques suivi au CHU Amiens-Picardie.

5. CONCLUSION :

Cette enquête, réalisée en été 2017 auprès de 52 patients asthmatiques du CHU Amiens-Picardie, visait à comprendre, du point de vue du patient, les freins au développement de l'ETP vis-à-vis de la pathologie asthmatique.

Il en résulte que 70% ont une qualité de vie altérée à cause de leur maladie.

On constate que 30% utilisent leur traitement de crise plusieurs fois par jour, près de la moitié des patients oublient plus ou moins fréquemment leur traitement de fond et 13,5% se réveillent plus de 4 nuits/semaine à cause d'une crise d'asthme.

Malgré un mésusage des traitements et une sous-estimation de leur pathologie, aucun des patients n'a bénéficié d'un entretien pharmaceutique sur l'asthme en officine et une grande majorité n'est pas intéressée par ces entretiens car ils estiment en savoir assez sur leur pathologie.

Pourtant des hospitalisations graves et des décès sont recensés tous les ans à cause de crise d'asthme.

Aujourd'hui, trop peu d'entretiens pharmaceutiques sont réalisés en officine malgré l'enjeu de cette pathologie.

Ceux-ci permettraient de responsabiliser le patient et de le rendre acteur de sa maladie. Ainsi il aurait pleinement connaissance de sa pathologie, de l'importance de ses traitements et on aurait une meilleure observance.

Pour cela, tous les professionnels de santé doivent communiquer ensemble, aller dans la même direction pour proposer au patient une prise en charge personnalisée et adaptée.

6. BIBLIOGRAPHIE :

1. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R : The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004 ; 59 : 469-78.
2. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998 ; 351 : 1225-32.
3. Godard P, Michel FB : « ASTHME », Encyclopædia Universalis
URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/asthme/>.
4. Tual S, Godard P, Bousquet J, Annesi-Maesano I : Diminution de la mortalité par asthme en France. *Revue des Maladies Respiratoires* Vol 25, N° 7 - septembre 2008 pp. 814-820.
5. Hopital.fr « L'asthme en dix questions ».
<https://www.hopital.fr/Actualites/L-asthme-en-dix-questions>.
6. A. Bourdin, P. Chanez, R. Chiron, J. Bousquet, P. Demoly, P. Godard : « Asthme Bronchique », Maladies respiratoires, Hôpital Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France.
7. M. Baroudi, J-P. Janssens : Asthme– HUG – DMCPRU – Service de médecine de premier recours – 2013. Guide patient asthme-pdf.
https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/asthme_arce.pdf
8. Guide de poche pour le traitement et la prévention de l'asthme (2019) :
<https://ginasthma.org>.
9. Article HAS : « Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) ».
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp.
10. IMS health et CRIP : « Améliorer l'observance ». lecrip.org.
<https://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>.
11. Serrier P, Muller D, Sevin C, Mechin H, Chanal I. [Evaluation of an educational program on asthma for pharmacists]. *Presse Med.* 2000 Nov 25;29(36):1987-91.

Chan AL, Wang HY. Pharmacoeconomic assessment of clinical pharmacist interventions for patients with moderate to severe asthma in outpatient clinics : experience in taiwan. Clin Drug Investig. 2004;24(10):603-9.

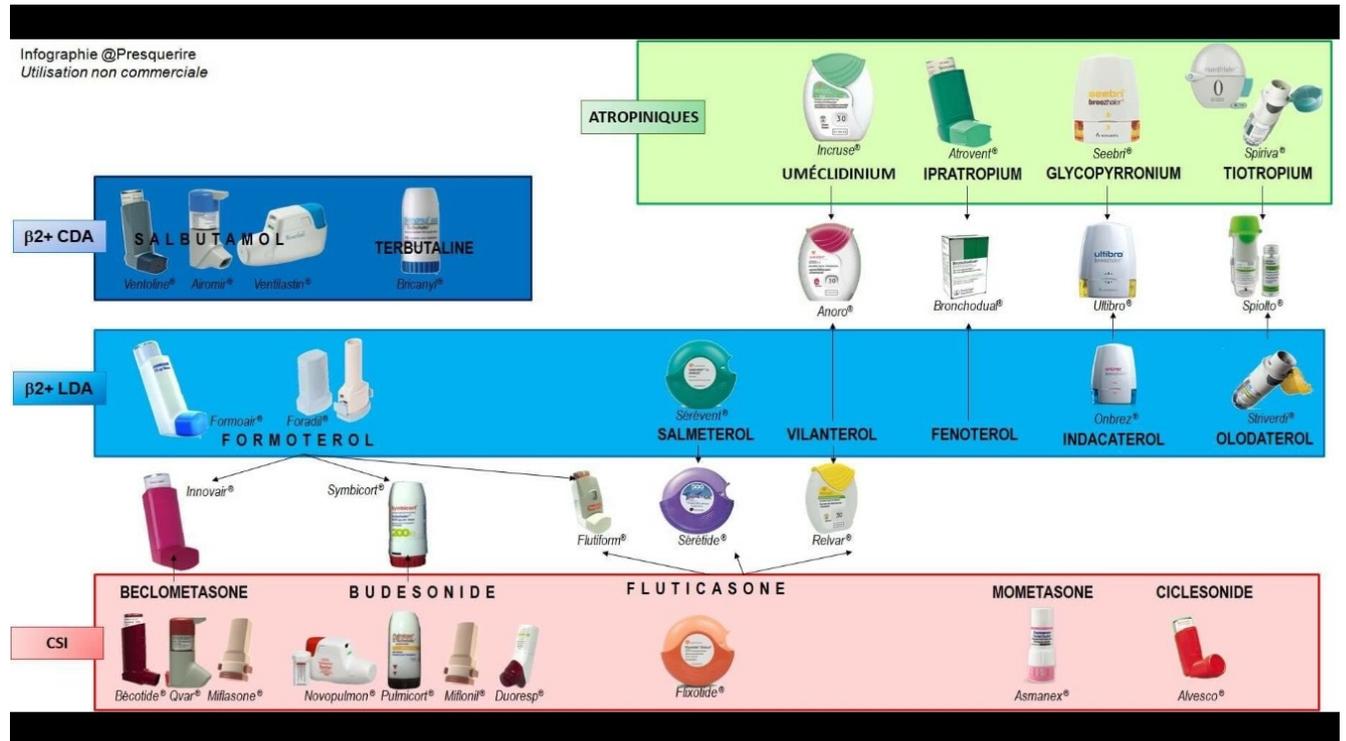
12. HAS : « Education thérapeutique du patient (ETP) ». <https://www.has-sante.fr/>.
13. HAS : « Haute Autorité de Santé – Quels sont les bénéfices de l'éducation thérapeutique du patient ? (ETP) ». https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc_5.
14. AMELI « Programme Sophia » <https://www.ameli.fr/aisne/assure/sante/assurance-maladie/service-sophia-pour-les-personnes-asthmatiques/quest-ce-que-le-service-sophia-asthme>.
15. AMELI « Avenants ». <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>.
16. USPO « Officines-Avenir.pdf ». <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/06/11-2015-06-Officines-Avenir.pdf>.
17. INSERM : « Hommes/femmes : pas tous égaux face à l'asthme allergique ». Salle de presse | Inserm, 22 mai 2017. <https://presse.inserm.fr/hommesfemmes-pas-tous-egaux-face-a-lasthme-allergique/28228/>.
18. Laffont S, Blanquart E, Savignac M, Cénac C, Laverny G, Metzger D, Girard JP, Belz G, Pelletier L, Seillet C, Guery JC : Androgen signaling negatively controls group 2 innate lymphoid cells. Brief Definitive Report| May 08 2017.
19. Delmas M-C, Furchman C : Asthma en France : a review of descriptive epidemiological data. Revue des Maladies Respiratoires. Volume 27, numéro 2, pages 151-159 (février 2010).
20. Siroux V, Varraso R, Bousquet J, Le moual N, Charpin D, Gormand F, Kennedy S, Maccario J, Scheinmann P, Kauffmann F : Facteurs environnementaux de l'asthme sévère et de l'allergie : résultats de l'étude EGEA. Revue des Maladies Respiratoires, Vol 24, N° 5 - mai 2007 pp. 599-608.
21. INSERM : « Allergie ». <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/allergies>.
22. Chaudhuri R et al. : *Effects of smoking cessation on lung function and airway inflammation in smokers with asthma*. Am J Respir Crit Care Med 2006; 174: 127.
- 22'. C. Raheison, A. Taytard, I. Annesi-Maesano : *Tabagisme, asthme et phénotypes associés. Approche épidémiologique*, Revue des Maladies Respiratoires, Vol 20, N° 2 - avril 2003, pp. 233-247.

23. Rev Mal Respir. 2015 Feb;32(2):110-37. doi: 10.1016/j.rmr.2014.07.014. Epub 2014 Oct 18. **[Influence of tobacco smoking on the risk of developing asthma].**
Underner M¹, Perriot J², Peiffer G³, Meurice JC⁴.
24. Tonnesen P et al. : *Effects of smoking cessation and reduction in asthmatics.* Nicotine Tob Res 2005; 7: 139–148.
25. INSERM : « Asthme ». La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/asthme>.
26. ASTHMACRISE : « l'application pour les patients asthmatiques ». *Sante-Digitale.fr* (blog), 6 février 2014. <http://www.sante-digitale.fr/asthmacrise-lapplication-pour-les-patients-asthmatiques/>.
27. Bsheti IA, Reddel HK, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ : Counseling about turbuhaler technique: needs assessment and effective strategies for community pharmacists. *Respir Care.* 2005 May;50(5):617-23.
28. « Guide ZEPHIR ». <https://splf.fr/videos-zephir/>.
29. Diamond SA, Chapman KR. The impact of a nationally coordinated pharmacy-based asthma education intervention. *Can Respir J.* 2001 Jul-Aug;8(4):261-5.
30. CREDES : « L'asthme en France selon les stades de sévérité »
https://www.researchgate.net/profile/Laure-Com-Ruelle/publication/268413581_L'asthme_en_France_selon_les_stades_de_severite/links/551a89470cf26cbb81a2eb59/Lasthme-en-France-selon-les-stades-de-severite.pdf.
31. « Observance thérapeutique et asthme - EM|consulte ». *Revue des Maladies Respiratoires.* Vol22, N°2-C2-avril2005 pp. 58-66.
32. Rev Mal Respir. 2017 Jan;34(1):19-28. doi: 10.1016/j.rmr.2016.04.003. Epub 2016 May 3.[Patients with asthma: Disease control, patients' perceptions and observance. Results of the French REALISE™ survey].
Raherison C¹, Mayran P², Jeziorski A³, Deccache A⁴, Didier A⁵.
33. « Figure 11. Questionnaire de Morisky à 4 Questions (MMAS-4) [56]. » ResearchGate.
https://www.researchgate.net/figure/Questionnaire-de-Morisky-a-4-questions-MMAS-4-56_fig4_320432247.

34. ORDRE : « Expérimentation de la vaccination à l'officine - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens ». <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Experimentation-de-la-vaccination-a-l-officine>.
35. « TCA asthme ». <http://www.mc44.fr/pdf/18-3.pdf>.

7. ANNEXES :

Annexe 1 : tableau récapitulatif des différents traitements de l'asthme (traitement de crise et traitement de fond).



Annexe 2 : Questionnaire patient réalisé dans le service de Pneumologie du CHU SUD

Amiens.

Enquête en PNEUMOLOGIE (ETP de l'asthmatique)

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en études de Pharmacie (6ème année).

Je rédige ma thèse sur l' ASTHME et plus particulièrement sur l'éducation thérapeutique du patient asthmatique.

Le questionnaire ci-joint (qui reste bien évidemment anonyme) doit servir de support à mon travail et je vous remercie d'accepter d'y répondre.

1. 1 - Renseignements du patient : 1) Etes-vous ?

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Une seule réponse possible.

- 18-25 ans
 25-45 ans
 45-65ans
 + 65 ans

3. 3) Venez-vous ?

Une seule réponse possible.

- En consultation
 En séjour d' hospitalisation

4. 4) Pour quel motif ?

Une seule réponse possible.

- Découverte d'un asthme
 Asthme persistant, non contrôlé
 Asthme contrôlé, consultation de suivi

5. 5) Sur une échelle de 0 à 10, comment qualifieriez vous l'impact de votre maladie sur votre qualité de vie ? (0 : impact faible, 10 : impact important au quotidien)

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

6. * Les questions 6 à 35 concernent les patients avec un asthme déjà connu * : 6) Comment aviez-vous découvert que vous étiez atteint de cette pathologie ?

Une seule réponse possible.

- Par mon médecin traitant
- Par mon pharmacien
- Autre :

7. 7) Depuis quand êtes-vous asthmatique ?

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- 1-2 ans
- 3-5 ans
- 6-10 ans
- 11-20 ans
- 21-40 ans
- Plus de 40 ans

8. 8) Connaissez-vous les facteurs qui déclenchent, chez vous, une crise d'asthme ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. 9) Si oui, quels sont-ils ?

Plusieurs réponses possibles.

- Une allergie aux pollens
- Une allergie aux acariens
- Une allergie aux chiens
- Une allergie aux chats
- Une allergie respiratoire à des champignons de type *Aspergillus*
- Une allergie respiratoire à des champignons de type *Alternaria*
- Les efforts physiques
- Les infections virales
- Le tabac
- Les médicaments (type AINS)
- La pollution
- Autre :

10. 10) Connaissez-vous votre DEP (débit expiratoire de pointe cad votre vitesse maximale de souffle), mesure faite avec un appareil appelé "peak flow" ou débitmètre de pointe ?

Une seule réponse possible.

- Oui : Valeur ?
- Non

11. 11- Traitements : 11) Prenez-vous déjà un traitement pour l'asthme ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. 12) Si oui, est-ce un traitement quotidien (régulier, à prendre tous les jours) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. 13) Si oui, quel est-il ?

14. 14) Vous arrive t-il de l'oublier ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. 15) Si oui, à quelle fréquence l'oubliez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Tout le temps
 2-3 fois dans la semaine
 2-3 fois dans le mois
 Jamais

16. 16) Avez-vous un plan d'action à suivre en cas de crise ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. 17) Que faites-vous en cas de crise ?

18. 18) Avez-vous un traitement de secours en cas de crise ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. 19) Si oui, quel est-il ?

20. 20) A quelle fréquence l'utilisez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Plusieurs fois par jour
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- 2-3 fois dans le mois
- 2-3 fois dans l'année
- Jamais

21. 21) Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu des crises d'asthme pendant la nuit, qui vous a réveillé et obligé à prendre votre traitement de secours ?

Une seule réponse possible.

- 4 nuits ou + par semaine
- 2 à 3 nuits par semaine
- 1 nuit par semaine
- 1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines
- Jamais

22. 22) Durant l'année, avez-vous eu :

Plusieurs réponses possibles.

- des exacerbations
- un absentéisme
- recours à des corticoïdes oraux

23. 23) Etes-vous fumeur ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 - Non
-

24. 24) Si oui, depuis combien de temps ?

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- 1-2 ans
- 3-5 ans
- 6-10 ans
- 11-20 ans
- 21-40 ans
- Plus de 40 ans

25. 25) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? (puis conversion en paquet-année PA)

Une seule réponse possible.

- 1-5
- 5-10
- 10-20
- 20-40
- 40-60
- 60-100
- 100 ou +

26. III- Effets indésirables - 26) Avez-vous constaté des effets indésirables dus aux traitements ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

27. 27) Si oui, quels sont-ils ?

Plusieurs réponses possibles.

- Candidose buccale / "muguet" (infection due à des champignons)
- Irritation de la bouche, gorge, voix rauque
- Crampes musculaires, maux de tête
- Autre :

28. 28) Etes-vous vacciné contre :

Plusieurs réponses possibles.

- La grippe
- Le pneumocoque (Pneumo 23, Prévenar 13)

29. **IV- Prise en charge de l'asthme à l'officine : 29) Les explications du pharmacien sur votre traitement vous paraissent**

Plusieurs réponses possibles.

- Insuffisantes
- Suffisantes
- Pas claires
- Très claires : le pharmacien vous a bien expliqué le traitement, l'importance de le prendre, l'importance de la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation

30. **30) Le pharmacien vous-a-t-il :**

Plusieurs réponses possibles.

- Aidé à comprendre la maladie
- Expliqué les traitements, leur(s) action(s), et l'importance de bien les prendre
- Montré la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation
- Donné les signes annonciateurs d'une crise et ce qu'il faut faire en conséquence
- Conseillé sur les habitudes de vie à avoir avec une pathologie comme l'asthme

31. **31) Avez-vous déjà participé à une ou plusieurs séances d'éducation thérapeutique ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

32. **32) Si oui, par qui a-t-elle été réalisée ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Le pharmacien
- Le médecin traitant
- Le pneumologue
- Le kinésithérapeute
- Autre :

33. **33) Cette séance a-t-elle été bénéfique ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

34. **34) Seriez-vous intéressé pour en refaire d'autres avec votre pharmacien ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

35. 35) S'il n'y a jamais eu de séance d'éducation thérapeutique, seriez-vous intéressé pour en faire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

36. * La question 36 concerne les patients à qui on vient de diagnostiquer un asthme * 36) Seriez-vous intéressé pour faire un point, avec votre pharmacien, sur votre maladie et vos traitements ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

37. 37) Allez-vous toujours dans la même pharmacie pour avoir votre traitement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non, je change tout le temps

38. 38) Si oui, où se situe votre pharmacie habituelle ? Quel est le nom de cette pharmacie ?

39. 39) Avez-vous déjà été contacté par la caisse pour une enquête téléphonique sur l'asthme (programme national nommé "Sophia") ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

40. 40) Si oui, qu'en pensez-vous ? Cette enquête téléphonique a-t-elle été bénéfique pour vous ?

41. 41) Aviez-vous déjà été pris en charge par la "maison du souffle" à Amiens ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

42. 42) Si oui, qu'en avez-vous pensé ?

Annexe 3 : Fiche conseil sur les facteurs déclenchants et les conseils pour les éviter.

Asthme		
Facteurs déclenchants & conseils pour les éviter		
<p>Chez l'adulte, un asthme sur deux est dû à un facteur allergique. Maîtriser son environnement en limitant les allergènes permet de prévenir les crises.</p>		
Facteurs pouvant déclencher une crise d'asthme	Comment éviter les facteurs déclenchants ?	Indiquer le/les facteurs(s) identifié(s) comme déclenchants
Allergènes		
Les acariens et moisissures	Laver régulièrement la literie (1 fois par semaine) Éviter les éléments qui retiennent la poussière : moquette, doubles rideaux, tentures murales, canapé en tissu... Aérer les chambres quotidiennement Aérer les pièces humides telles que la salle de bain, afin de limiter la moisissure	
Les animaux domestiques	Évaluer la pertinence d'adopter un animal domestique au regard de votre asthme Éviter de faire entrer l'animal dans l'habitation Garder l'animal à distance de la chambre à coucher ou de la pièce principale Laver les chats et les chiens deux fois par semaine s'avère parfois utile	
Les pollens	Éviter de tondre la pelouse au printemps Bannir les plantes allergisantes telles que thuyas, bouleaux, cyprès... Passer l'aspirateur régulièrement Enlever la poussière avec un chiffon humide	
Les aliments Additifs alimentaires : sulfites, <u>tartazine</u> (E102), acide benzoïque (E210) Allergies alimentaires : cacahuètes, noix, sésame, crustacés, produits laitiers, œufs	Éviter de consommer les aliments identifiés comme déclenchant l'asthme Ne jamais consommer l'aliment responsable de la crise en cas d'allergie déjà identifiée Porter sur soi la liste des allergies connues (par exemple dans un portefeuille)	

Pollution		
Atmosphérique	Eviter l'exercice physique en cas de pic de pollution, notamment pour les personnes connues comme sensibles ou qui présenteraient une gêne à cette occasion	
De l'habitat Fumée de cheminée, peintures, solvants	Eviter d'utiliser des polluants domestiques (solvants, peintures, irritants...) En cas d'utilisation de ces produits, aérer les pièces de votre habitation	
Tabac		
Actif	Arrêter le tabac et prendre rendez-vous avec votre médecin traitant ou un médecin spécialisé dans l'arrêt du tabac Contacter le service « Tabac Info Service » pour plus d'informations : site tabac-info-service.fr ou appeler le 39 89	
Passif	Limiter le contact avec les fumeurs Demander aux fumeurs de ne pas fumer dans les lieux de vie commune tels que les pièces de votre habitation, la voiture... Si cela n'est pas possible, aérer les lieux de vie communs	
Autres facteurs		
Infections des voies respiratoires Rhume, grippe, bronchite, sinusite	Se faire vacciner contre la grippe pour éviter les risques d'infections respiratoires qui pourraient aggraver votre asthme Le vaccin antigrippal est gratuit pour les personnes asthmatiques	
Facteurs psychologiques Anxiété, stress, grandes émotions...	Penser à toujours avoir su soi le traitement de la crise	
Changement de temps Froid, humidité...	Penser à toujours avoir su soi le traitement de la crise	
Exercice physique	Discuter avec votre médecin de la conduite à tenir	

Annexe 4 : Test de Fagerström pour le sevrage tabagique.

Test de Fagerström en 6 questions

1 Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes **3**
 6 à 30 minutes **2**
 31-60 minutes **1**
 Plus de 60 minutes **0**

2 Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui **1**
 Non **0**

3 A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

La première de la journée **1**
 A une autre **0**

4 Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins **0**
 11 à 20 **1**
 21 à 30 **2**
 31 ou plus **3**

5 Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui **1**
 Non **0**

6 Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui **1**
 Non **0**

Interprétation

> 0 - 2 : pas de dépendance

≥ 3 - 4 : dépendance faible

> 5 - 6 : dépendance moyenne

≥ 7 - 10 : dépendance forte ou très forte

Conduite à tenir

Conseils de type comportemental (environnement, habitudes)

Orientation vers un TNS*, aide au choix de la galénique et du dosage

Orientation vers un TNS*, aide au choix de la galénique et du dosage

Si le patient le souhaite, orientation vers une consultation médicale

Annexe 5 : Plan de crise à remettre au patient.

Service de Pneumologie et Réanimation Respiratoire
Centre Hospitalier Universitaire Sud - Amiens
Pneumologue de garde 24 h/24 h - bip au 03.22.66.80.00

Education asthmatique
Maison du souffle - Amiens
Tél : 03.22.71.17.77

PLAN DE LA CRISE

Nom du médecin : _____
Signature : _____

Nom et prénom du patient : _____
Date : _____

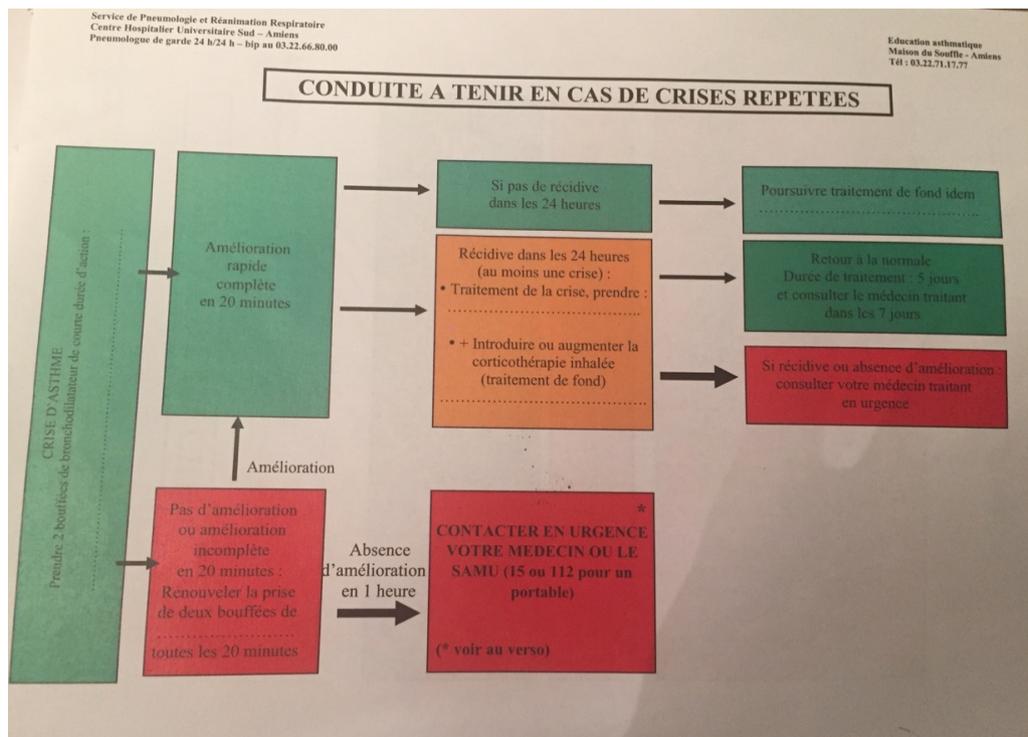
QUE FAIRE EN CAS DE CRISE D'ASTHME ?

- Prendre 2 bouffées de bronchodilatateur de courte durée d'action :
.....
- Répéter la prise toutes les 15 à 20 mn si la gêne respiratoire persiste.

DANS QUELS CAS APPELER UN MEDECIN OU UN SERVICE D'URGENCE (15 ou 112 à partir d'un portable) ?

- Si la gêne respiratoire est très importante (avec impossibilité à trouver l'air, impossibilité de parler ou de tousser).
- Si la crise ne s'améliore pas au bout de 20 à 30 mn malgré le traitement, ou ne cesse pas après 1 heure de traitement.
- Si le débit-mètre de pointe est inférieur à 150 l/mn.

ATTENTION : le rapprochement des prises du traitement bronchodilatateur (.....) doit vous faire consulter rapidement votre médecin.



Annexe 6 : Application « Asthmacrise ».



Annexe 7 : Extraits du guide ZÉPHIR (application téléchargeable sur internet pour visionner les techniques d'inhalation des dispositifs utilisés dans l'asthme).



Société de Pneumologie de Langue Française

société de pneumologie de langue française



Guide ZÉPHIR

Guide Zéphir est une marque déposée de la SPLF.

Outils d'aide à l'utilisation des thérapeutiques inhalées dans l'asthme et la BPCO chez l'adulte

Ces vidéos sont réalisées par le service de pédagogie numérique de Sorbonne Université Médecine

Pour les professionnels : <http://www.guidezephir.fr/medicaments>

>>> Cliquez sur les images pour voir les vidéos.



AIROMIR® AUTOHALER®
Salbutamol



ALVESCO®
Ciclésionide



ANORO® ELLIPTA®
Umeclidinium + Vilanterol



ASMANEX® TWISTHALER®
Fuorate de mométasone



ASMELOR® NOVOLIZER®
Formotérol



ATROVENT®
Ipratropium bromure



BECLOJET®
Béclométasone



BECLOMETASONE TEVA®
Béclométasone



BECLOSPRAY®
Béclométasone



BECOTIDE®
Béclométasone



BEMEDREX® EASYHALER®
Béclométasone



BRICANYL® TURBUHALER®
Terbutaline

Annexe 8 : Test de Contrôle de l'Asthme (TCA).

Test de contrôle de l'asthme*

Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de votre asthme. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le retentissement de la maladie sur votre vie quotidienne. Il vous suffit de calculer votre score total pour savoir si votre asthme est contrôlé...

Étape 1 : Entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci vous aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme.

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

*ACT™, © 2002, by QualityMetric Incorporated Asthma France / French. Control Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated. Test réservé aux patients asthmatiques de plus de 12 ans.

Résultats du test : découvrez si votre asthme est contrôlé ou non !



**Bien vivre avec son asthme,
c'est avoir un asthme contrôlé.**

**Si votre score est inférieur à 20,
votre asthme n'est peut être
pas contrôlé.**

**Consultez votre médecin et apportez
lui les résultats de ce test pour
en discuter avec lui.**

Annexe 9 : Test de Morisky (test pour évaluer l'observance).

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

MMAS	Oui	Non
Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?		
Vous arrive-t-il de ne pas faire attention aux jours auxquels vous prenez votre traitement ?		
Si vous vous sentez parfois moins bien lorsque vous prenez votre traitement, cessez-vous de le prendre ?		
Lorsque vous vous sentez mieux, arrêtez-vous parfois de prendre votre traitement ?		

Points attribués à chaque item
Oui = 1 Non = 0

Patient très observant = 0

Patient modérément observant = 1 ou 2

Patient non observant = 3 ou 4

Annexe 10 : Test Girerd (observance)

Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	Oui	Non
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?	Oui	Non
Vous est-il arrivé de prendre votre médicament avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	Oui	Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	Oui	Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	Oui	Non
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	Oui	Non

Interprétation (Profil d'observance) : Si aucun OUI : bonne observance ; Si 1 ou 2 OUI : minime problème d'observance ; Si 3 OUI ou plus : problème d'observance.

Bilan d'observance : Questionnaire de GIRERD

DUPUY, Elise

TITRE : Éducation thérapeutique du patient asthmatique, de l'hôpital à la ville est-ce réalisable ?

Université de Picardie Jules Verne- Amiens

2020

Mots clés : Asthme, éducation thérapeutique, entretiens pharmaceutiques, pluridisciplinaire, entretiens semi-dirigés, adhésion thérapeutique

Contexte : L'asthme est une pathologie chronique, qui peut-être invalidante et qui touche toutes les tranches d'âges. En France, elle est celle qui compte le plus grand taux d'inobservance car peu de patients suivent correctement leur traitement. L'éducation thérapeutique est alors primordiale. Le pharmacien d'officine, ainsi que tous les professionnels de santé ont un rôle important à jouer.

Matériels et méthodes : Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens- Picardie dans le service de pneumologie. Elle concerne les patients asthmatiques vu en consultation par un pneumologue ou hospitalisés pour une crise d'asthme.

Objectifs : Évaluer les freins au développement de l'éducation thérapeutique vis-à-vis de la pathologie asthmatique.

Résultats : Au total, 52 entretiens ont été menés. Parmi eux, 67,3% sont des femmes et la majorité a entre 45 et 65 ans (40%).

Près de 70% révèlent avoir une qualité de vie altérée à cause de leur maladie.

Plus d'un quart utilisent leur traitement de crise plusieurs fois par jour.

On constate que 32% oublient 2 à 3 fois dans la semaine de prendre leur traitement de fond ; et 13,5% se réveillent plus de 4 nuits/semaine à cause d'une crise d'asthme.

Aucun des patients interrogés n'a pu bénéficier d'un entretien pharmaceutique sur l'asthme à l'officine. La majorité des patients ne serait pas intéressée car ils estiment en savoir assez sur leur pathologie.

Conclusion : Trop peu d'entretiens pharmaceutiques sont réalisés à l'officine, pourtant cela permettrait d'avoir une meilleure adhésion thérapeutique du patient. Pour cela, tous les professionnels de santé doivent collaborer ensemble pour accompagner le patient asthmatique.

Membres du jury

Président : Mr Michel BRAZIER.

Membres : Mme Aurélie TERRIER-LENGLET, Mme Elisabeth POPIN, Mme Audrey VILLAIN.