



**HAL**  
open science

# Bon usage des bronchodilatateurs en psychiatrie : comment élaborer une activité éducative ciblée à l'intention des patients et de leur Accueillant Familial Thérapeutique ?

Manon Gareau

## ► To cite this version:

Manon Gareau. Bon usage des bronchodilatateurs en psychiatrie : comment élaborer une activité éducative ciblée à l'intention des patients et de leur Accueillant Familial Thérapeutique ?. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04770172

**HAL Id: dumas-04770172**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04770172v1>

Submitted on 6 Nov 2024

**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 CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE PHARMACIE

Année : 2023

N°

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement  
Le 29 septembre 2023  
par  
Manon GAREAU

# Bon usage des bronchodilatateurs en psychiatrie : comment élaborer une activité éducative ciblée à l'intention des patients et de leur Accueillant Familial Thérapeutique ?

Directeur de thèse : Mme Violaine TRAMIER

Jury :

Président : Mme Lise BERNARD

Maître de conférences des Universités  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : Mme Violaine TRAMIER

Praticien Hospitalier  
Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay-Le-  
Château

Mme Anne BOYER

Maître de conférences des Universités  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Catherine CUSSAC BUCHDAHL

Praticien Hospitalier,  
Centre Hospitalier Sainte-Marie, Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE PHARMACIE

Année : 2023

N°

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement  
Le 29 septembre 2023  
par  
Manon GAREAU

# Bon usage des bronchodilatateurs en psychiatrie : comment élaborer une activité éducative ciblée à l'intention des patients et de leur Accueillant Familial Thérapeutique ?

Directeur de thèse : Mme Violaine TRAMIER

Jury :

Président : Mme Lise BERNARD

Maître de conférences des Universités  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : Mme Violaine TRAMIER

Praticien Hospitalier  
Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay-Le-  
Château

Mme Anne BOYER

Maître de conférences des Universités  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Catherine CUSSAC BUCHDAHL

Praticien Hospitalier,  
Centre Hospitalier Sainte-Marie, Clermont-Ferrand

# Remerciements

## **Aux membres du jury,**

**À ma présidente de jury, Madame le docteur Lise Bernard, Maître de Conférence,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail.

**À ma directrice de thèse, Madame le docteur Violaine Tramier,**

Merci tout d'abord pour ton accueil à Ainay-Le-Château, et pour avoir accepté de m'encadrer dans ce travail de thèse. Merci de m'avoir confié ce projet, de m'avoir si bien conseillée et dirigée dans sa mise en place. Merci pour ces nombreux "points thèse" et pour tes relectures attentives. Merci de m'avoir fait confiance sur ces 2 semestres d'internat, pour ta bienveillance, tes précieux conseils et tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés. Merci enfin pour ta bonne humeur, ce fut un plaisir de travailler avec toi.

**À Madame le docteur Anne Boyer, Maître de Conférence,**

Merci de compter parmi les membres de mon jury et d'avoir répondu à ma demande avec tant d'enthousiasme. Merci pour les conseils que tu as pu me donner.

**À Madame le docteur Catherine Cussac-Buchdahl,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de suivre mon parcours avec attention depuis mon passage à Sainte-Marie en tant qu'externe. Merci pour ta gentillesse, ton humour et tes conseils avisés. J'espère que nos chemins se recroiseront et je n'oublie pas ta proposition de balade à cheval !

**À toutes les personnes impliquées dans cette thèse,**

Sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour, un grand merci pour votre aide.

## **À tous ceux qui ont suivi mon parcours, des bancs de la fac à l'hôpital,**

À tous mes collègues, magasiniers, agents administratifs, préparateurs et pharmaciens avec qui j'ai pu travailler. Je ne pourrais citer tout le monde mais je tiens à remercier les équipes des PUI où je suis passée. Merci aux équipes du CHU (mention spéciale à la pharmacotechnie, l'UPAC, la CAMS, les achats/appro médicaments et aux filles de la dispensation), à la folle équipe de Thiers et bien évidemment à la team d'Ainay-Le-Château, qui m'a supporté une année entière !

**À Maud**, je t'adresse un merci tout particulier pour ton aide et ton implication dans ce gros projet. Je suis très contente de t'avoir eu comme collègue et fière de ce que nous avons accompli. Je sais que l'atelier est entre de bonnes mains : les tiennes, celles de Violaine et de Jennifer ! A très vite pour écouter les cerfs bramer dans la forêt de Tronçais.

## **À mes amis de la fac à l'internat,**

**À Wendy (Quindy pour les intimes)**, sans qui mes années fac n'auraient pas été les mêmes. Merci d'avoir essuyé les bancs de la fac à mes côtés, pour les grosses poilades et le bœuf lûc lac. Vivement notre prochain chocolat chaud à la Fée Carabosse !

**À Valentin et Anne-Cé**, mes compagnons de salle verte. Hommage à toutes ces heures passées sur nos De Boeck. Valou, merci encore pour les cours particuliers tu as grandement contribué à ma réussite au concours de l'internat j'en suis certaine. (Et vivement le prochain Animal Crossing !)

**À mes amis co-internes**, je ne peux tous vous citer mais merci à tous ceux avec qui j'ai partagé et partage encore cette folle expérience qu'est l'internat (2b forever) !

Petite dédicace à **Erwin** et **Léa** (la team chlorhexidine, sponsorisée par Jean-Michel Apeupré), **Romane** (passion poulpe !), **Aurel** (partenaire de kawa), **Marion** et **Jojo** (les plus choux, toujours de bon conseil, merci pour tout votre soutien), **Nono** (petit rayon de soleil), **Margaux** (ma Cantalou préf) et **Kéké** (passion Pokémon Go).

**À Maïlys**, merci pour tes relectures et pour le soutien que tu m'apportes depuis ma 1ère année d'internat. Notre amitié allait de soi tant nous avons d'atomes crochus : les chats, les jeux de société, le jeu de rôle, Pokémon, les cocktails à base de rhum... (liste non exhaustive). Merci de supporter sans broncher le fait que Vaïk et moi soyons des êtres symbiotiques ! Et même s'il t'a bien soutenu dans cette entreprise, je ne peux que te remercier de m'avoir forcée à regarder Dr Who, qui est, je l'admets, une des meilleures séries au monde (Tennant > all !).

### **À mes amis qui n'ont rien à voir avec la pharmacie,**

#### **À ma meilleure amie Maëlle,**

Nous deux c'est plus de vingt ans d'amitié à toute épreuve ! Malgré la distance qui nous sépare (on n'aurait jamais dû se lâcher la main en CM2 !) tu es toujours là pour moi dans les bons comme les mauvais moments. Loin des yeux mais non loin du cœur. Tu es mon étoile du Berger : un repère, un pilier sur lequel je pourrai toujours compter. Merci pour tout ce que tu m'apportes depuis quasiment le début de ma vie qui n'aurait clairement pas été la même sans toi. Vivement qu'on reparte en voyage rien que toutes les deux, en espérant que ton genou ne nous fasse pas défaut encore une fois ! Je t'aime meuf !

#### **À Claire et Charles-Hubert**, des amis en or.

Ma Clairou, que de chemin parcouru depuis la 3ème à Pionsat (si j'avais imaginé devenir un jour demoiselle d'honneur à ton mariage !). Merci pour ta bonne humeur contagieuse, ton humour à 2 balles et ta simplicité. Je suis heureuse de compter parmi mes plus proches amies.

**À Orphée**, ma presque belle-sœur, ma partenaire de crime depuis la seconde jusqu'à la PACES (Babache, dire que tu as préféré partir en géologie pour lécher des cailloux !). **À Ernelle** (ma Narnou, ma Thiercy, ma pizza merguez-raclette, la meilleure véto) et à **Julie** (viens on va chasser le dahu !), mes meilleures camarades de chambrée ! Merci les filles pour ces belles années lycée ! J'espère qu'on réussira un jour à se réunir plus d'une fois par an (quelle idée de s'être éparpillées aux 4 coins de la France aussi ;) )

**À Raphaël**, mon Rafiki, quelle chance que ton CV ait retenu l'attention des patrons d'Intermarché Pionsat (et que la fille des patrons soit aussi sympa :P) ! Merci pour toutes ces soirées dans les bars (dois-je te remercier d'avoir contribué à ma première cuite ?), à jouer à Mario Kart ou à simplement se raconter nos vies. J'apprécierai toujours tes coups de fil de dernière minute pour me prévenir que tu débarques dans l'heure à venir. Cette spontanéité qui me rend dingue parfois fait indéniablement partie de ton charme ! J'espère pouvoir un jour passer te voir dans les prestigieux locaux d'Ungaro avenue Montaigne. En attendant je te souhaite un brillant avenir dans la moooode !

**À ma team JDR, Garance, Mélanie, Vincent, Marine, Nichirin,**

Ça y est, on a atteint les 3 ans d'une campagne mouvementée, je ne pensais pas m'engager dans un truc aussi dingue quand je me suis inscrite à cette initiation à D&D pour les noobs. Votre capitaine Kaiman est fier de faire partie des Veilleurs de tempête ! **Garance** notre MJ d'amour, je t'adresse ce remerciement tout particulier, si tu n'avais pas décidé d'animer ces premières séances à la Baraka Jeux je n'aurais sans doute jamais rencontré Vaïk... la suite vous la connaissez !

**À Romain et Wendy**, vous faites partie de mes plus belles rencontres du côté Vaïkien de la force. Des vrais amis, ceux qui sont présents pour ton déménagement de 10h à 23h, ceux avec qui on partage les pichets de bière et un petit COVID au Hellfest. Je vous nem !

**À Thomas et Alexandra**, vous faites également partie de mes plus belles rencontres du côté Vaïkien de la force ! Pour les nombreuses soirées à la susnommée Baraka Jeux et à la maison, j'espère qu'elles pourront être plus régulières à l'avenir.

**À mes amis du dada, Cindy, Julie, Thomas, Cécile et Doriane**, pour ces jeudis soir à vos côtés et nos belles balades à cheval. Vous me manquez, j'espère m'y remettre bientôt.

**À Tom**, merci d'avoir partagé ma vie pendant sept ans, d'avoir forgé mon caractère et de m'avoir épaulée pour tant de choses, en particulier pour mes études. Je te souhaite une vie bien remplie et un avenir radieux, professionnellement et personnellement.



## **À ma famille,**

**À ma maman,** merci d'avoir fait de moi ce que je suis devenue, merci pour ton soutien indéfectible depuis toutes ces années, merci pour tout. On n'a jamais réussi à couper le cordon toutes les deux et j'apprécie notre relation mère/fille très fusionnelle. On a bien quelques prises de bec, après tout, on est les mêmes, toujours à partir au quart de tour ! Je continue de penser que nous ferions un binôme d'enfer à Pékin Express ! Je serai toujours là pour te soutenir comme pour te "casser la baraque" quand tu en auras besoin mais saches que tu es une battante pitit maman. Je t'aime infiniment.

## **À mes frères et sœurs,**

**À Elisa,** mon Elisouille à l'âme d'artiste (tu as du talent ne l'oublies jamais !). Merci pour ta joie de vivre, ta bonne humeur (malgré un caractère de cochon bien assumé !) et ton grain de folie.

**À Yannick,** mon bro, je suis ravie que tu me fasses partager ta passion pour la cuisine. Je serais toujours dispo pour être ton commis aux patates pour les repas de famille du dimanche, pour rire à tes blagues nulles (surtout les plus controversées) et (dés)approuver tes goûts musicaux. Soyez heureux et n'oubliez jamais que votre grande sœur sera toujours là pour vous, je vous aime !

## **À mon papa et à Valy,**

**À mon poupa chéri.** Ce n'est pas tous les jours facile d'être si loin de toi et pourtant nous avons l'habitude depuis mon plus jeune âge. J'aimerais bien qu'on puisse se voir plus d'une fois par an mais le téléporteur tarde à être inventé et nous n'avons toujours pas le TGV Clermont-Paris ! Merci pour tout ce que tu m'as transmis, en particulier ta passion pour le rock/métal et les tatouages (en fait c'est à cause de toi que je suis devenue une punk à chien !). L'envie de passer mon permis moto aussi, un jour nous parcourons les routes ensemble. **Valy,** je suis tellement heureuse que papa aie rencontré quelqu'un qui le supporte au quotidien (je suis toujours admirative !). J'ai la meilleure belle-mère au monde. Je vous aime et vous me manquez.

**À papy, mamie et Nathalie,**

Quelle chance j'ai eu d'avoir des grands-parents aussi aimants et attentionnés, tous les enfants devraient connaître la garderie chez papy et mamie. Vous avez plus que participé à mon éducation et je vous en remercie. Vous avez su me transmettre l'art des bonnes choses : cultiver son jardin, faire ses courses sur le marché, s'occuper des poules, la bonne cuisine, sans oublier la culture du Nord-Pas-De-Calais et tant de choses encore... Papy, tu n'es malheureusement plus là aujourd'hui mais je sais que de là-haut tu es fier de moi.

**À toute ma famille din ch'nord,** pour tous les bons souvenirs et moments passés à vos côtés. Pépé, une pensée pour toi qui n'est plus là, j'espère que l'eau a meilleur goût là où tu es.

**À mon beau-père Richard,** merci de m'avoir élevée et de m'avoir soutenue dans mes études. Merci pour tout ce que tu as pu m'apporter. A très vite pour une balade en Can-Am dans la Loire !

**À ma belle-famille,** que j'apprécie énormément. Merci en particulier à **Armelle, Franck** et **Alaïs.** J'adore passer du temps avec vous et je suis heureuse que l'on s'entende si bien.

**À mon chat Nox,** le meilleur des compagnons à quatre pattes, qui était à mes côtés depuis le début de mes études supérieures. Merci pour tout l'amour que tu m'as donné, tu me manques.

**À mon Vaïk,** tout d'abord merci d'avoir imprimé cette thèse (quelle chance d'avoir un chéri imprimeur !). Ma belette d'amour, mon âme sœur, mon alter-ego masculin. Te rencontrer est la plus belle chose qui me soit arrivée, jamais je n'aurais imaginé avoir autant d'alchimie avec quelqu'un. Je peux affirmer que la télépathie existe, nous on la pratique tous les jours (chips !). Tu es mon rayon de soleil, toujours là pour me faire rire, m'écouter, me soutenir... « Tu serais là si j'repartais à zéro, à m'appeler les vraies choses, à calmer mes névroses ». Merci pour tout l'amour et le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Merci de rendre ma vie si belle. Il me tarde de vivre de nouvelles aventures à tes côtés. « Tellement de choses qu'on promet, une seule pour laquelle je suis fait, je t'aimais je t'aime et je t'aimerai »

# Table des matières

Remerciements .....	4
Table des matières .....	10
Liste des figures.....	13
Liste des tableaux.....	14
Liste des abréviations.....	15
Introduction.....	17
PARTIE 1 : Contexte général.....	18
1. La pharmacie clinique.....	18
1.1. Définition .....	18
1.2. Les activités éducatives en santé.....	19
1.2.1. L'éducation pour la santé .....	19
1.2.2. L'Éducation Thérapeutique du Patient.....	20
1.2.3. Les Activités Éducatives Ciblées .....	21
1.2.4. Les entretiens pharmaceutiques .....	22
1.2.5. Observance et adhésion thérapeutique : un objectif éducatif .....	23
2. La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.....	26
2.1. Epidémiologie .....	26
2.2. Physiopathologie.....	26
2.3. Symptomatologie.....	27
2.4. Diagnostic.....	28
2.4.1. Diagnostic différentiel avec l'asthme .....	31
2.5. Prise en charge thérapeutique .....	32
2.5.1. Prise en charge globale.....	32
2.5.2. Prise en charge médicamenteuse .....	32

3.	Les dispositifs d'inhalation .....	36
3.1.	Généralités .....	36
3.2.	Bon usage des dispositifs d'inhalation.....	40
3.3.	Difficultés rencontrées par les patients.....	40
4.	Populations particulières : focus sur les pathologies psychiatriques .....	42
4.1.	La prise en charge somatique en psychiatrie .....	42
4.2.	Pathologies mentales sévères : comorbidités et mortalité .....	43
4.3.	Pathologies mentales sévères et tabagisme.....	44
4.4.	Pathologies mentales sévères et pathologies respiratoires .....	45
4.5.	Troubles cognitifs et pathologies psychiatriques .....	45
4.5.1.	Définition .....	45
4.5.2.	Dans la schizophrénie .....	46
4.5.3.	Dans les troubles bipolaires et la dépression.....	48
4.5.4.	Dans le trouble de l'usage de l'alcool.....	49
5.	Contexte local : le Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay-Le-Château, l'Accueil Familial Thérapeutique au cœur de la prise en charge .....	51
5.1.	De la colonie familiale à l'Accueil Familial Thérapeutique .....	51
5.1.1.	Historique .....	51
5.1.2.	L'Accueil Familial Thérapeutique.....	52
5.2.	Patients hospitalisés au CHS .....	54
5.3.	La pharmacie à usage intérieur.....	54
5.3.1.	Implication dans l'ETP.....	54
5.3.2.	Organisation de la dispensation des traitements .....	55
5.3.3.	Spécificités des conditionnements multidoses .....	55
PARTIE 2 : élaboration d'une activité éducative .....		56
1.	Contexte et objectif.....	56

2.	Matériel et méthodes .....	57
2.1.	Constitution d'un groupe de travail et choix de la méthode.....	57
2.2.	Recherche bibliographique .....	57
2.3.	Conception de l'atelier.....	58
2.3.1.	Modalités de validation de l'atelier et de communication .....	59
3.	Résultats.....	60
3.1.	Évolution du groupe de travail en équipe éducative.....	60
3.2.	Conception de l'atelier.....	60
3.2.1.	Population cible .....	60
3.2.2.	Définition des objectifs.....	63
3.2.3.	Choix relatifs aux méthodes, outils d'animation et aux séances .....	64
3.3.	Atelier test.....	65
3.3.1.	Organisation de l'atelier .....	65
3.3.2.	Contenu de l'atelier test.....	67
3.3.3.	Bilan de l'atelier test.....	70
3.4.	Atelier final.....	70
3.4.1.	Organisation de l'atelier final .....	70
3.4.2.	Contenu de l'atelier .....	72
3.4.3.	Description des outils employés et présentation des principaux outils créés	74
4.	Discussion.....	84
5.	Conclusion .....	97
	Références Bibliographiques.....	99
	Annexes.....	109
	Serment de Galien.....	129

# Liste des figures

Figure 1 : Les processus de pharmacie clinique .....	19
Figure 2 : Le processus d'adhésion médicamenteuse .....	24
Figure 3 : Les six stades de changement de Prochaska et DiClemente .....	24
Figure 4 : Physiopathologie de la BPCO .....	27
Figure 5 : Échelle de dyspnée mMRC .....	29
Figure 6 : COPD Assessment Test et interprétation du score .....	30
Figure 7 : Classification de la BPCO selon le GOLD 2017 et révision de celle-ci en ABE, selon GOLD 2023. ....	30
Figure 8 : Comparaison des recommandations à l'initiation du traitement dans la BPCO en 2022 et 2023, reproduits et traduits selon GOLD 2022 et GOLD 2023.....	35
Figure 9 : Variabilité dans l'étiopathogénie et l'évolution des symptômes hétérogènes .....	47
Figure 10 : Pourcentage et type de dispositifs prescrits par patient .....	62
Figure 11 : Traitements inhalés prescrits par classe thérapeutique .....	63
Figure 12 : Planification de l'atelier test .....	67
Figure 13 : Planification de l'atelier final .....	71
Figure 14 : Diagramme décisionnel d'orientation du patient dans l'atelier.....	71
Figure 15 : Exemple de plaquette médicament (ici le SPIRIVA RESPIMAT®).....	77
Figure 16 : Certificat de suivi de l'atelier.....	78
Figure 17 : Fiches résumées des séances 1 et 2 remises au patient .....	79
Figure 18 : Quelques outils utilisés au cours de l'atelier .....	80
Figure 19 : Jeu des pancartes "Asthme VS BPCO" .....	81
Figure 20 : Image "bronche saine/bronche malade" .....	81
Figure 21 : Cartes séquence.....	82
Figure 22 : Pancartes smiley .....	82
Figure 23 : Extrait du plan d'animation des séances .....	83

## Liste des tableaux

Tableau I : Principales différences entre asthme et BPCO .....	31
Tableau II : Principales classes thérapeutiques utilisées dans la BPCO .....	34
Tableau III : Principaux avantages et inconvénients des différents dispositifs d'inhalation .....	38
Tableau IV : Dispositifs d'inhalation prescrits au CHS d'Ainay-Le-Château.....	39
Tableau V : Méthodologie de conception de l'atelier : la méthode QQQQCP .....	59
Tableau VI : Caractéristiques démographiques et cliniques des 48 patients identifiés .....	61
Tableau VII : Caractéristiques démographiques et cliniques des patients de l'atelier test .....	66
Tableau VIII: Tableau récapitulatif des thèmes abordés, objectifs et outils employés lors de l'atelier test.....	69
Tableau IX : Tableau récapitulatif des thèmes abordés, objectifs et outils employés lors de l'atelier final .....	73
Tableau X : Sélection d'outils .....	76

## Liste des abréviations

- AcFT** : Accueillant Familial Thérapeutique
- ADIPh** : Association pour le Digital et l'Information en pharmacie
- AFT** : Accueil Familial Thérapeutique
- ARS** : Agences Régionales de Santé
- BDCA** : Bronchodilatateur de courte durée d'action
- BDLA** : Bronchodilatateur de longue durée d'action
- BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- BUBD** : Bon Usage des Bronchodilatateurs
- CAT** : COPD Assessment Test
- CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé
- CIM-11** : Classification Internationale des Maladies, Onzième Révision
- CME** : Commission Médicale d'Établissement
- CSI** : Corticoïde inhalé
- CVF** : Capacité Vitale Forcée
- DSM-5** : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, cinquième édition
- EDUFA** : EDUcation thérapeutique du patient en accueil FAMilial
- EFR** : Épreuves Fonctionnelles Respiratoires
- ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient
- GOLD** : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
- HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire
- IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- IFREP** : Institut de Formation de Recherche et d'Évaluation des Pratiques Médicosociales
- IPT** : Integrated Psychological Treatment
- IREPS** : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé
- LABA** :  $\beta$ 2 agonistes de longue durée d'action
- LAMA** : Anticholinergiques de longue durée d'action
- mMRC** : modified Medical Research Council
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PDAA** : Préparation des Doses à Administrer Automatisée



**PPH** : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur

**SABA** :  $\beta$ 2 agonistes de courte durée d'action

**SAMA** : Anticholinergiques de courte durée d'action

**SFPC** : Société Française de Pharmacie Clinique

**TB** : Troubles Bipolaires

**TNC** : Troubles neurocognitifs

**UA** : Unité d'Accueil

**UTEP** : Unité Transversale de l'Éducation du Patient

**USLD** : Unité de Soins Longue Durée

**USPP** : Unité de Soins Psychiatriques Prolongée

# Introduction

La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une pathologie méconnue malgré sa prévalence. Bien qu'incurable, une prise en charge adaptée permet d'en réduire les symptômes, de ralentir son évolution et d'améliorer la qualité de vie des patients. Le sevrage tabagique et les traitements symptomatiques inhalés constituent le principal élément de la prise en charge. Ces médicaments sont administrés au moyen de dispositifs d'inhalation et nécessitent la bonne exécution d'une technique d'inhalation. La diversité des dispositifs existants rend leur prise en main parfois complexe. En effet, la littérature montre qu'ils sont fréquemment mal utilisés par les patients qui commettent des erreurs critiques, compromettant le bénéfice thérapeutique. L'Éducation Thérapeutique du Patient et les Activités Éducatives Ciblées sont aujourd'hui au cœur de la prise en charge des pathologies chroniques, rendant le patient acteur du soin. Le pharmacien et son équipe joue un rôle important dans l'optimisation de la prise en charge du patient, au moyen d'activités de pharmacie clinique dont les activités éducatives font parties. Elles permettent notamment de sensibiliser au bon usage des médicaments et d'améliorer l'adhésion médicamenteuse.

Au Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay-Le-Château, la mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation a été mise en évidence par la pharmacie. La particularité de l'établissement est la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques en Accueil Familial Thérapeutique, qui a pour but de la réadaptation et la réinsertion. La prévalence de la BPCO est conséquente chez ces patients qui ont une consommation de tabac plus élevée que la population générale.

Ce projet de thèse a pour objectif l'élaboration d'une Activité Éducative Ciblée sur le bon usage des dispositifs d'inhalation, visant à améliorer l'adhésion thérapeutique des patients en les aidant à comprendre leur pathologie et l'intérêt des traitements. Son contenu est adapté à la fois aux patients atteints de troubles cognitifs et à leur Accueillant Familial Thérapeutique, aidant non naturel.

Dans une première partie, nous définirons certains concepts essentiels à la compréhension des problématiques ayant motivées ce projet ainsi que le contexte local. Ensuite, nous présenterons la méthode de conception de l'activité éducative, son organisation, son contenu et ses outils. Enfin, nous discuterons nos résultats et évoquerons des perspectives pour la suite du projet.

# PARTIE 1 : Contexte général

## 1. La pharmacie clinique

### 1.1. Définition

D'après l'Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI), les PUI ont pour mission « de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé [...], de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins [...] et en y associant le patient (1). » La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), association créée en 1984 dans le but de promouvoir la pharmacie clinique donne également sa définition au concept en 2016 : « La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants (2). » C'est donc une activité inhérente au métier de pharmacien.

Les activités de pharmacie clinique comprennent l'analyse pharmaceutique des thérapeutiques, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient, le conseil aux patients et aux soignants, la surveillance du traitement, le suivi pharmaceutique des patients, l'évaluation des pratiques professionnelles. Elles concourent notamment au bon usage des produits de santé (3). Parmi les activités de pharmacie clinique décrites par l'article R5126-10 du Code de la Santé Publique, on retrouve les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients (4).

La SFPC a proposé un modèle intégratif regroupant l'ensemble des processus de pharmacie clinique et les classe selon trois types de prestations : la dispensation, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé (5,6) (**Figure 1**).

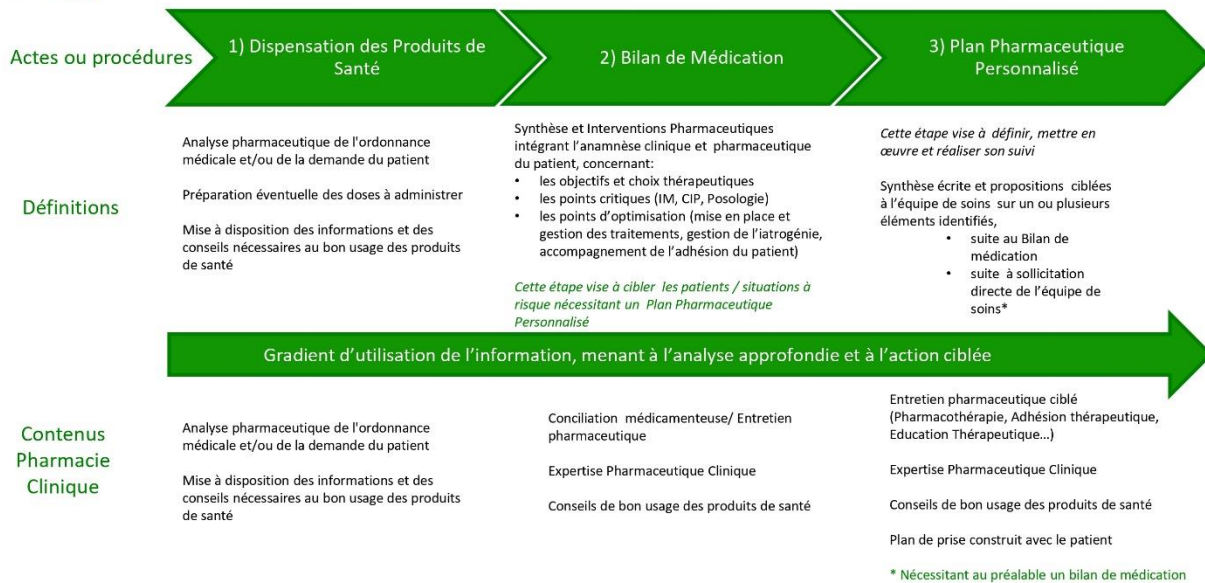


Figure 1 : Les processus de pharmacie clinique. D'après la SFPC (6).

Dans le cadre de ce travail nous nous focaliserons sur les activités éducatives.

## 1.2. Les activités éducatives en santé

### 1.2.1. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien. L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale » (7). Les actions d'éducation ont pour objectif :

- de sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage ;
- d'aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements ;
- de promouvoir le bon usage du médicament ;
- d'apprendre et renforcer les techniques particulières de prise de certains médicaments ;
- d'aider le patient à l'apprentissage de l'autosurveillance ;
- de soutenir et accompagner les patients (8).

L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires aux patients pour agir afin d'améliorer la santé.

### 1.2.2. L'Éducation Thérapeutique du Patient

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie (9). »

En France, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) inscrit l'ETP dans le code de la Santé Publique le 21 juillet 2009 (10). Tout programme d'ETP doit répondre à un cahier des charges, il est soumis à déclaration auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) depuis le décret du 1<sup>er</sup> janvier 2021, remplaçant le régime d'autorisation (11).

Un programme d'ETP peut s'étendre sur plusieurs semaines voire plusieurs mois et doit être mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle. Tous les professionnels intervenant dans le programme d'ETP doivent avoir une formation spécifique de quarante heures. Une formation supplémentaire est nécessaire à la coordination d'un programme (12).

La Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations sur la pratique de l'ETP. Elle oriente vers une démarche éducative en quatre étapes :

- **l'élaboration d'un diagnostic éducatif** : évaluer les besoins et les attentes du patient de façon individuelle ;
- **la définition d'un programme personnalisé d'ETP** : définir des objectifs, des compétences que le patient doit acquérir ou mobiliser. Ces compétences peuvent être d'autosoins (liées à la maladie : soulager les symptômes, prévenir les complications,

réaliser des gestes techniques et des soins...) ou d'adaptation (plus personnelles : développer la confiance en soi, un raisonnement, prendre des décisions...);

- **la planification et la mise en œuvre des séances d'ETP, collectives et/ou individuelles ;**
- **la réalisation d'une évaluation individuelle** : évaluer les progrès du patient et lui proposer une ETP de suivi (13).

L'élaboration d'un programme d'ETP présente néanmoins certaines problématiques. C'est une activité chronophage qui demande un investissement certain, qui peut s'avérer être lourde en termes d'organisation, de coordination et en démarches administratives. Elle nécessite l'intervention de différents professionnels formés et demande donc des moyens et ressources humaines importants (14). Or, la pratique de l'ETP ne se limite pas aux seuls programmes d'ETP et s'étend aux Activités Éducatives Ciblées (AEC).

### 1.2.3. Les Activités Éducatives Ciblées

La HAS reconnaît qu'il existe certaines activités, dites activités éducatives ciblées, répondant aux besoins des patients et dispensées dans les établissements de santé mais qui ne relèvent pas d'un programme d'ETP en tant que tel. Elle définit ainsi l'activité éducative ciblée comme un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large (15).

En pratique, une AEC se décompose en plusieurs étapes :

1. Évaluer le besoin éducatif, les connaissances et compétences de départ du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques et de leurs conséquences.
2. Proposer au patient un cadre pour l'apprentissage d'une compétence définie au préalable, un déroulement et un contenu précis sur un temps suffisamment long pour utiliser des méthodes interactives permettant au patient de manipuler, de s'exercer et d'être mis en situation de résoudre des problèmes.
3. S'assurer de l'acquisition de la compétence et des conditions de réalisation dans la vie quotidienne, donner et recevoir du feedback : reformulation, mise en situation, observation et retour de la part du soignant et du patient.

Elle se base donc sur la même démarche éducative qu'un programme d'ETP, de manière simplifiée, en se focalisant sur une compétence. Une AEC peut, par exemple, s'articuler autour :

- de l'apprentissage d'une pratique ou technique de soin ;
- de la compréhension de la maladie et de la nécessité des thérapeutiques et des soins qui lui sont associés ;
- de la gestion quotidienne des traitements médicamenteux.

Elle peut également apporter un soutien des apprentissages ou un maintien des compétences d'autosoins ou d'adaptation à la maladie dans le cadre de l'organisation d'un suivi éducatif régulier après une offre d'ETP initiale (16).

Par rapport à un programme d'ETP, l'AEC présente les avantages d'être allégée en termes de réglementation (pas de déclaration obligatoire à l'ARS), de moyens (la pluriprofessionnalité n'est pas imposée et il suffit qu'un des professionnels soit formé à l'ETP) et de temps (une AEC peut très bien être dispensée en une séance unique ou plusieurs, individuelles ou collectives). Elle est plus spécifique et peut être une porte d'entrée pour le patient vers un programme d'ETP.

L'activité éducative ciblée s'avère donc un bon compromis pour tout établissement en manque de moyens pour mettre en place un programme d'ETP. Toutefois une AEC reste plus légère qu'un programme d'ETP et ne peut le remplacer entièrement. Une étude de l'Unité Transversale de l'Éducation du Patient (UTEP) du CHU de Montpellier a montré que ces AEC étaient largement répandues mais restaient peu visibles et a émis une réflexion autour de critères qualité qui pourraient valoriser ces activités (17).

#### 1.2.4. Les entretiens pharmaceutiques

La SFPC définit l'entretien pharmaceutique comme un échange entre un patient ou un patient et un aidant et un membre de l'équipe pharmaceutique (pharmacien, préparateur en pharmacie hospitalière (PPH), interne et externe en pharmacie) permettant de recueillir des informations et de renforcer des messages de conseil, de prévention et d'éducation. Il peut être conduit à différents moments du parcours patient selon des objectifs prédéfinis et

adaptés au patient. Il peut être mené dans le cadre d'une évaluation et/ou d'un renforcement de l'adhésion thérapeutique, d'une conciliation médicamenteuse (entrée ou sortie), d'une consultation pluridisciplinaire, d'un entretien pharmaceutique ciblé, d'un bilan de médication, d'une télésurveillance/télésoin/accompagnement thérapeutique, d'un bilan éducatif partagé ou encore d'une séance éducative d'ETP (18,19).

### 1.2.5. Observance et adhésion thérapeutique : un objectif éducatif

La notion d'observance thérapeutique est définie par Haynes en 1979 comme « l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé » (20). Cette définition a évolué au fil du temps, de l'observance passive (« compliance » en anglais) vers l'adhésion active (« adherence » en anglais). En effet le terme « observance » est depuis longtemps controversé, car associé à la notion « d'obéissance » du patient par rapport à « l'autorité soignante ».

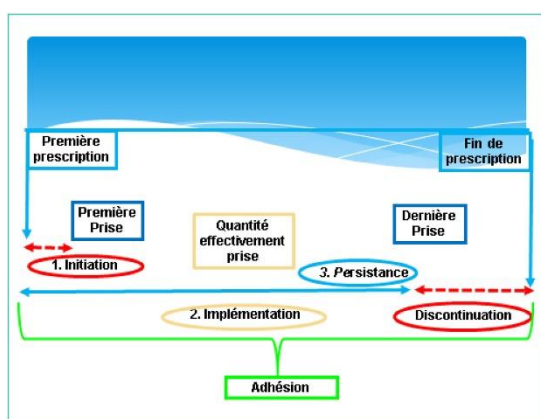
Ainsi l'adhésion thérapeutique se définit comme « une appropriation réfléchie, de la part du patient, de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit. » L'adhésion est un phénomène évolutif dont les fluctuations dépendent du contexte de la maladie, de l'état d'esprit et des représentations du patient, de l'avancée de sa prise en charge, de sa relation avec le système de soin, de facteurs psychosociaux et motivationnels... Les termes ont maintenant évolué pour sortir de la dichotomie entre « patient observant » et « patient non observant » et se concentrer sur les problèmes d'adhésion (21). L'obtention de l'adhésion thérapeutique est conditionnée à la volonté du patient de prendre en charge sa maladie et à l'approbation réfléchie du traitement qui lui est proposé. Le patient ne se soumet pas à sa thérapeutique mais y adhère, cette adhésion se manifeste par un comportement d'observance (22).

Il est fréquent que les patients atteints de pathologie chronique ne suivent pas correctement leur traitement et ne puissent ainsi obtenir un bénéfice thérapeutique optimal. C'est le cas de 49% des patients souffrant de troubles psychiatriques majeurs (schizophrénie,

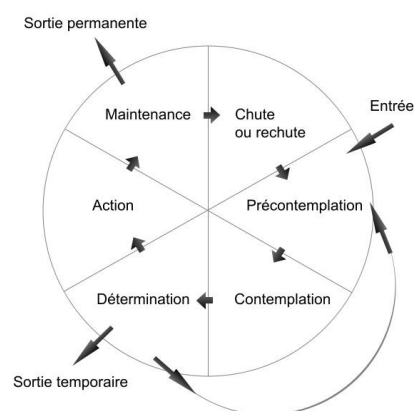


troubles bipolaires et dépression) (23), 45.2% de patients ayant une hypertension artérielle (24) et 42.6% de patients multimorbides, c'est-à-dire atteints simultanément d'au moins deux pathologies chroniques (25). On associe souvent une mauvaise observance au manque de coopération du patient, or de nombreuses variables peuvent intervenir et sont à prendre en compte dans le processus qui conduit ou non à l'observance. Une étude a ainsi passé en revue trois déterminants majeurs dans l'observance : les caractéristiques du patient, le niveau de compréhension qu'a le patient de sa situation et la qualité du lien psychoaffectif entre soignant et patient. La mauvaise observance résulte fréquemment d'un manque d'explication des professionnels de santé et de compréhension des patients. En effet, entre 5 et 53% des patients ne comprennent pas les conditions et les raisons de leurs prescriptions médicales, or, de nombreuses études montrent que si le patient ne comprend pas sa maladie et l'intérêt du traitement associé, il ne sera pas observant (26). Il est également essentiel de tenir compte du niveau de littératie en santé, défini par l'OMS comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé ». Les interventions en littératie en santé permettent d'améliorer le niveau de littératie des patients et ont également un effet positif sur l'adhésion thérapeutique (27).

Le processus d'adhésion médicamenteuse est décrit en trois étapes : initiation, implémentation, persistance (Figure 2) (21,28). Ce processus est étroitement lié à la théorie des changements de comportement de Prochaska et Di Clemente (Figure 3) (29,30).



**Figure 2** : Le processus d'adhésion médicamenteuse. D'après Allenet et al (22).



**Figure 3** : Les six stades de changement de Prochaska et DiClemente. D'après l'adaptation de Miller et Rollnick, 1991 (27).

Plusieurs problèmes d'adhésion peuvent apparaître lors de ces phases, auxquels les professionnels de santé se doivent d'être vigilants.

- **L'initiation** débute lors de la première prescription et prise de traitement. Les principales problématiques sont :
  - Accepter la maladie et accepter de se traiter. Le patient est dans un stade de pré-contemplation : dans le déni de la maladie qu'il ne comprend pas ou ne souhaite pas affronter. Il est essentiel de s'assurer que le patient a bien compris les conséquences de la maladie et les enjeux du traitement.
  - Choisir le traitement. Le patient est en contemplation : indécis, ambivalent, il sait qu'il doit prendre le traitement mais s'inquiète des contraintes que cela implique et n'est pas encore prêt à l'accepter. A ce stade il est primordial d'être à l'écoute des inquiétudes du patient, de le laisser s'exprimer, de le rassurer et prendre le temps de lui fournir les explications dont il a besoin.
- **L'implémentation** est l'étape suivante : le patient est dans la préparation ou dans l'action. Il a compris que sa pathologie devait être traitée et est prêt à prendre ses médicaments. D'autres problématiques se posent alors :
  - Acquérir le traitement : comment se passe la gestion avec l'officine ? Le patient peut-il se procurer facilement son traitement ? Disponibilité en ville ? Rétrocession ?
  - Organiser les prises : respect de la chaîne du froid, ordonnance parfois complexe qui nécessite un plan de prise pour aider le patient à s'y retrouver etc...
  - Administration effective du traitement : le patient arrive-t-il à prendre son traitement correctement ? La forme est-elle adaptée ?
- **La persistance** constitue la dernière phase du processus. Le patient est en phase de maintenance, il prend son traitement de façon adaptée et maintient ce comportement aussi longtemps que nécessaire. Cependant il n'est pas à l'abri d'une rechute, par des oublis répétés notamment. La problématique principale est la motivation qui doit être maintenue mais a tendance à diminuer pour plusieurs raisons : apparition d'effets indésirables, croyances du patient (pas d'effet, pense être guéri), lassitude... (21)

Le professionnel de santé et notamment le pharmacien a un rôle inhérent dans le renforcement de l'adhésion thérapeutique du patient en l'accompagnant tout au long de son parcours, à l'aide d'activités éducatives adaptées au patient et à son niveau de littératie.

## **2. La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive**

### **2.1. Epidémiologie**

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) touche 3,5 millions de personnes en France soit 7,5% de la population (31). L'Organisation Mondiale de la Santé l'identifie comme la troisième cause de décès dans le monde. Les causes de BPCO sont principalement la fumée de tabac (80% des cas), l'exposition répétée à des particules ou gaz toxiques, la pollution de l'air et d'autres substances à exposition professionnelle (poussières, fumées, produits chimiques...). Il existe aussi des causes rares (32). Elle apparaît généralement au-delà de 45 ans et la prévalence est désormais quasiment identique chez les hommes et les femmes avec l'ascension du tabagisme féminin. C'est une pathologie répandue, pourtant elle demeure mal connue du grand public ; le terme « BPCO » en lui-même est méconnu et souvent confondu avec la bronchite chronique et l'emphysème. C'est également une pathologie largement sous-diagnostiquée. En effet, plus de deux tiers des patients atteints ne seraient pas diagnostiqués (33,34), ce qui est en partie dû au fait que la maladie est longtemps paucisymptomatique.

### **2.2. Physiopathologie**

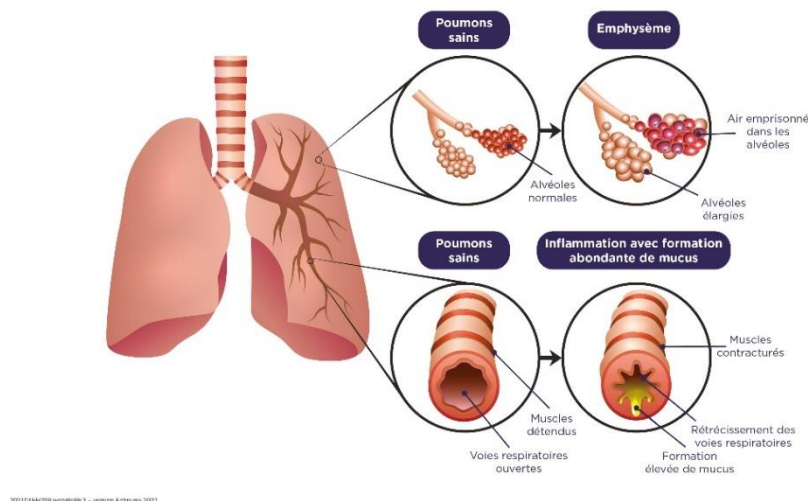
La BPCO est une maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction bronchique permanente, irréversible, évoluant progressivement et de manière insidieuse. Plusieurs mécanismes sont à l'origine de la maladie.

- Une inflammation chronique des voies respiratoires, engendrée par l'agression permanente de substances toxiques irritantes telle que la fumée de cigarette. Les cellules inflammatoires (macrophages, polynucléaires neutrophiles, lymphocytes) et épithéliales affluent et libèrent des médiateurs, les cytokines, attirant à leur tour d'autres cellules immunitaires entretenant et amplifiant le mécanisme inflammatoire. Elles libèrent également des radicaux libres responsables de stress oxydatif entraînant

une bronchoconstriction, un œdème de la muqueuse bronchique et une hypersécrétion de mucus.

- Un déséquilibre entre la production accrue de protéases par ces cellules et le mécanisme adverse anti-protéasique : les protéases détruisent l'élastine et le tissu conjonctif, aboutissant à la destruction du parenchyme pulmonaire et à une hypersécrétion de mucus. Les lésions répétées de la paroi des voies respiratoires entraînent une production excessive de tissus musculaires et fibreux, menant à une fibrose péribronchique. A terme, la destruction des alvéoles bronchiques aboutit à l'emphysème (**Figure 4**).
- La contraction des muscles lisses bronchiques, diminuant le calibre des bronches.

Ces mécanismes combinés induisent une obstruction et un rétrécissement des voies aériennes avec une baisse du débit respiratoire (35–37).



**Figure 4** : Physiopathologie de la BPCO. D'après weHale.life (34).

### 2.3. Symptomatologie

La symptomatologie est progressive, sur plusieurs années. Elle se caractérise par une dyspnée chronique d'effort d'abord puis de repos ensuite, associée à un état de fatigue général. Cet essoufflement progressif passe souvent inaperçu dans un premier temps, les patients adaptant d'eux-mêmes leur activité physique à leur condition respiratoire ou l'attribuant à une autre cause (âge, poids, sédentarité...). L'inflammation des voies respiratoires aboutit à une toux chronique sèche ou le plus souvent avec expectorations, la

bronchite chronique. Celle-ci précède généralement la BPCO pour finalement l'accompagner (bronchite chronique obstructive). La maladie est également souvent associée à un emphysème (destruction progressive des alvéoles pulmonaires). Le rétrécissement des voies respiratoires peut se manifester par une respiration sifflante ainsi qu'une oppression thoracique.

L'évolution de la maladie est ponctuée par des exacerbations, périodes d'aggravation aiguë des symptômes pendant plus de vingt-quatre heures, parfois mais non systématiquement d'origine infectieuse, virale ou bactérienne. A terme la BPCO évolue vers une insuffisance respiratoire chronique nécessitant une oxygénothérapie de longue durée (32,35,36).

## 2.4. Diagnostic

Une BPCO doit être envisagée chez toute personne ayant une dyspnée, une toux chronique ou des expectorations et/ou ayant été exposé à des facteurs de risques : tabagisme et autres expositions toxiques, facteurs liés à l'hôte (facteurs génétiques, infections respiratoires durant l'enfance...) (35). Mais le diagnostic ne peut être posé sans Épreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR) : la spirométrie avec test de réversibilité est l'examen de référence. Cet examen permet la mesure des volumes et débits respiratoires du patient : le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et la capacité vitale forcée (CVF). Le VEMS est le volume maximal d'air expiré durant la première seconde à partir d'une inspiration maximale. La CVF est le volume d'air maximal expulsé après une inspiration maximale.

Le rapport VEMS/CVF, dit rapport de Tiffeneau permet de poser le diagnostic de trouble ventilatoire obstructif (TVO) (38,39). Le TVO est défini par la réduction des débits maximaux par rapport aux volumes mobilisables et caractérisé par un VEMS/CVF < 70% (valeur normale  $\geq$  80%). Pour poser le diagnostic de BPCO, ce rapport doit rester < 70% malgré la prise d'un bronchodilatateur par voie inhalée ( $\beta_2$  agoniste de courte durée d'action), confirmant l'existence d'un syndrome obstructif irréversible, caractéristique de la maladie. Des examens complémentaires peuvent préciser le diagnostic et éliminer des comorbidités : gazométrie artérielle, imagerie, test de marche de six minutes...

Le stade de sévérité de l'obstruction bronchique est évalué en fonction de la valeur du VEMS, comparée aux valeurs théoriques d'un sujet sain de même âge, taille et sexe que le

patient. Le Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) propose la classification ABCD en groupes, basée uniquement sur la clinique : les symptômes et les exacerbations (35,40,41). Il suggère l'utilisation d'échelles d'évaluation pour évaluer les symptômes, notamment le modified Medical Research Council (mMRC) (Figure 5) (42) permettant d'évaluer la dyspnée ou le COPD Assessment Test (CAT) (43) qui rend compte de l'état de santé du patient BPCO à travers différents signes. Ce dernier donne des actions à suivre pour la prise en charge en fonction du score obtenu, allant de 0 à 40 (Figure 6).

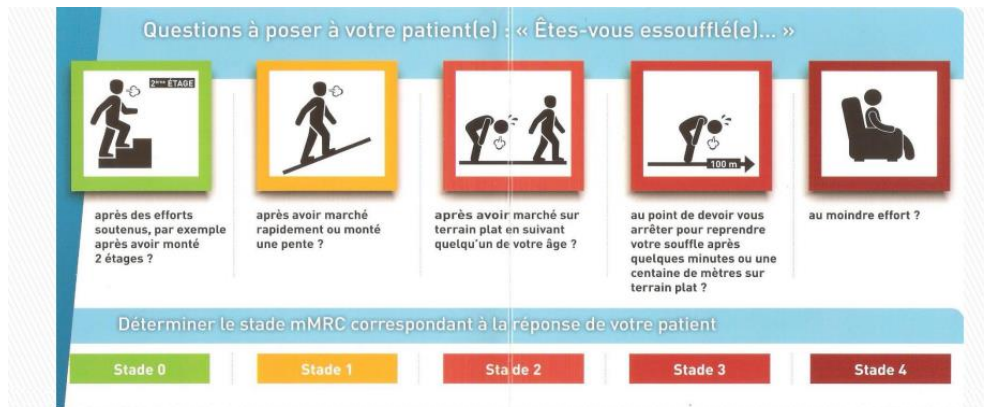


Figure 5 : Échelle de dyspnée mMRC. D'après HAS 2014 (39).

		POINTS	
Je ne tousse jamais	0 1 2 3 4 5	Je tousse tout le temps	
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0 1 2 3 4 5	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)	
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	0 1 2 3 4 5	J'ai la poitrine très oppressée	
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essoufflé(e)	0 1 2 3 4 5	Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essoufflé(e)	
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	0 1 2 3 4 5	Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0 1 2 3 4 5	Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	
Je dors bien	0 1 2 3 4 5	Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	
Je suis plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5	Je n'ai pas d'énergie du tout	
		<b>SCORE TOTAL</b>	

Le questionnaire CAT (COPD Assessment Test) et le logo sont des marques déposées du laboratoire GlaxoSmithKline. © 2009 GlaxoSmithKline. Tous droits réservés.

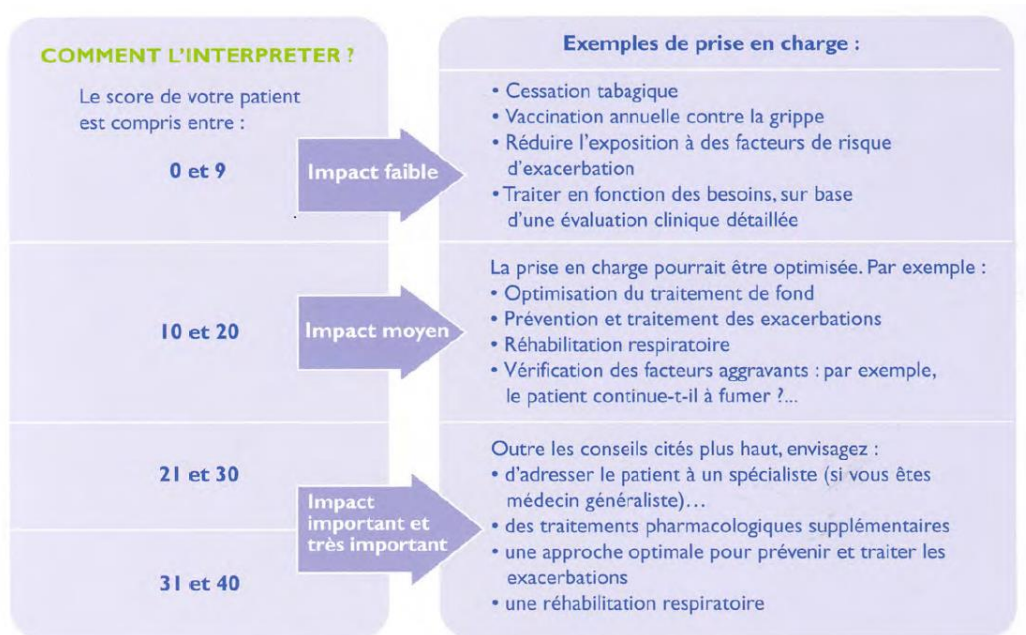


Figure 6 : COPD Assessment Test et interprétation du score. D'après CATestonline.org (40).

Les quatre groupes de la classification du GOLD ABCD peuvent être définis comme ceci :

- groupe A : faible risque d'exacerbation, peu de symptômes ;
- groupe B : faible risque d'exacerbation, symptômes significatifs ;
- groupe C : risque élevé d'exacerbation, peu de symptômes ;
- groupe D : risque élevé d'exacerbation, symptômes significatifs.

Le rapport GOLD 2023 révisé l'outil d'évaluation ABCD qui devient l'outil d'évaluation ABE (Figure 7). Les groupes C et D ont été rassemblés en un groupe E, pour reconnaître la pertinence clinique des exacerbations, indépendamment du niveau des symptômes (35).

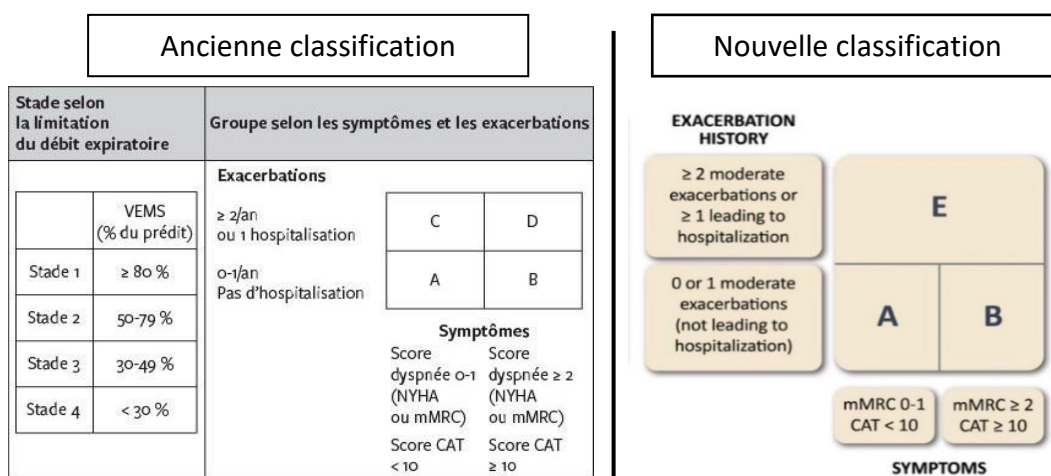


Figure 7 : Classification de la BPCO selon le GOLD 2017 et révision de celle-ci en ABE, selon GOLD 2023 (21,26).

Le GOLD mentionne également des patients dits « Pré BPCO » qui présentent des symptômes respiratoires (toux, expectorations, dyspnée...) et/ou d'autres anomalies structurelles et/ou fonctionnelles détectables (emphysème), en l'absence d'obstruction du flux d'air sur la spirométrie forcée. Ces patients, ayant été exposés au tabac, peuvent ou non développer la maladie, sont donc identifiés comme « à risque » (44).

### 2.4.1. Diagnostic différentiel avec l'asthme

Les tableaux suivants présentent les principaux éléments du diagnostic différentiel entre la BPCO et l'asthme (**Tableau I**) (45).

	<b>BPCO</b>	<b>Asthme</b>
<b>Définition</b>	Obstruction bronchique incomplètement réversible	Obstruction bronchique totalement ou presque totalement réversible
<b>Physiopathologie</b>	Obstruction bronchique inflammatoire (polynucléaires neutrophiles surtout)	Obstruction bronchique musculaire et inflammatoire (polynucléaires éosinophiles surtout)
<b>Terrain</b>	Fumeur, âge > 40 ans (rarement avant 35 ans)	Enfant, jeune adulte, allergique
<b>Histoire de la maladie</b>	Survient vers 40 ans et aggravation progressive pouvant mener à l'insuffisance respiratoire, émaillée d'exacerbations	Débute souvent dans l'enfance, symptômes de brève durée, variables et réversibles. Les exacerbations sont souvent liées à l'absence de traitement anti-inflammatoire (dit de fond).
<b>Symptômes cliniques dans sa forme typique</b>	Dyspnée d'effort puis de repos persistante et progressive ± bronchite chronique Toux productive chronique fréquente Essoufflement nocturne peu fréquent	Symptômes variables et réversibles, périodes asymptomatiques courantes Toux productive chronique peu fréquente Essoufflement nocturne fréquent Variabilité significative des symptômes au cours de la journée ou selon les jours ou l'environnement fréquente
<b>Imagerie</b>	Emphysème (inconstant)	Normale le plus souvent
<b>EFR</b>	Trouble ventilatoire obstructif permanent, incomplètement réversible. La spirométrie n'est jamais normale.	Trouble ventilatoire obstructif réversible. La spirométrie peut être normale.

**Tableau I** : Principales différences entre asthme et BPCO. D'après Aroufi I. (39) et HAS (45).



## 2.5. Prise en charge thérapeutique

### 2.5.1. Prise en charge globale

La BPCO est une maladie incurable, mais une prise en charge adaptée peut ralentir son évolution et stabiliser les symptômes. Prévenir la progression de la maladie, soulager les symptômes, améliorer la qualité et l'espérance de vie, prévenir et traiter les exacerbations en sont les objectifs. La prise en charge de cette maladie est axée sur plusieurs éléments.

- L'éviction de la cause : sevrage tabagique et arrêt ou réduction de l'exposition aux facteurs de risques (ex : exposition professionnelle).
- La mise en place d'un traitement symptomatique : le traitement médicamenteux par thérapie inhalée principalement, l'oxygénothérapie de longue durée et la ventilation non invasive (VNI) au stade d'insuffisance respiratoire chronique.
- Le traitement de la cause des exacerbations.
- La vaccination antigrippale et antipneumococcique.
- La lutte contre la sédentarité par la promotion d'une activité physique régulière avec mise en place d'une activité physique adaptée.
- La lutte contre la dénutrition par une prise en charge nutritionnelle.
- La proposition de réhabilitation respiratoire si besoin.
- Le traitement des comorbidités.
- Le suivi régulier et l'implication du patient dans sa prise en charge : informer et proposer des activités éducatives (45).

### 2.5.2. Prise en charge médicamenteuse

#### 2.5.2.1. *Molécules employées dans la BPCO*

Les différents traitements pharmacologiques ont principalement pour objectif de diminuer les symptômes, la fréquence et la sévérité des exacerbations mais ne modifient pas le cours de la maladie ou la mortalité. Il n'existe pas d'indication démontrée à introduire un traitement médicamenteux chez les patients ayant un VEMS supérieur à 70% et asymptomatiques.

La prise en charge médicamenteuse de la BPCO comporte deux types de traitement : le traitement de fond et le traitement ponctuel ou « de crise ».

Le traitement de fond vise à diminuer les symptômes, améliorer la qualité de vie et réduire la fréquence des exacerbations. Il comporte les bronchodilatateurs inhalés à courte durée d'action (BDCA) et à longue durée d'action (BDLA) appartenant à deux classes thérapeutiques : les bêta-2 agonistes et les anticholinergiques. Les corticoïdes inhalés (CSI) sont aussi utilisés mais uniquement en association en bithérapie avec un  $\beta$ 2-agoniste ou en trithérapie avec un  $\beta$ 2-agoniste et un anticholinergique ou antagoniste muscarinique. Les CSI n'ont pas leur place en monothérapie dans la prise en charge de la BPCO, ils ne doivent être prescrits que sur des critères précis, en raison de leur propension à augmenter le risque de pneumonies. Le

**Tableau II** présente les mécanismes d'action et principaux effets indésirables des 3 classes thérapeutiques utilisées dans la BPCO.

Le traitement ponctuel vise à traiter l'exacerbation quand celle-ci se produit. Il peut consister soit en une simple augmentation des bronchodilatateurs soit en l'ajout d'un traitement supplémentaire (antibiothérapie et/ou corticothérapie orale). On peut avoir recours à la nébulisation en cas de décompensation respiratoire nécessitant de fortes doses de bronchodilatateurs (46).

Classe thérapeutique	$\beta 2$ agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes inhalés (CSI)
Molécules existantes	<b>Courte durée d'action (SABA) :</b> Salbutamol, terbutaline	<b>Courte durée d'action (SAMA) :</b> Ipratropium	<b>Toujours en association CSI + LABA :</b> Béclométhasone + formotérol, budésonide + formotérol, fluticasone + salmétérol ou vilantérol
	<b>Longue durée d'action (LABA) :</b> Salmétérol, formotérol, indacatérol, olodatérol, bambuterol	<b>Longue durée d'action (LAMA) :</b> Glycopyrronium, uméclidinium, tiotropium	<b>Ou en association CSI + LABA + LAMA :</b> béclométhasone + formotérol + glycopyrronium, budésonide + formotérol + glycopyrronium, fluticasone + uméclidinium + vilantérol
	<b>Association SABA + SAMA :</b> fénotérol + ipratropium  <b>Associations LABA + LAMA :</b> glycopyrronium + indacatérol, olodatérol + tiotropium, uméclidinium bromure + vilantérol trifénate		
Mécanisme d'action	Agonistes sélectifs des récepteurs adrénergiques $\beta 2$ -bronchiques induisant une relaxation rapide des muscles lisses, au niveau bronchique ils entraînent une bronchodilatation	Antagoniste des récepteurs muscariniques au niveau bronchique inhibant l'action de l'acétylcholine et réduisant la production de mucus	Liaison à des récepteurs cytoplasmiques puis migration dans le noyau cellulaire : action anti-inflammatoire via l'inhibition de la synthèse des médiateurs de l'inflammation (cytokines, interleukines...). Lutte contre l'obstruction bronchique par l'inhibition de la sécrétion glandulaire et l'accélération de la clairance mucociliaire. Augmentation de l'affinité des récepteurs pour les $\beta 2$ -mimétiques.
Principaux effets indésirables	Sueurs, vertiges, céphalées, tremblements, tachycardie, troubles du rythme	Sécheresse buccale pouvant conduire à des caries, dysphonie, constipation, mydriase, rétention d'urine	Candidose oropharyngée, dysphonie, augmentation du risque d'infections respiratoires (pneumonie), rares effets systémiques

**Tableau II :** Principales classes thérapeutiques utilisées dans la BPCO. D'après Aroufi I. et VIDAL recos (39), (46).

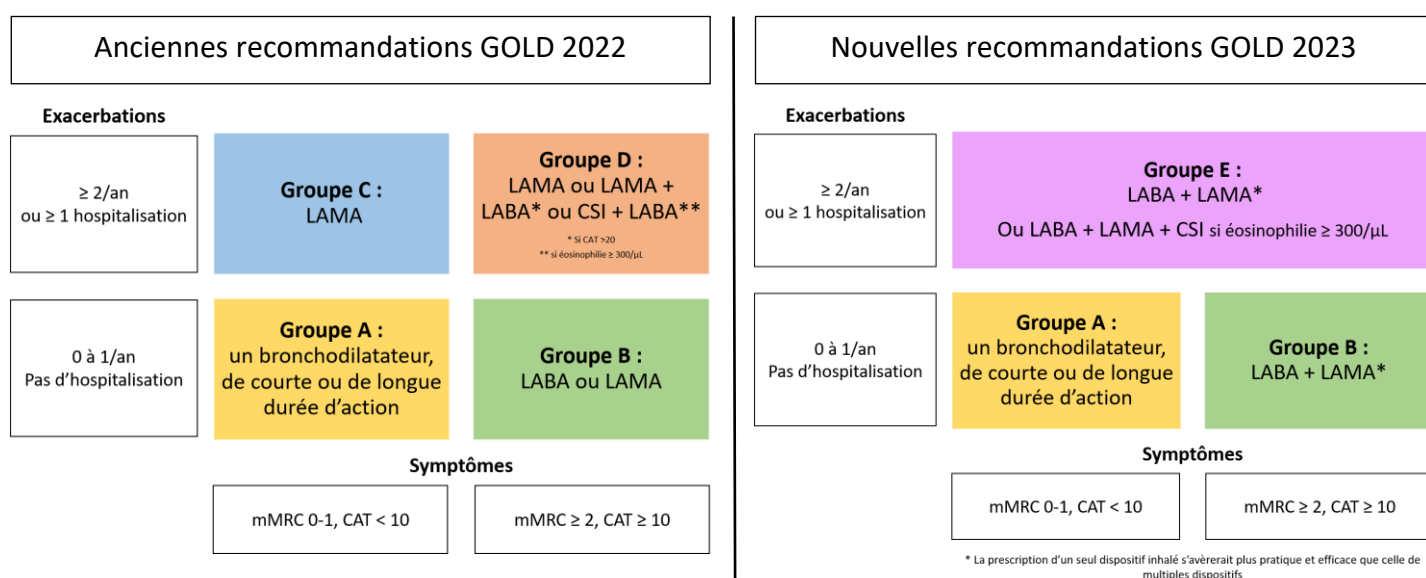
### 2.5.2.2. *Recommandations*

Le GOLD a émis en 2023 de nouvelles recommandations pour l'initiation du traitement en fonction de la classification par groupe ABE.

- Un bronchodilatateur de courte durée d'action peut être prescrit à tout patient le nécessitant, pour un soulagement immédiat des symptômes.

- **Groupe A :**
  - Introduction d'un bronchodilatateur, de courte ou de longue durée d'action selon son effet sur la dyspnée du patient. Il doit être poursuivi tant qu'un bénéfice est observé.
- **Groupe B :**
  - Initiation d'une bithérapie LABA + LAMA. Il a été démontré que l'association de ces deux molécules avait un effet supérieur au LAMA en monothérapie pour ce groupe de patients.
- **Groupe E :**
  - Initiation d'une bithérapie LABA + LAMA : il a été prouvé que ce traitement était le plus efficace pour réduire les exacerbations.
  - L'utilisation de LABA + CSI n'est plus encouragée. S'il existe une indication pour un CSI, alors une trithérapie LABA + LAMA + CSI s'avère supérieure à une bithérapie LABA + CSI et est donc à préférer.
  - La trithérapie par LABA + LAMA + CSI est à réserver aux patients ayant une éosinophilie  $\geq 300/\mu\text{L}$  en raison du risque de pneumonies lié aux CSI.

La **Figure 8** présente une comparaison entre les recommandations GOLD 2022 et 2023 (35,47).



**Figure 8 :** Comparaison des recommandations à l'initiation du traitement dans la BPCO en 2022 et 2023, reproduits et traduits selon GOLD 2022 et GOLD 2023 (32,43).

Chez les patients « Pré BPCO », il n'existe pas de preuves claires des effets bénéfiques d'un traitement par bronchodilatateurs ou corticoïdes. L'étude RETHINC, randomisée en double aveugle a étudié l'efficacité du traitement par bithérapie inhalée versus placebo de 535 personnes symptomatiques, exposées au tabac et ayant un VEMS/CV post-bronchodilatateur  $\geq 70\%$ . Il a été montré que le traitement ne diminuait pas les symptômes respiratoires chez cette population (48).

Enfin, lors de la prescription d'une association de molécules, le choix d'un seul dispositif d'inhalation est à privilégier si possible, étant plus pratique et efficace que l'utilisation de multiples inhalateurs.

### 3. Les dispositifs d'inhalation

#### 3.1. Généralités






La voie inhalée est la voie privilégiée dans le traitement de la BPCO mais également de l'asthme. Cette voie permet une action locale pulmonaire rapide et limite les effets indésirables systémiques. Le médicament doit être administré au moyen d'un dispositif d'inhalation ou inhalateur. Les médicaments sont formulés en solution, suspension ou poudre. Les particules inhalées doivent avoir un diamètre inférieur à 3  $\mu\text{m}$  pour permettre une bonne diffusion pulmonaire.

En France, une soixantaine de dispositifs d'inhalation sont disponibles, chaque type a ses avantages et inconvénients ainsi que son mode de préparation et d'utilisation (**Tableau III**). On retrouve trois principaux types de dispositifs à mode d'action différents.

- **Les aérosols ou sprays doseurs pressurisés :**
  - Simples : une cartouche en aluminium contenant le principe actif en solution ou suspension sous pression est insérée dans un corps en plastique muni d'un embout buccal. Une valve doseuse délivre un volume fixe de gaz propulseur lorsqu'on appuie sur la cartouche. Ces dispositifs nécessitent une coordination main-poumon, aussi appelée main-bouche, c'est-à-dire que l'enclenchement manuel de la dose et l'inhalation doivent se faire en même temps. Ils peuvent néanmoins être utilisés avec une chambre d'inhalation, système d'aide à la prise qui permet de s'affranchir de cette coordination. La chambre se présente

le plus souvent sous la forme d'un réservoir en plastique qui retient le médicament en suspension. L'aérosol s'emboîte d'un côté et le patient peut effectuer plusieurs respirations grâce à l'embout de l'autre côté.

- Autodéclenchés : ces systèmes déclenchés par l'inspiration s'affranchissent de la coordination main-poumon au moyen d'un ressort qui libère la dose pendant l'inhalation.
- Avec chambre intégrée : l'ajout d'une chambre au dispositif permet d'éviter la coordination main-poumon et de réaliser plusieurs cycles d'inhalation.
- **Les inhalateurs de poudres sèches multidoses ou en gélules** : ces dispositifs se présentent sous des formes variées et le chargement de la dose peut se faire de plusieurs manières : une molette à tourner, un levier à actionner, un réservoir dans lequel une gélule doit être insérée puis percée... Aucun propulseur n'est utilisé pour délivrer la dose : c'est l'inhalation qui permet de disperser la poudre, un bon débit inspiratoire est donc nécessaire.
- **Les inhalateurs de brumisat** : le médicament est en solution dans le dispositif. L'armement de la dose se fait en tournant le dispositif puis la dose est enclenchée en appuyant sur un bouton qui actionne un ressort. Un système de buse permet la formation d'un nuage d'aérosol. Ce dispositif est dit à coordination main-poumon facilitée car la vitesse de pulvérisation est plus faible et le nuage dure plus longtemps qu'avec un spray (49–51).

Types de dispositifs		Exemples de spécialités	Avantages	Inconvénients
<b>Aérosol doseur pressurisé</b> 	<b>Simple</b>	Ventoline®, Bronchodual®, Seretide®, Flixotide®, Trimbow®	Diversités de molécules Prêt à l'emploi/maniable Utilisation possible avec une chambre d'inhalation S'affranchit du débit respiratoire Bonne reproductibilité de la dose	Nécessite une coordination main-poumon et un gaz propulseur Compteur de doses souvent absent Dépôt oropharyngé important « Cold freon » effect (souffle froid des gaz propulseurs dans la gorge)
	<b>Auto-déclenché</b>	Airomir Autohaler®	Plus facile d'utilisation que les aérosols simples car pas de coordination main - poumon Utilisation possible avec une chambre d'inhalation Bonne reproductibilité de la dose	Nécessite un bon débit respiratoire pour enclencher la dose Nécessite un gaz propulseur Pas de compteur de doses Dépôt oropharyngé (même si moindre) et « cold freon » effect
	<b>Avec chambre intégrée</b>	Beclojet®	Pas de coordination main-poumon Prêt à l'emploi Faible dépôt oropharyngé Coût élevé	Variabilité de la dose inhalée Déperdition dans la chambre Nécessite un gaz propulseur Pas de compteur de dose
<b>Inhalateur de poudre sèche multidose</b> 		Pulmicort Turbuhaler®, Symbicort Turbuhaler® Seretide Diskus®	Activé à l'inspiration Pas de coordination main-poumon Présence d'un compteur de dose	Résistance à l'inspiration : nécessite un débit inspiratoire élevé Nombreuses manipulations (armement différent selon dispositifs) et mécanisme fragile Variabilité de la dose inhalée Sensible à l'humidité
<b>Inhalateur de poudre sèche unidose (gélules)</b> 		Ultibro Breezhaler®, Foradil Aerolizer®	Pas de coordination main-poumon Faible dépôt oropharyngé	Nombreuses manipulations (Nécessité d'appuyer des 2 côtés du dispositif pour percer la gélule) Nécessite un débit inspiratoire élevé
<b>Inhalateur de brumisat</b> 		Spiriva Respimat®	Coordination main-bouche dite « facilitée » Compteur de dose Bonne reproductibilité de la dose Faible dépôt oropharyngé et meilleur dépôt pulmonaire	Armement de la cartouche et manipulation complexe Difficultés d'utilisation, recharge difficile à mettre Onéreux
<b>Chambre d'inhalation = Système d'aide à la prise</b> 			Pas de coordination main-poumon S'affranchit du débit respiratoire Faible dépôt oropharyngé	Variabilité de la dose inhalée Déperdition dans la chambre Non adaptable avec tous les dispositifs, utilisables seulement avec les sprays Dispositif imposant, moins transportable

**Tableau III** : Principaux avantages et inconvénients des différents dispositifs d'inhalation. D'après le Guide

Zéphir et Rogliani *et al* (50-51).

Un dispositif d'inhalation peut contenir une ou plusieurs classes pharmacologiques et des associations entre 2 à 3 molécules peuvent exister au sein d'un même inhalateur. Les différents dispositifs prescrits au sein de notre établissement sont présentés dans le tableau suivant (**Tableau IV**), classés par type de dispositif et de classe thérapeutique.

CLASSE THÉRAPEUTIQUE	Posologie	Aérosol doseur pressurisé	Inhalateur de poudre multidosé	Inhalateur de poudre unidosé	Inhalateur de brumisat
<b>TRAITEMENTS INHALÉS DE COURTE DURÉE D'ACTION</b>					
<b>β2 AGONISTE</b>	À la demande	Ventoline® spray (salbutamol)			
<b>β2 AGONISTE + ANTICHOLINERGIQUE</b>	À la demande	Bronchodual® spray (formotérol + ipratropium)			
<b>TRAITEMENTS INHALÉS DE LONGUE DURÉE D'ACTION</b>					
<b>β2 AGONISTE</b>	1 à 2 inhalation/jour matin et soir			Foradil Aerolizer® (formotérol)	
<b>CORTICOÏDE INHALÉ</b>	2 à 4 inh/j	Flixotide® spray (fluticasone)	Pulmicort Turbuhaler® (budésonide)		
<b>ANTICHOLINERGIQUE</b>	2 inh/j en une prise				Spiriva Respimat® (tiotropium)
<b>β2 AGONISTE + ANTICHOLINERGIQUE</b>	1 inh/j			Ultibro Breezhaler® (indacatérol + glycopyrronium)	
<b>β2 AGONISTE + CORTICOÏDE INHALÉ</b>	2 à 4 inh/j	Seretide® spray (fluticasone + salmétérol)	Symbicort Turbuhaler® (formotérol + budésonide)		
<b>β2 AGONISTE + CORTICOÏDE INHALÉ + ANTICHOLINERGIQUE</b>	1 à 2 inh/j matin et soir	Trimbow® spray (formotérol + glycopyrronium + béclométhasone)			

**Tableau IV** : Dispositifs d'inhalation prescrits au CHS d'Ainay-Le-Château (juin 2023)



### 3.2. Bon usage des dispositifs d'inhalation

L'efficacité d'un traitement par voie inhalée dépend de la bonne réalisation de la technique d'inhalation. Celle-ci diffère selon le dispositif employé, bien que quatre étapes essentielles soient communes à chaque inhalateur :

1. Vérifier la présence d'une dose ;
2. Vider ses poumons en expirant profondément à l'extérieur du dispositif ;
3. Inspirer lentement et profondément dans le dispositif ;
4. Retenir sa respiration pendant 5 à 10 secondes puis reprendre une respiration normale.

Diverses étapes peuvent se rajouter en fonction du type de dispositif : secouer le dispositif, charger la dose en tournant le dispositif, ouvrir le dispositif pour y insérer une gélule et appuyer sur des boutons pour la percer, appuyer sur un bouton pour libérer la dose, etc...

Une inspiration profonde permet un dépôt du médicament au niveau des bronches et bronchioles et d'obtenir l'effet thérapeutique recherché. À l'inverse si l'inspiration est insuffisante le dépôt se fera dans la bouche, le pharynx et la trachée, engendrant une inefficacité et un risque d'effet indésirable local majoré.

Enfin, se rincer la bouche après l'inhalation est une étape finale importante afin de limiter les effets indésirables locaux (mycoses buccales avec les corticoïdes inhalés, sécheresse buccale avec les anticholinergiques...).

### 3.3. Difficultés rencontrées par les patients

La formation du patient au bon usage de son traitement inhalé est primordiale afin d'assurer la bonne prise de celui-ci. Il est nécessaire d'expliquer la technique d'inhalation au patient lors de la prescription d'un traitement inhalé et de s'assurer qu'il ait bien compris et mis en pratique les instructions données. La réévaluation (lors d'un renouvellement par exemple) permet de s'assurer que le bon usage est conservé au fil du temps : l'apprentissage de la technique nécessite de l'entraînement et de mauvaises habitudes peuvent s'installer.

Le médecin prescripteur tient compte de plusieurs facteurs lors du choix de la thérapeutique inhalée : l'âge, l'état cognitif, l'acuité visuelle, la dextérité et la force manuelle,

le débit inspiratoire et la coordination main-poumon peuvent être aussi importants que la gravité de la maladie pour déterminer le dispositif adapté au patient. D'autant plus qu'une grande partie de la population ayant besoin de ces traitements est âgée et que les troubles cognitifs peuvent constituer un obstacle supplémentaire à la compréhension.

Par ailleurs, la diversité des dispositifs existants multiplie les gestes à effectuer ce qui peut mettre le patient en difficulté, sans compter que plusieurs dispositifs sont souvent prescrits de façon concomitante.

Une étude menée en 2017 par Molimard *et al.* sur 2937 patients atteints de BPCO a montré que plus de 50% d'entre eux commettaient au moins une erreur dans la séquence d'inhalation, indépendamment du type de dispositif. Les erreurs les plus fréquemment retrouvées étaient : l'oubli de vider ses poumons avant l'inspiration et de retenir sa respiration après et l'inhalation par le nez. L'impact des erreurs est variable, les erreurs qui affectent sensiblement le dépôt pulmonaire sont dites « critiques » car elles menacent l'efficacité du traitement. Les erreurs critiques non liées au type de dispositif sont par exemple un défaut d'inspiration par la bouche à travers l'embout buccal (notamment dû à une mauvaise coordination main-poumon), une inspiration par le nez ou encore souffler dans le dispositif. Les erreurs critiques en lien avec le type d'inhalateur concernent généralement la préparation de la dose via la manœuvre le permettant (tourner la molette, tirer un levier, insérer une gélule, appuyer sur un bouton...).

Ces erreurs critiques augmentent avec l'âge et sont associées à un risque plus fréquent d'exacerbations de BPCO et d'asthme non contrôlé. Six types de dispositifs ont été étudiés ; il ressort que les erreurs de préparation de dose sont plus fréquentes avec le Spiriva Respimat® en comparaison aux cinq autres types. Enfin les dispositifs qui nécessitent une coordination main-poumon sont les plus à risque d'erreur (52).

L'enquête « Formation des patients BPCO à l'utilisation des inhalateurs » réalisée sur une cohorte de 1190 patients en 2019 apporte les informations suivantes : 44% des patients ne respectent pas systématiquement les quatre étapes essentielles au bon usage de leur inhalateur, 35% n'adhèrent pas ou peu à leur traitement et 37% d'entre eux n'auraient jamais été formés au bon usage de leur inhalateur (53).

Que ce soit au comptoir en officine, à l'hôpital par l'animation d'ateliers d'ETP ou par leur présence dans les services de soin (pneumologie notamment), le pharmacien a un rôle

essentiel dans l'apprentissage de la technique d'inhalation. Par les formations, le suivi patient et les conseils prodigués ainsi que les interventions pharmaceutiques permettant l'optimisation du dispositif d'inhalation ou pharmacothérapeutique (54,55), le pharmacien a un impact direct sur l'amélioration de la technique d'inhalation, du contrôle de l'asthme et des exacerbations de BPCO et sur la qualité de vie des patients (56–58).

## **4. Populations particulières : focus sur les pathologies psychiatriques**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur huit, soit 970 millions de personnes dans le monde, serait atteinte d'un trouble mental en 2019 (59). Les pathologies les plus représentées sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur dont la dépression et les troubles bipolaires, les troubles post-traumatiques, la schizophrénie et les troubles alimentaires. Certaines d'entre elles sont associées à des troubles cognitifs plus ou moins importants, qui complexifient souvent la prise en charge, notamment médicamenteuse.

### **4.1. La prise en charge somatique en psychiatrie**

Les troubles psychiatriques et somatiques s'intriquent souvent et peuvent se potentialiser. Si la préoccupation principale des praticiens a longtemps été la surmortalité par suicide des patients atteints de troubles psychiatriques, ces patients n'en présentent pas moins les mêmes maladies aiguës et chroniques que celles retrouvées en population générale. Un constat est fait par les patients, leurs familles et les professionnels travaillant en psychiatrie : le somatique est souvent mis en second plan chez les patients atteints de troubles psychiatriques, qui présentent pourtant un certain nombre de pathologies soit iatrogènes, soit inhérentes à leur trouble mental (comorbidités addictives) ou à leur mode de vie (sédentarité, habitudes alimentaires...). Ces comorbidités sont responsables d'une surmortalité et entraînent des conséquences importantes sur la qualité de vie des patients. Le repérage et le diagnostic de ces troubles est donc indispensable.

Parmi les maladies somatiques les plus fréquemment associées aux pathologies mentales sévères sont retrouvés :

- les troubles métaboliques, l'obésité et le diabète ;
- les troubles cardiovasculaires (arythmie, allongement du QT...) ;
- les troubles digestifs : constipation et syndrome d'occlusion intestinale ;
- les pathologies respiratoires (BPCO, bronchite chronique, emphysème, asthme, pneumonie...) ;
- les cancers (60).

Les troubles de l'usage de substances sont très fréquemment associés aux pathologies psychiatriques qui peuvent être accentuées par les consommations de produits. Si c'est souvent la recherche d'un apaisement de leur pathologie qui induit les consommations, un trouble psychiatrique peut aussi apparaître à la suite d'une addiction déjà existante.

Aujourd'hui la coexistence d'un trouble addictif et d'un trouble psychiatrique est identifiée sous le terme de « pathologie duelle » et est constamment associée à une sévérité plus marquée des deux troubles et leur persistance dans le temps. Entre 1 et 3 % de la population générale présenterait une co-occurrence d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'usage de substances comme le tabagisme (61). Ce dernier est un facteur de risque de nombreuses pathologies, notamment respiratoires (asthme, emphysème, bronchite chronique et BPCO), pour lesquelles un dépistage systématique est indispensable (60).

## 4.2. Pathologies mentales sévères : comorbidités et mortalité

Les pathologies mentales sévères incluent la dépression modérée à sévère, les troubles bipolaires, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques. De nombreuses études ont prouvé que la mortalité était plus élevée chez les patients atteints de pathologies mentales sévères, principalement dans la schizophrénie et les troubles bipolaires, que dans la population générale. Ces patients ont plus de risque de mourir prématurément, on estime que leur espérance de vie est en moyenne raccourcie de 10 à 20 ans en comparaison avec le reste de la population (62,63). De ce fait l'OMS considère la prématurité et l'excès de mortalité et de morbidité chez les individus atteints de pathologies psychiatriques graves comme une

priorité de santé publique et l'inclut dans le « Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 » (64,65).

Cette mortalité prématurée peut être imputable à de nombreux facteurs et comorbidités. Bien que la première cause de surmortalité soit le suicide, les accidents et les causes médicales sont également surreprésentés, tout particulièrement les maladies cardiovasculaires, respiratoires et les cancers dont le taux de comorbidité est compris entre 30 et 60 % (60,66).

De plus les personnes atteintes de pathologies mentales sévères ont souvent une vulnérabilité à l'addiction, des difficultés à accéder et à adhérer à un traitement, une mauvaise hygiène de vie (activité physique limitée, alimentation déséquilibrée), un milieu socioéconomique défavorisé et un taux de suicide élevé, autant de facteurs pouvant contribuer à une mortalité prématurée dans la schizophrénie (67,68).

### 4.3. Pathologies mentales sévères et tabagisme

Le tabac est un des plus gros facteurs de risque cardiovasculaire, respiratoire et cancérigène. Le baromètre de Santé Publique France estime la prévalence du tabagisme dans la population française en 2021 à 31.9% chez les 18-75 ans. Parmi eux, un quart déclare fumer quotidiennement (25.3%) (69).

Le tabagisme est plus répandu dans la population atteinte de pathologies mentales sévères que dans la population générale (68). La fréquence de la consommation de tabac chez les patients atteints de schizophrénie varie entre 60 et 90 % des sujets selon les études contre 23 à 30 % en population générale mondiale, selon une enquête de 2008; en France la prévalence était de 66 à 67% contre 30% (70). Une autre étude portant sur une cohorte de 991 individus américains entre 1999 à 2011 montre que la prévalence du tabagisme était de 64% chez les individus atteints de schizophrénie, 44% chez les patients atteints de troubles bipolaires et 19% chez les individus non atteints de pathologie mentale (71).

Chez les patients atteints de schizophrénie, la fréquence de la consommation de tabac est donc 2 à 3 fois plus élevée que celle de la population générale. On observe également une plus forte dépendance et des taux de nicotine plus élevés chez ces individus : ils fument plus de cigarettes/jour et inhalent la fumée plus profondément (70–74).

## 4.4. Pathologies mentales sévères et pathologies respiratoires

Les individus souffrant de pathologies mentales sévères étant plus susceptibles de fumer que la population générale et ayant une exposition à vie accrue à la fumée de cigarette, s'exposent à plus de risques de développer des pathologies respiratoires, notamment une BPCO (75). Ils sont aussi plus souvent amenés à vivre dans des environnements à risque d'engendrer ces pathologies (milieu socioéconomique défavorisé, milieu urbain à forte exposition à la pollution de l'air) (76,77). La prévalence de la BPCO, de la bronchite chronique, de l'emphysème, de l'asthme ou encore de la pneumonie est en effet plus élevée chez les personnes atteintes de schizophrénie (78). En moyenne, les patients atteints de troubles psychiatriques sévères meurent 2 à 6 fois plus de maladies respiratoires que la population générale (68).

## 4.5. Troubles cognitifs et pathologies psychiatriques

### 4.5.1. Définition

Selon la définition de la HAS, « un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse, etc. »

Les troubles cognitifs peuvent toucher différents domaines de cognition :

- **l'attention** : soutenue (maintenir l'attention au fil du temps), sélective (maintenir l'attention malgré la présence de stimuli et distractions) et divisée (réaliser deux tâches en même temps) ;
- **les fonctions exécutives** : planification, organisation, prise de décision, adaptation, mémoire de travail, la vitesse de traitement des informations, flexibilité mentale (capacité de basculer entre deux concepts, tâches...) ;
- **l'apprentissage et la mémoire** : mémoire immédiate, mémoire des faits récents, mémoire à très long terme (sémantique et autobiographique) ;

- **le langage** : langage expressif (dénomination, recherche de mots, fluence verbale, grammaire et syntaxe) et langage réceptif (compréhension) ;
- **les activités perceptivomotrices** : perception visuelle, praxie (adaptation des mouvements à un but visé), gnosie (conscience et reconnaissance des objets, des visages...), conscience spatiale (orientation dans l'espace) ;
- **la cognition sociale** : respect des normes, reconnaissance des émotions, théorie de l'esprit (capacité à prendre en considération l'état mental d'autrui).

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), différencie les maladies neurocognitives dits troubles neurocognitifs (TNC), dont les symptômes fondamentaux sont de nature cognitive, des troubles cognitifs associés à une pathologie mentale. Les principales étiologies des TNC sont la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, la maladie à corps de Lewy, la maladie vasculaire, les lésions cérébrales traumatiques (AVC), la dégénérescence lobaire frontotemporale, l'usage de substances (en particulier l'alcool) ou de médicaments, la chorée de Huntington, l'infection à VIH ou encore la maladie à prions. La prévalence des TNC augmente fortement avec l'âge, notamment après 65 ans.

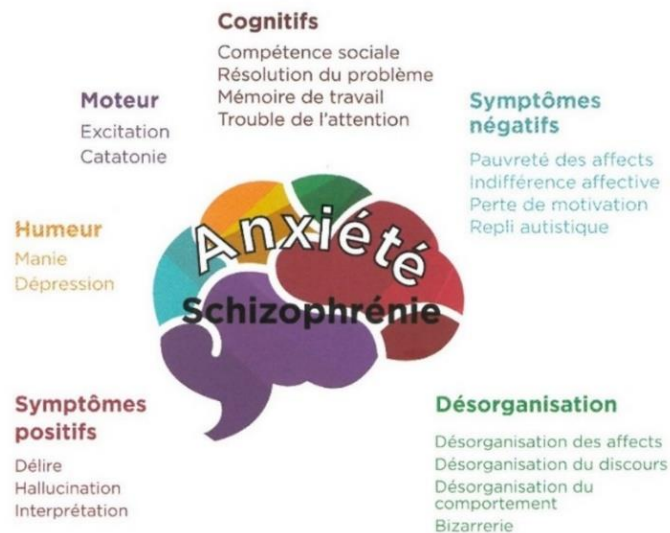
Nous nous intéresserons aux pathologies psychiatriques qui s'accompagnent de troubles cognitifs, parmi elles, la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression sont les plus répandues. Ces troubles souvent handicapants pour le patient, altèrent le fonctionnement de la personne et sont un frein à la réinsertion notamment professionnelle.

#### 4.5.2. Dans la schizophrénie

La schizophrénie fait partie des « psychoses ». Les psychoses ou troubles psychotiques sont des maladies mentales caractérisées par une perte de contact avec la réalité, une incapacité à distinguer le réel de l'irréel. De nombreuses pathologies sont regroupées sous ce terme, associant une hétérogénéité de symptômes rendant le diagnostic parfois compliqué. Selon le DSM-5 révisé et la Classification Internationale des Maladies Onzième Révision (CIM-11), ces troubles sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants :

idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs (79).

La schizophrénie se caractérise par un ensemble de symptômes qui peuvent varier d'un individu à un autre : en effet, il n'existe pas « une » schizophrénie mais « des » schizophrénies. (80) Cette hétérogénéité de symptômes peut entraîner des erreurs et des retards au diagnostic et la confusion avec d'autres troubles psychotiques. Ces symptômes peuvent être abordés selon une approche pluridimensionnelle : les symptômes positifs, les symptômes négatifs, la désorganisation, les symptômes cognitifs et les autres symptômes (humeur, anxiété, manque d'insight) (**Figure 9**) (79,81–84).



**Figure 9** : Variabilité dans l'étiopathogénie et l'évolution des symptômes hétérogènes. D'après « Devenir fonctionnel des patients souffrant de schizophrénie » (84).

Les symptômes positifs sont appelés ainsi car ils s'ajoutent aux perceptions ordinaires, aux fonctions mentales habituelles d'un individu. Cette catégorie de symptômes rassemble des modifications du comportement, des perceptions, de la pensée et des croyances : hallucinations (auditives à type de voix principalement) et idées délirantes (délire mégalomane, paranoïaque...). Les symptômes négatifs ou déficitaires sont associés à une perte de fonctions très impactante au quotidien. Ils peuvent se manifester par un syndrome amotivationnel, une diminution de l'expression émotionnelle, un émoussement affectif ainsi qu'une réduction des interactions sociales avec un retrait social et un repli sur soi dit « repli autistique ». La désorganisation peut toucher les pensées, les émotions et/ou le



comportement. On retrouve également des troubles affectifs (humeur labile, tendance à la dépression), des troubles du sommeil, de l'anxiété et un manque d'insight (absence de reconnaissance de la maladie et de ses symptômes) qui nuit à l'adhésion du patient à son traitement et à son observance, il est un facteur prédictif de rechutes et d'une évolution plus défavorable de la maladie.

Les troubles cognitifs dans la schizophrénie sont relativement importants, de nombreuses fonctions cognitives sont déficitaires. Il s'agit le plus souvent de troubles de la mémoire, de l'apprentissage, de la compréhension, de la concentration et de l'attention ainsi que de troubles des fonctions exécutives (planification de tâches et ralentissement de la vitesse de traitement de l'information) et de la cognition sociale (difficultés à comprendre les interactions sociales, problèmes d'interprétation, faire preuve d'empathie, reconnaître les émotions...). De plus, certaines études suggèrent que le déclin cognitif lié à l'âge pouvait être accéléré dans la schizophrénie avec un vieillissement cérébral prématuré (85).

#### 4.5.3. Dans les troubles bipolaires et la dépression

Le trouble bipolaire (TB), anciennement psychose maniaco-dépressive est une maladie caractérisée par des variations anormales de l'humeur avec l'alternance d'états de dépression et d'excitation, entrecoupées de périodes « normales » dites euthymiques. Les TB sont classés en 2 types : le type 1 et le type 2. Le type 1 se caractérise par plusieurs épisodes maniaques ou mixtes (présence simultanée de symptômes des 2 phases), accompagnés ou non de phases dépressives. Le type 2 associe au moins un épisode dépressif à un épisode dit « hypomaniaque » (forme atténuée de la phase maniaque).

L'accès maniaque peut se manifester par une augmentation de l'humeur (euphorie, excitation) et de l'énergie, un besoin moindre en sommeil, des idées de grandeur ou une augmentation de l'estime de soi, une pensée accélérée et une désinhibition... Le sujet a tendance à s'engager excessivement dans un but, agir de façon impulsive et irréfléchie (dépenses inconsidérées, activité sexuelle à risque, trouble de l'usage de substances...). La phase dépressive à l'inverse se caractérise par une humeur dépressive présente presque tous les jours, une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) et une perte d'intérêt, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation. Elle s'accompagne de troubles du sommeil et de l'appétit, d'un ralentissement psychomoteur, d'une fatigue et d'une perte d'énergie. Les

pensées de mort et idées suicidaires récurrentes rendent le risque suicidaire élevé lors de cette phase.

Les individus atteints de TB réalisent de moins bonnes performances aux tests cognitifs que les sujets sains. Les troubles cognitifs sont présents dans les deux phases et également dans la période euthymique : troubles de la concentration et de l'attention (distractibilité, diminution de l'aptitude à penser), troubles du langage (logorrhée, fuites des idées, discours désorganisé avec « coq à l'âne » ou ralentissement du discours et affaiblissement de son contenu), troubles des fonctions exécutives (planification, prise de décisions, ralentissement psychomoteur ou accélération de la pensée), troubles de la mémoire (verbale notamment) (79,86) ...

Dans la dépression ou épisode dépressif majeur (EDM), les symptômes sont comparables à ceux de la phase dépressive des TB. Les études montrent que les deux populations sont impactées par les troubles cognitifs, sans différence majeure entre l'une et l'autre : lorsqu'on compare les études sur les patients atteints de TB à celles des patients atteints d'EDM, le degré de dysfonctionnement est plus élevé dans le groupe TB. En revanche quand les groupes sont comparés dans une même étude il est plus difficile de l'affirmer (87).

#### 4.5.4. Dans le trouble de l'usage de l'alcool

Le trouble de l'usage de l'alcool ou addiction, encore appelé alcoolisme ou éthylisme chronique. L'addiction se caractérise par trois grands éléments :

- un comportement répété et incontrôlable: altération du contrôle ;
- la recherche de plaisir ou de soulagement ;
- la poursuite du comportement malgré l'existence et la connaissance de conséquences négatives.

Selon le nombre de critères diagnostiques retrouvés, le trouble de l'usage est catégorisé de léger (2-3), moyen (4-5) ou sévère ( $\geq 6$ ). Deux critères ou plus doivent être présents sur une durée de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité à faire face à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
3. Utilisation de la substance malgré des problèmes sociaux et interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
4. Tolérance ou accoutumance à la substance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir un effet désiré constant ou une diminution des effets à dose consommée constante ;
5. Syndrome de sevrage à la suite d'une période d'abstinence ;
6. Désir persistant de consommer et efforts infructueux de diminution, ou de contrôle de la consommation ;
7. Beaucoup de temps passé à consommer ou à se procurer sa substance ;
8. Abandonner ou réduire ses activités habituelles, sociales, professionnelles ou de loisir à cause de ses consommations ;
9. Poursuite des consommations en dépit des conséquences pour la santé avérées ou connues ;
10. Besoin impérieux, envie irrépressible du produit : le craving (79).

La consommation d'alcool est responsable d'un certain nombre de troubles neurocognitifs. Le simple usage aigu de l'alcool entraîne déjà son lot de symptômes neurocognitifs : désinhibition, allongement du temps de réaction, altérations du discours, de la mémoire, du jugement, de la prise de décision, de l'attention, de la coordination et de l'équilibre. Ces symptômes se résorbent au fur et à mesure que l'alcoolémie descend.

Consommé de façon chronique, l'alcool est responsable de troubles cognitifs plus prononcés et durables. Il est responsable d'une atrophie cérébrale diffuse souvent associée à une atrophie cérébelleuse. Bien qu'elle ne soit pas prédictive des troubles cognitifs, elle est corrélée à la quantité consommée. Les origines des troubles sont plurifactorielles : effet toxique propre, carences induites, traumatismes répétés, crises comitiales, épisodes anoxiques, accidents vasculaires, effet du vieillissement, pathologie dégénérative associée, etc... Les déficits cognitifs et moteurs comprennent la mémoire épisodique, la mémoire de travail et les fonctions exécutives, les capacités de visuoconstruction (capacités à analyser,

comprendre et représenter l'espace) et la motricité des membres supérieurs et inférieurs (88). On retrouve également des problèmes de cognition sociale et de traitement émotionnel : difficultés à décrypter le langage corporel et la prosodie (intonation et débit propre à une langue), manque d'empathie, facultés de décodage des émotions et théorie de l'esprit altérées (89).

La malnutrition souvent associée à l'abus chronique d'alcool peut induire une carence en thiamine (vitamine B1), dont l'absorption et le stockage hépatique sont déjà perturbées par l'ingestion alcoolique excessive. Cette carence est à l'origine d'une réaction aiguë, parfois déclenchée par un apport glucidique dans le contexte d'un syndrome de sevrage : l'encéphalopathie de Wernicke. Elle se caractérise par une triade : confusion et amnésie, ataxie (syndrome cérébelleux se traduisant par des troubles de la coordination des mouvements volontaires et de l'équilibre) et anomalies oculomotrices (paralysie et nystagmus). C'est une urgence thérapeutique, traitée rapidement par un apport suffisant en thiamine, elle est réversible. A contrario, en l'absence de prise en charge elle peut être létale ou dégénérer en syndrome de Korsakoff (80% des cas), un trouble neurologique sévère induisant une amnésie rétrograde et antérograde (la mémoire des événements récents étant la plus atteinte) que le patient gère avec des confabulations (production imaginaire venant combler une lacune de mémoire) ainsi qu'une ataxie durable. La désorientation temporelle et les changements émotionnels sont également fréquents (90–92).

## **5. Contexte local : le Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay-Le-Château, l'Accueil Familial Thérapeutique au cœur de la prise en charge**

### **5.1. De la colonie familiale à l'Accueil Familial Thérapeutique**

#### **5.1.1. Historique**

En 1892, la première colonie familiale française voit le jour à Dun-Sur-Auron dans le Cher. La Colonie d'Ainay-Le-Château est d'abord en 1898 une annexe de celle-ci, avant de devenir colonie autonome en 1900. Ainsi débute le placement hétéro-familial des malades mentaux dans des familles d'accueil, les « nourriciers » dans les campagnes du Cher et de

l'Allier. Ce projet a pour but de désencombrer les asiles parisiens des « aliénés chroniques incurables » et « la régénération de l'homme aliéné » par la civilisation et l'exercice de travaux divers, notamment agricoles. En 1973 et par le décret du 9 juin 1970 (93), Ainay-Le-Château devient un établissement public de santé mentale, le Centre Psychothérapique Interdépartemental. Finalement en 1987, l'établissement prend l'appellation de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS). C'est au début des années 1990 que le statut des familles d'accueil évolue vers le métier d'Accueillant Familial Thérapeutique (AcFT). Aujourd'hui, c'est principalement pour cette activité que le CHS est connu. L'établissement comporte également une Unité de Soins Longue Durée (USLD) et des services de soins intra hospitaliers : une Unité d'Accueil (UA) et une Unité de Soins Psychiatriques Prolongés (USPP).

### 5.1.2. L'Accueil Familial Thérapeutique

#### 5.1.2.1. *Définition*

Régi par la loi n°89-475 du 10 juillet 1989 (94) et l'arrêté du 1er octobre 1990 (95), le service de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) a pour vocation la prise en charge thérapeutique en milieu substitutif stable, de tout patient ne pouvant vivre seul mais ne justifiant pas pour autant de soins en milieu fermé. L'AFT associe prise en charge dans une famille et prise en charge institutionnelle. Son objectif est de favoriser la réadaptation et la réinsertion du patient, tout en l'aidant à restaurer ses capacités relationnelles, d'autonomie et de resocialisation. L'AFT est une hospitalisation libre destinée à des patients adultes atteints de pathologie psychiatrique bénéficiant d'un projet thérapeutique défini qui détermine la durée de l'accueil. Son activité est décrite dans le règlement intérieur du CHS et de l'AFT.

#### 5.1.2.2. *Organisation*

L'établissement bénéficie d'une autorisation de 540 lits en AFT. En décembre 2022, on comptait 296 lits installés pour 144 Accueillants Familiaux Thérapeutiques selon le rapport d'activité 2022. Chaque accueil peut compter jusqu'à trois lits au maximum, plus généralement deux, le troisième lit étant prioritairement un lit dit « de subsistance », pour l'accueil temporaire de patient en cas d'absence de l'AcFT initial. L'accueil se tient au domicile de l'AcFT dans un espace distinct du sien : des dépendances, un étage ou une extension sont attribuées aux patients, leur offrant plus d'autonomie. Les différents lits d'AFT sont répartis

géographiquement et situés à maximum trente kilomètres du CHS. Ils sont regroupés par « antenne », lieux de relais de l'établissement : Ainay-Le-Château, Charenton, St-Bonnet, Valigny-Lurcy et Bessais-Sancoins. Chaque antenne est encadrée par une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychiatre et d'un médecin généraliste, d'un cadre infirmier et d'une équipe infirmière qui sont référentes des accueillants, des patients et en assurent le suivi et le soin. Des visites régulières au domicile de l'AcFT sont organisées avec au moins un entretien mensuel. Le suivi médical qu'il soit psychiatrique ou somatique est quant à lui trimestriel. Il est associé à une prise en charge psychologique, addictologique, ergothérapeutique, diététique et sportive (activité physique adaptée). Pour tout examen ou suivi spécialisé (pneumologie, urologie, cardiologie...), les patients sont adressés aux spécialistes du CH voisin (Montluçon).

#### 5.1.2.3. *L'Accueillant Familial Thérapeutique*

L'Accueillant Familial Thérapeutique est un salarié de l'établissement public de santé mentale auquel il est rattaché. Afin d'accueillir des patients à domicile, il doit obligatoirement bénéficier d'un agrément donné par la Commission d'Agrément de l'hôpital et avoir signé un contrat d'accueil avec cet établissement. Une information sur la prise en charge du patient et des médicaments est faite avant la prise de poste. La loi ne requiert pas de formation obligatoire pour les AcFT et aucun référentiel de formation n'est disponible. Cependant les établissements sont libres d'en organiser, ainsi le CHS fait appel à des organismes extérieurs. Une formation initiale sur le dispositif est dispensée à chaque nouvel accueillant quelques mois après sa prise de fonction par l'Institut de Formation de Recherche et d'Évaluation des Pratiques Médicosociales (IFREP). Régulièrement un module « Economie sociale et familiale » est mis en place et assuré par le Centre Régional de Formation Professionnelle Auvergne Croix Rouge Française. Globalement, la formation s'articule autour des compétences techniques et relationnelles nécessaires au métier et de la collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Elle est complétée par des formations continues (préparation de piluliers, hygiène, maltraitance, addictions...) ainsi que des ateliers d'éducation thérapeutique du programme **EDU**cation thérapeutique du patient atteint d'affections psychiatriques de longue durée en **Fam**ille d'accueil thérapeutique ou en **Amb**ulatoire (EDUFA). L'atelier Médicaments et Schizophrénie et l'atelier de psychoéducation permettent d'aider l'AcFT à gérer les

difficultés du quotidien, à mieux comprendre la pathologie des patients accueillis afin de mieux les accompagner vers le rétablissement (96).

A l'instar de l'absence de référentiel de formation, il n'existe pas de référentiel définissant le métier de l'AcFT. Il assure l'hébergement et les repas, veille à l'hygiène et au bien-être des patients. Il veille également au stockage sécurisé des médicaments, à leur prise et à leur traçabilité. Il est tenu de respecter les prescriptions, les consignes écrites données par l'équipe soignante et le projet thérapeutique établi auquel il participe. Mais au-delà du gîte et du couvert, l'AcFT a un véritable rôle d'accompagnement à la réalisation des tâches quotidiennes et à l'atteinte des objectifs du patient, ainsi que de soutien psychologique. Il doit cependant conserver un rôle de proche aidant et non de soignant, ni de famille dans sa définition première ; le curseur n'est pas toujours aisé à placer. Il existe donc une relation triangulaire entre le patient, l'accueillant familial thérapeutique et les professionnels de santé. Au centre se trouve le projet thérapeutique vers lequel chacun converge.

## 5.2. Patients hospitalisés au CHS

Selon le rapport d'activité annuel de 2022, 865 patients ont été pris en charge au CHS en 2022, 372 l'ont été en hospitalisation en temps complet dont 83% en AFT. Les trois pathologies les plus représentées au CHS sont la schizophrénie et les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et le handicap intellectuel (ex-retard mental). La majorité des patients ont entre 40 et 70 ans (âge moyen 55 ans) et il existe une prédominance masculine.

## 5.3. La pharmacie à usage intérieur

### 5.3.1. Implication dans l'ETP

Le CHS dispose d'un programme d'ETP nommé EDUFA. Le programme comporte 8 ateliers : médicaments et schizophrénie, tabac, équilibre alimentaire, préparation de piluliers, l'Integrated Psychological Treatment (IPT), remédiation cognitive (RECOS et SYNAPS) et psychoéducation des aidants. La pharmacie est largement impliquée dans les activités éducatives ; le programme est coordonné par le pharmacien gérant de la PUI de l'hôpital qui anime deux de ces ateliers avec un préparateur en pharmacie.

### 5.3.2. Organisation de la dispensation des traitements

Depuis 2019, la Pharmacie à Usage Intérieur du CHS a mis en place la préparation des doses à administrer automatisée (PDAA) pour tous les patients au moyen d'un automate DEENOVA ex ECODEX. Pour l'AFT, la dispensation nominative individuelle est réalisée soit :

- Pour sept jours de façon automatisée : sept piluliers et un bac complémentaire pour les formes hors pilulier (formes inhalées, buvables, cutanées...) préparés une semaine à l'avance sont dispensés.
- Pour vingt-huit jours de façon manuelle : les médicaments sont délivrés à la boîte ou à la plaquette, pour simuler une délivrance de traitement à l'officine. Cette modalité de dispensation est destinée aux patients formés à la préparation de leur pilulier sous supervision de l'AcFT ou de l'Infirmier Diplômé d'État (IDE).

La délivrance des traitements est effectuée par les PPH directement aux AcFT au guichet de la pharmacie. Entre deux distributions, les infirmiers référents des antennes récupèrent également les traitements si des modifications de prescription ont été effectuées. Les créneaux des différentes antennes sont répartis sur la semaine : Valigny et Bessais le lundi, Charenton le mardi, Ainay le jeudi et St Bonnet le vendredi de 9 h à 15 h toutes les sept minutes.

### 5.3.3. Spécificités des conditionnements multidoses

Pour les spécialités à conditionnements multiples telles que les dispositifs d'inhalation, un suivi informatique des compteurs de doses a été mis en place afin de connaître la date de renouvellement du produit multidoses. Les compteurs sont rentrés dans le logiciel de l'automate et calculés en fonction de la prescription. Lors de la distribution hebdomadaire du traitement, les AcFT présentent les dispositifs entamés aux PPH qui évaluent le nombre de doses restantes et s'assurent de la conformité entre l'estimation informatique et la consommation réelle. Si un écart conséquent est constaté, le PPH informe le pharmacien qui remet les compteurs de doses à jour dans le logiciel.



## **PARTIE 2 : élaboration d'une activité éducative**

### **1. Contexte et objectif**

Le développement de la PDAA a amené à une réorganisation de la dispensation : la rencontre et les échanges avec les AcFT lors de la délivrance des traitements sont une nouveauté pour la PUI qui jusqu'alors ne dispensait les traitements qu'aux infirmiers. La dispensation se rapproche depuis lors de celle que l'on peut observer au comptoir à l'officine. Ainsi la pharmacie a pu se rendre compte de pratiques existantes en AFT, non mises en évidence auparavant : dans notre cas, la mauvaise utilisation des bronchodilatateurs.

Le contrôle direct des compteurs de dose au guichet par les PPH a permis de repérer des discordances entre les doses consommées estimées et les doses réellement consommées. Ainsi la demande des dispositifs d'inhalation par les AcFT est parfois anticipée ou différée, bien qu'aucune modification de posologie n'ait été effectuée par le médecin. Les accueillants ont été interrogés par les PPH sur ces discordances de compteur de doses, ce qui a permis d'identifier un défaut d'observance. Soit le patient consomme plus de doses que prévu (fausses manipulations, doses perdues...), soit il ne prend pas ou pas correctement son traitement (oubli, mauvaises manipulations...). Il ressort également que l'accueillant n'est pas toujours présent lors de l'administration du produit et que lui-même ne connaît pas bien les dispositifs d'inhalation et leur bonne utilisation. En effet, ils n'ont pour la plupart, jamais été sensibilisés à l'emploi et à l'intérêt de ces dispositifs. Nous supposons que ce défaut d'informations est le même pour les patients.

Ce constat nous a permis de définir l'objectif principal de ce travail : l'élaboration d'une activité éducative consacrée à la maladie respiratoire et au bon usage des bronchodilatateurs, destinée conjointement aux patients atteints de troubles psychiatriques et leur AcFT. Cette activité devra être adaptée aux patients pour lesquels les troubles cognitifs posent parfois des difficultés de mémorisation, de concentration ou encore de compréhension et à leurs AcFT qui ne sont pas des soignants.

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1. Constitution d'un groupe de travail et choix de la méthode

En septembre 2020 à l'initiative de la pharmacie, un appel à candidatures a été lancé en Commission Médicale d'Établissement (CME) afin de former un groupe de travail pour la création d'un nouvel atelier d'ETP sur la BPCO et le bon usage des dispositifs d'inhalation. Bien que l'organisation ait été perturbée par l'épidémie de COVID19, le groupe pluridisciplinaire constitué d'un médecin gériatre, d'un pharmacien hospitalier, coordonnateur du programme d'ETP de l'établissement et d'un préparateur en pharmacie formé à l'ETP s'est réuni quatre fois en 2021. Le projet n'a pas abouti faute de ressources humaines à la suite du départ du gériatre et de l'indisponibilité des infirmiers pour l'animation.

En mai 2022, le groupe de travail a été reformé, rejoint par un interne en pharmacie formé à l'ETP. Un nouvel appel à candidatures a été lancé, sans succès. Le groupe de travail, à la base pluridisciplinaire, est devenu exclusivement pharmaceutique.

Le choix de la méthode s'est alors orienté vers une activité éducative ciblée car le projet ne répondait plus aux exigences de la HAS concernant l'ETP. Toutefois, en raison de l'expérience du pharmacien dans la coordination de programmes, nous nous sommes fortement inspirés de la méthode d'ETP et des recommandations émises par la HAS.

### 2.2. Recherche bibliographique

De nombreux éléments avaient déjà été recherchés et définis lors des réunions réalisées par le 1<sup>er</sup> groupe de travail en 2021. Ces éléments ont été repris et retravaillés.

Une vaste recherche bibliographique complémentaire a été menée afin d'identifier des programmes existants, de créer des outils et du contenu. Les données trouvées ont été lues par chaque membre du groupe et triées dans le but de retenir celles qui nous semblaient les plus pertinentes. De nombreuses ressources ont été exploitées, de la littérature scientifique (articles, revues...) à la littérature « grise » (sites internet, vidéos, livres...). Nous nous sommes principalement servis et inspirés des guides de la HAS (45), du guide Zephir de la Société de

Pneumologie de Langue Française (SPLF) (51), des conférences du congrès E-Respir (97), du site Forminhal (98), des grilles Cespharm (99), de la vidéo Youtube « BPCO : tout savoir sur la « bronchite des fumeurs » - WhyDoc #16 » (100) ainsi que de l'ouvrage « Conseiller et accompagner le patient souffrant de BPCO à l'officine » d'Imane Aroufi (39).

Des programmes d'ETP existants et activités éducatives ont été recherchés sur les sites des ARS, EPHORA, ETHNA et Oscar santé. Nous avons également réalisé un parangonnage via l'envoi de mails à des hôpitaux réalisant de l'ETP sur la BPCO (Clinique de Durtol, Centre Emile Roux) et à la liste de diffusion de l'Association pour le Digital et l'Information en pharmacie (ADIPh). Des outils, notamment adaptés aux patients ayant des troubles cognitifs, ont été recherchés dans l'outilthèque de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé (IREPS) Auvergne Rhône-Alpes.

La recherche a également porté sur la méthode d'animation, avec pour but de favoriser la mémorisation, l'attention et la concentration des participants.

### 2.3. Conception de l'atelier

Le groupe de travail s'est réuni dix fois en l'espace de six mois. Au cours de ces réunions, un certain nombre d'éléments ont été discutés et définis selon des méthodes de brainstorming et du Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi ? (QQOQCP), nous permettant de nous poser les bonnes questions.

La méthodologie de conception de l'activité éducative est décrite dans le **Tableau V**.

<b>Quoi</b>	Activité éducative ciblée sur le bon usage des bronchodilatateurs. Faut-il parler de la maladie ?
<b>Qui</b>	Population cible, critères d'inclusion, d'exclusion : quels patients ? Hospitalisés en AFT ? Hospitalisés en intramuros ? Sous quels traitements inhalés ? Avec quelles pathologies ?
<b>Où</b>	Dans quelle salle ? Salle de réunion de la pharmacie ?
<b>Quand</b>	Uniquement à l'instauration d'un traitement ou non ? Quelle planification ? Le jour de la distribution des piluliers ? Un autre jour ?
<b>Comment</b>	Sous quelle forme ? Atelier collectif ? Entretien individuel ? Quelle évaluation ? Quels outils et méthodes d'animation ? Quel est le rôle de chacun ? Comment organiser le recrutement ? Quel contenu pédagogique ? Quelles modalités de traçabilité dans le dossier patient ? Comment intégrer les AcFT ?
<b>Combien</b>	Combien de séances ? Combien de participants ? Pendant combien de temps ?
<b>Pourquoi</b>	Quels sont les objectifs ? Améliorer la prise des bronchodilatateurs ? Y-a-t-il d'autres objectifs associés ? Adhésion thérapeutique ? Compréhension de la maladie ?

**Tableau V** : Méthodologie de conception de l'atelier : la méthode QQOQCP

Une liste des patients en AFT sous traitement inhalé systématique a été établie à partir du Dossier Patient Informatisé (DPI). Les médecins généralistes ont orienté en priorité 20 patients de cette liste, sur des critères de mauvaise utilisation potentielle des inhalateurs et/ou des critères cliniques (identifiés en consultation de suivi somatique) et de leur capacité à pouvoir suivre l'atelier et à en tirer un bénéfice.

### 2.3.1. Modalités de validation de l'atelier et de communication

Afin de valider notre travail et de communiquer à son sujet, nous avons procédé ainsi :

- présentation aux médecins généralistes pour validation ;
- réalisation d'un cycle test pour évaluer le contenu et l'organisation de l'atelier auprès des patients et accueillants ;
- révision de l'atelier à la suite du test ;
- validation finale en CME ;
- présentation de la version finale aux médecins psychiatres et généralistes, aux infirmiers des antennes et à l'équipe pharmaceutique.

## 3. Résultats

### 3.1. Évolution du groupe de travail en équipe éducative

Le groupe de travail dans sa seconde composition (un pharmacien, un interne en pharmacie et un PPH) est devenu l'équipe éducative. Malgré la sollicitation appuyée des soignants après la présentation en CME, aucun infirmier n'a pu se libérer pour renforcer le groupe.

### 3.2. Conception de l'atelier

#### 3.2.1. Population cible

##### 3.2.1.1. *Critères d'inclusion*

L'atelier est destiné à tout patient :

- en Accueil Familial Thérapeutique ;
- traité de façon systématique par thérapie inhalée pour une pathologie respiratoire, principalement la BPCO ;
- ayant une pathologie psychiatrique stabilisée sous traitement ;
- dont le bilan éducatif initial a révélé des lacunes sur la prise du traitement inhalé, les connaissances de la pathologie respiratoire et du traitement qui lui est associé ;
- volontaire et désireux d'apprendre : le consentement éclairé du patient à suivre l'atelier est demandé.

##### 3.2.1.2. *Critères d'exclusion*

Les critères d'exclusion définis sont :

- patient en services intra hospitaliers dont l'administration des traitements est réalisée par les IDE ;
- prescription de VENTOLINE® en si besoin uniquement ;
- patient en décompensation aigüe de la pathologie psychiatrique ;
- refus catégorique de participation.

### 3.2.1.3. Patients ciblés

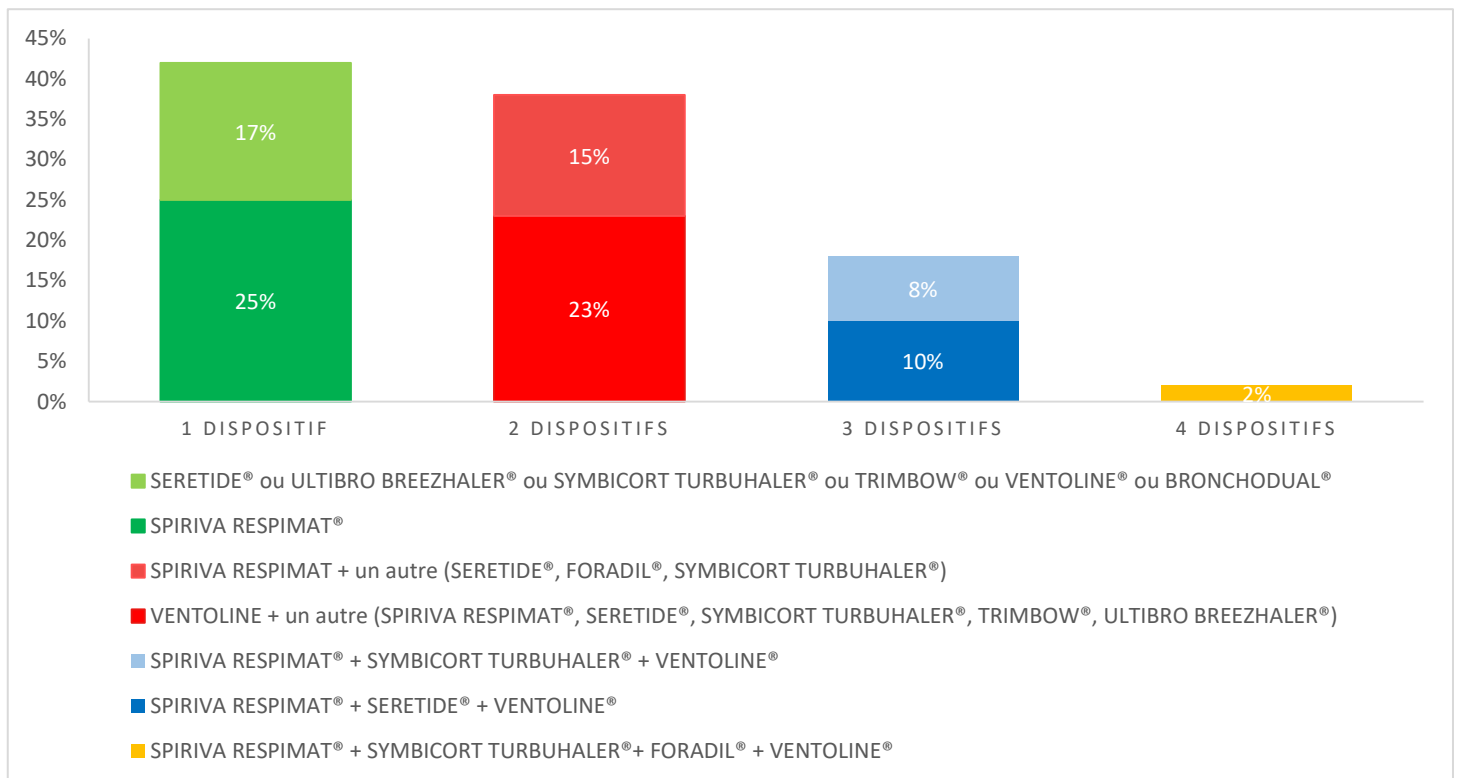
La liste des patients en AFT sous traitement inhalé systématique comportait 48 patients en mai 2022. La grande majorité d'entre eux étaient des hommes entre 40 et 65 ans atteints de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs, fumeurs actifs. Concernant le diagnostic respiratoire, on retrouvait majoritairement une BPCO seule ou associée à de l'asthme ou un emphysème. Un tiers des patients n'avait pas de diagnostic clair de BPCO, mais des antécédents de BPCO dans leur dossier ou une bronchite chronique (**Tableau VI**).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Nombre (n = 48)</i>	<i>Pourcentages</i>
<b>Sexe</b>		
<i>Masculin</i>	40	83%
<i>Féminin</i>	8	17%
<b>Âge</b>		
<i>&lt; 40 ans</i>	3	6%
<i>Entre 40 et 65 ans</i>	33	69%
<i>&gt; 65 ans</i>	12	25%
<b>Diagnostic psychiatrique</b>		
<i>Schizophrénie et troubles schizoaffectifs</i>	31	64,6%
<i>Handicap intellectuel (retard mental)</i>	7	14,6%
<i>Troubles de l'usage de l'alcool</i>	6	12,5%
<i>Troubles anxio-dépressifs et bipolaires</i>	3	6,3%
<i>Trouble de la sphère autistique</i>	1	2,1%
<b>Diagnostic respiratoire</b>		
<i>Diagnostic clair de BPCO</i>	21	43,8%
<i>Dont BPCO seule</i>	14	29,2%
<i>Dont BPCO + emphysème</i>	6	12,5%
<i>Dont Asthme + BPCO</i>	1	2,1%
<i>Antécédents de BPCO ou bronchite chronique</i>	16	33,3%
<i>Asthme</i>	4	8,3%
<i>Emphysème</i>	3	6,3%
<i>Insuffisance respiratoire</i>	1	2,1%
<i>Bronchiectasie</i>	1	2,1%
<i>Pas de vrai diagnostic retenu</i>	2	4,2%
<b>Tabagisme</b>		
<i>Tabagisme actif</i>	32	67%
<i>Tabagisme sevré</i>	14	29%
<i>Non-fumeur</i>	2	4%

**Tableau VI** : Caractéristiques démographiques et cliniques des 48 patients identifiés

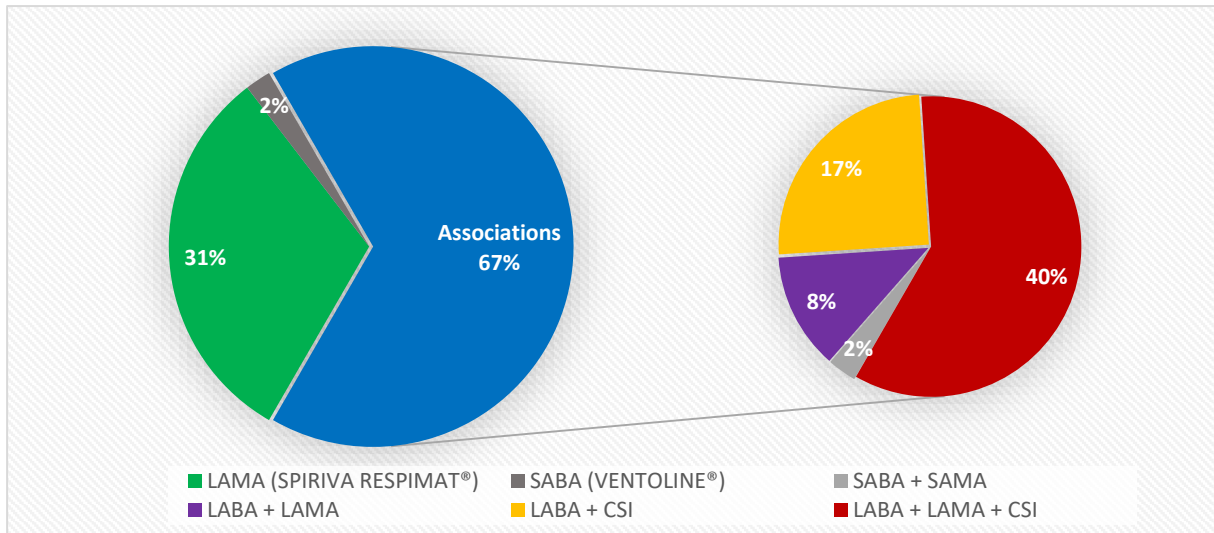
Concernant les traitements inhalés prescrits, la **Figure 10** montre le pourcentage et le type de dispositifs d'inhalation prescrits par patient :

- 42% des patients avaient un seul dispositif, le plus prescrit étant le SPIRIVA RESPIMAT®.
- 37% des patients utilisaient deux dispositifs, majoritairement la VENTOLINE® en si besoin avec un autre dispositif systématique ou deux dispositifs systématiques, le SPIRIVA RESPIMAT® et un autre.
- 18% des patients avaient trois dispositifs prescrits, deux systématiques et la VENTOLINE® en si besoin.
- Seul un patient avait une prescription de quatre dispositifs d'inhalation.



**Figure 10** : Pourcentage et type de dispositifs prescrits par patient

Concernant les classes thérapeutiques, les traitements inhalés prescrits étaient majoritairement des associations de plusieurs classes : 27% des patients étaient sous bithérapie et 40% sous trithérapie. La molécule la plus prescrite était le SPIRIVA RESPIMAT® en monothérapie ou en association. Pour des raisons de lisibilité, ne figure sur ce graphique que la VENTOLINE® prescrite en systématique (**Figure 11**).



**Figure 11** : Traitements inhalés prescrits par classe thérapeutique

*SABA =  $\beta_2$  agoniste de courte durée d'action ; SAMA = Anticholinergique de courte durée d'action ; LABA =  $\beta_2$  agoniste de longue durée d'action ; LAMA = anticholinergique de longue durée d'action ; CSI = corticoïde inhalé*

### 3.2.2. Définition des objectifs

L'atelier nommé « Bon usage des bronchodilatateurs (BUBD) : comprendre leur utilité pour bien les utiliser » est une activité éducative ciblée à destination des patients atteints d'une pathologie respiratoire nécessitant une prise en charge par bronchodilatateurs et de leur accueillant familial thérapeutique. Les objectifs ont été définis pour les différents acteurs de l'atelier.

#### 3.2.2.1. *Pour le patient*

- Bien prendre son traitement par voie inhalée en apprenant les bons gestes à effectuer pour l'utiliser de manière optimale, de façon générale puis adaptée à son traitement personnel, avec à terme une amélioration de l'observance.
- Comprendre la respiration, comprendre de quelle pathologie respiratoire il souffre, comprendre ses symptômes et l'intérêt du traitement : renforcer l'adhésion.



- Prévenir les risques de complications de la maladie respiratoire.
- Apporter de l'information sur les risques liés au tabac, l'orienter vers une aide à la réduction du tabac ou à l'arrêt du tabac.
- Le conduire à être un partenaire actif dans la prise en charge de sa maladie.
- Favoriser le partage d'expérience avec d'autres patients.

#### 3.2.2.2. *Pour l'Accueillant Familial Thérapeutique*

- Apporter de l'information sur la maladie respiratoire et ses traitements.
- Former au bon usage des dispositifs d'inhalation afin qu'il puisse accompagner au mieux tout patient bénéficiant de cette thérapeutique, lui apprendre à distinguer et signaler le mésusage.
- Favoriser le partage d'expérience entre AcFT.

#### 3.2.2.3. *Pour les professionnels de santé*

- Entretenir la relation patient - accueillant familial thérapeutique – professionnels de santé.
- Repérer les besoins des patients et assurer un suivi thérapeutique.
- Former le patient et l'aidant pour une prise en charge optimale et personnalisée.

### 3.2.3. Choix relatifs aux méthodes, outils d'animation et aux séances

Le choix de la méthode s'est porté sur un atelier collectif avec plusieurs séances thématiques plutôt qu'un entretien pharmaceutique unique afin de favoriser le partage d'expérience entre les participants.

Il a été décidé que l'activité se déroulerait en trois séances. La première, axée sur la maladie respiratoire : qu'est-ce que la BPCO ? Quelles sont les différences avec l'asthme ? Cette séance est essentielle pour comprendre à quoi sert le traitement et pour enchaîner sur la deuxième séance qui y est consacrée : quels sont les dispositifs d'inhalation ? Comment fonctionnent-ils ? Quelles sont les étapes de la séquence d'inhalation ? Enfin la troisième séance se concentre sur le traitement personnel de chaque patient et sur la façon de le prendre.

Nous avons choisi de faire trois séances distinctes pour favoriser la mémorisation et la concentration en limitant la durée de celles-ci.

Le rôle de chacun a été défini en amont, les animateurs se sont partagés équitablement les temps de parole et les différents points à aborder en séance.

Nous avons choisi d'employer la méthode « teach back », qui prône la reformulation, le « faire dire » : elle consiste à prendre le temps d'expliquer, avec un langage adapté et clair, à ne pas hésiter à répéter, en prenant le temps nécessaire à la compréhension de chacun. Puis à vérifier la compréhension du patient en lui demandant d'exprimer avec ses propres mots ce qu'il a compris. Les animateurs adoptent une posture éducative : port de la blouse proscrit, attitude empathique et écoute active. Ils veillent à la dynamique et à la cohésion du groupe, à ce que chacun soit écouté et puisse s'exprimer.

L'animation se veut dynamique pour maintenir l'attention avec l'emploi de techniques pédagogiques variées comme des travaux pratiques, des tours de table et des jeux (jeux de rôles, mises en situation, quizz, dessins...). L'atelier a été conçu avec le souhait de favoriser l'apprentissage par la pratique et de valoriser le savoir-faire de chacun.

Les outils ont été choisis et créés de façon à être variés, ludiques et surtout accessibles à tous. Ils tiennent compte de l'âge et des facultés de compréhension des participants en lien notamment avec les troubles cognitifs inhérents à la pathologie psychiatrique. La plupart des outils ont été « fait maison » afin de les adapter au maximum au profil des patients car nous n'avons pas trouvé d'outils officiels répondant parfaitement à ce que nous recherchions.

Les AcFT sont invités à laisser la parole aux patients mais peuvent intervenir si ceux-ci sont en difficulté ou s'ils ont des questions.

### 3.3. Atelier test

#### 3.3.1. Organisation de l'atelier

##### 3.3.1.1. *Recrutement des participants*

Cinq patients priorités par les médecins ont été sélectionnés pour l'atelier test. Tous étaient issus de l'antenne de Charenton. L'idée initiale était de cibler une antenne afin de favoriser l'implication des infirmiers et le transfert des acquis dans le quotidien d'une part.

D'autre part, cela permettait également de réduire les déplacements des accueillants en les faisant venir le jour de la distribution de pilulier.

Les cinq patients prenaient le même traitement inhalé (SPIRIVA RESPIMAT® 2.5µg/dose et SERETIDE® 250µg/25µg/dose ± VENTOLINE® 100µg/dose). Un flyer de présentation a été remis à leur AcFT avant l'atelier.

Les cinq patients recrutés pour l'atelier test étaient des hommes atteints de BPCO ou ayant des antécédents de BPCO ou bronchite chronique, âgés de 64 à 88 ans (**Tableau VII**).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Nombre (n = 5)</i>	<i>Pourcentages</i>
<b>Sexe</b>		
<i>Masculin</i>	5	100%
<b>Âge</b>		
<i>Entre 40 et 65 ans</i>	1	20%
<i>&gt; 65 ans</i>	4	80%
<b>Diagnostic psychiatrique</b>		
<i>Schizophrénie</i>	2	40%
<i>Troubles de l'usage de l'alcool</i>	3	60%
<b>Diagnostic respiratoire</b>		
<i>BPCO</i>	4	60%
<i>Dont BPCO seule</i>	3	40%
<i>Dont BPCO + emphysème</i>	1	20%
<i>Bronchite chronique</i>	1	40%
<b>Tabagisme</b>		
<i>Tabagisme actif</i>	2	40%
<i>Tabagisme sevré</i>	3	60%

**Tableau VII** : Caractéristiques démographiques et cliniques des patients de l'atelier test

### 3.3.1.2. *Planification et déroulement de l'atelier test*

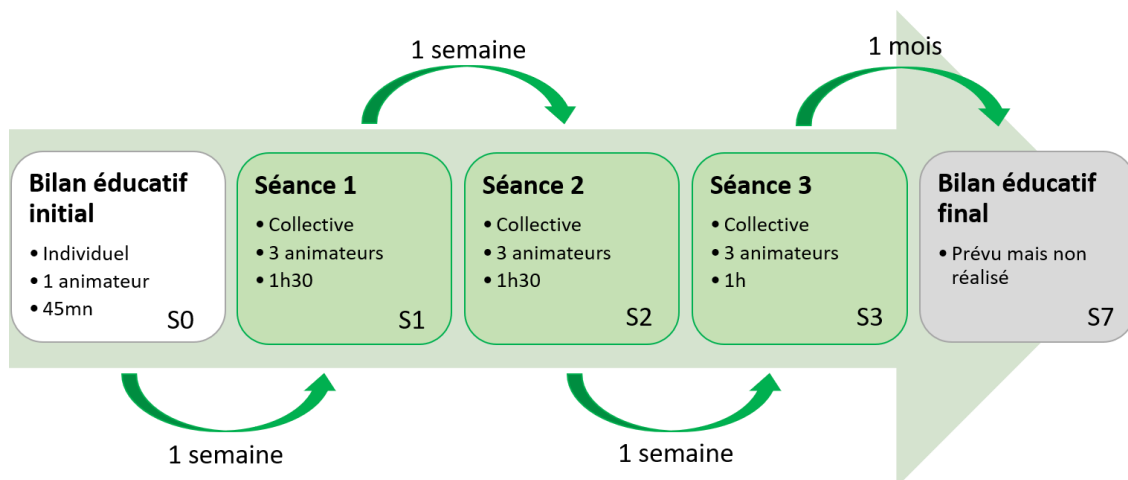
L'atelier BUBD se composait d'un bilan éducatif initial et final et de trois séances collectives intitulées :

- Séance 1 : Pourquoi suis-je essoufflé(e) ?
- Séance 2 : Comment bien utiliser mon spray ?
- Séance 3 : Est-ce que je prends bien mon spray ?

Le nombre de participants a été défini entre 3 et 5 patients accompagnés de leur AcFT par groupe, soit dix participants maximum pour permettre un échange facilité. La durée des séances est définie à une heure et demie pour les séances 1 et 2 et une heure pour la séance 3. La durée du bilan éducatif est de trois-quarts d'heures.

L'atelier test a été organisé sur quatre semaines, du 24/05/2022 au 14/06/2022 dans la salle de réunion de la pharmacie. Le mardi, jour de distribution des piluliers de l'antenne de Charenton a été choisi pour éviter que les AcFT fassent de multiples déplacements à la pharmacie.

Les cinq patients ont été vus lors d'un bilan éducatif initial ; deux d'entre eux ont refusé de participer à l'atelier. Les trois autres patients ainsi que leurs accueillants respectifs ont suivi les trois séances collectives de l'atelier, animées par le pharmacien, le préparateur et l'interne en pharmacie. Le bilan final prévu n'a pas pu être réalisé, les vacances d'été décalant la date de l'entretien à septembre ; entre-temps, les participants ont été perdus de vue (entrées en EHPAD et à l'USLD) (**Figure 12**).



**Figure 12** : Planification de l'atelier test

### 3.3.2. Contenu de l'atelier test

#### 3.3.2.1. Bilan éducatif

Le bilan éducatif comporte un « quick questionnaire » visant à évaluer la connaissance du patient sur sa maladie respiratoire et son traitement inhalé. Deux échelles d'évaluation sont utilisées : le questionnaire CAT « quel est l'état de votre BPCO ? » mesure l'impact de la BPCO sur la santé du patient, son bien-être et sa qualité de vie au quotidien et l'échelle mMRC

évalue le stade d'essoufflement. La technique d'inhalation, comportant 5 ou 6 étapes selon le dispositif employé, est évaluée via une mise en pratique avec dispositifs factices et des cartes que le patient doit remettre dans l'ordre. Les étapes bien réalisées et les erreurs sont notées dans une grille. L'implication de l'AcFT dans la prise du traitement est relevée également. À la fin du bilan, l'accord ou le refus de participation du patient à l'atelier est recueilli. L'atelier tabac est également présenté et proposé au patient, selon s'il est fumeur ou non.

#### 3.3.2.2. *Séances*

La séance 1 est une séance d'introduction sur la maladie respiratoire BPCO et ses différences avec l'asthme. La séance 2 aborde les traitements inhalés et leur bon usage de façon générale. Enfin, la séance 3 se focalise sur les traitements pris par les patients du groupe et leur spécificité. Les différents thèmes abordés, objectifs et outils utilisés lors des trois séances sont résumés dans le tableau suivant (**Tableau VIII**).

SÉANCES	THÈMES ABORDÉS	OBJECTIFS	OUTILS
<b>Séance 1 : Pourquoi suis-je essoufflé(e) ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présentation de l'atelier et de la séance</li> <li>■ Qu'est-ce que la BPCO ?</li> <li>■ Différences avec l'asthme</li> <li>■ Debriefing, évaluation de la satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre conscience de sa maladie</li> <li>■ Comprendre les causes, savoir reconnaître ses symptômes</li> <li>■ Comprendre l'intérêt de l'arrêt/réduction du tabac et du traitement, de l'activité physique adaptée</li> <li>■ Reconnaître et prévenir les exacerbations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paperboard</li> <li>■ Vidéo séquencée adaptée de " BPCO : tout savoir sur la « bronchite des fumeurs » " - WhyDoc #16 » sur Youtube, tour de table questions/réponses</li> <li>■ Fiches « différences asthme/BPCO »</li> </ul>
<b>Séance 2 : Comment bien utiliser mon spray ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présentation de la séance</li> <li>■ Reprise de la séance 1</li> <li>■ Les différents types de dispositifs d'inhalation, différentes formes, leur mécanisme d'action</li> <li>■ Les étapes de la technique d'inhalation : mise en pratique en binôme patient/AcFT</li> <li>■ Les cas particuliers (ex : compteurs de dose, rincer la bouche, utilisation de la chambre d'inhalation...)</li> <li>■ Nettoyage des dispositifs</li> <li>■ Debriefing, évaluation de la satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reprendre les éléments abordés à la séance 1, consolider les acquis</li> <li>■ Comprendre son traitement, son action sur les bronches</li> <li>■ Comprendre qu'il existe de nombreux dispositifs d'inhalation</li> <li>■ Apprendre à bien prendre son traitement inhalé en réalisant les étapes correctement, savoir identifier les erreurs commises et les corriger</li> <li>■ Savoir qu'il existe des cas particuliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Brainstorming sur paperboard</li> <li>■ Affiche « trajet de la fumée »</li> <li>■ Exemples de dispositifs d'inhalation</li> <li>■ Vidéo « buzz comptoir »</li> <li>■ Jeu de cartes séquence « étapes pour bien prendre son traitement inhalé »</li> <li>■ Jeu de rôle et mise en situation avec dispositifs factices</li> </ul>
<b>Séance 3 : Est-ce que je prends bien mon spray ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présentation de la séance</li> <li>■ Reprise des séances précédentes</li> <li>■ Focus sur les dispositifs spécifiques pris par les patients du groupe (ex : Spiriva Respimat et Ventoline) par le visionnage de vidéos explicatives puis la mise en pratique</li> <li>■ Évaluation de la satisfaction</li> <li>■ Remise d'un document sur le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reprendre les éléments abordés aux séances précédentes, consolider les acquis</li> <li>■ S'entraîner à la technique d'inhalation</li> <li>■ Apprendre à bien prendre son traitement et les particularités de prise de chaque dispositif prescrit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paperboard</li> <li>■ Dispositifs factices pour mise en pratique</li> <li>■ Vidéos Zéphir</li> <li>■ Questionnaire de satisfaction</li> <li>■ Plaquettes médicaments « Comment bien utiliser... ? »</li> </ul>

**Tableau VIII:** Tableau récapitulatif des thèmes abordés, objectifs et outils employés lors de l'atelier test

### 3.3.3. Bilan de l'atelier test

La satisfaction des participants a été évaluée de manière non formalisée à la fin de chaque séance collective. Les participants étaient globalement satisfaits mais la séance 1 a été jugée un peu dense et l'outil vidéo trop long. Certains outils utilisés n'étaient pas totalement aboutis (fiches « différences asthme VS BPCO »). Les participants ont apprécié les plaquettes d'informations sur les traitements remis à la fin de l'atelier. Lors de la séance 3, après visionnage collectif des vidéos Zephir, chaque animateur a supervisé la mise en pratique d'un binôme patient/AcFT et s'est assuré de la bonne utilisation des dispositifs : nous nous sommes rendu compte que cette méthode n'était pas optimale.

Un questionnaire de satisfaction a été remis à chaque participant à l'issue de la séance 3. Seuls 2 questionnaires sur 6 nous sont revenus, avec 100% de satisfaction. L'AcFT ayant rendu le questionnaire a suggéré que cette formation soit dispensée à tous les nouveaux AcFT dès le début de leur carrière.

## 3.4. Atelier final

Tenant compte des remarques des participants et des conclusions réalisées à l'issue de l'atelier test, des modifications ont été apportées à l'atelier final : changement d'organisation pour la planification, modification et ajout d'outils et création de nouveaux documents.

### 3.4.1. Organisation de l'atelier final

#### 3.4.1.1. *Planification de l'atelier final*

La planification de l'atelier a été modifiée. En raison de l'absence de participation des IDE, les groupes sont finalement formés indépendamment de l'antenne d'origine du patient et les séances collectives sont fixées au vendredi. Les séances 1 et 2 collectives sont animées par deux animateurs, le pharmacien ou l'interne en pharmacie et le PPH. La séance 3 collective est rendue individuelle, sous forme d'entretien de 45mn entre un animateur et le binôme patient/AcFT. Cette séance personnalisée permet de créer des groupes de patients indépendamment de leur traitement ; les séances 1 et 2 sont générales et la séance 3 est consacrée au traitement spécifique de chaque patient (**Figure 13**).

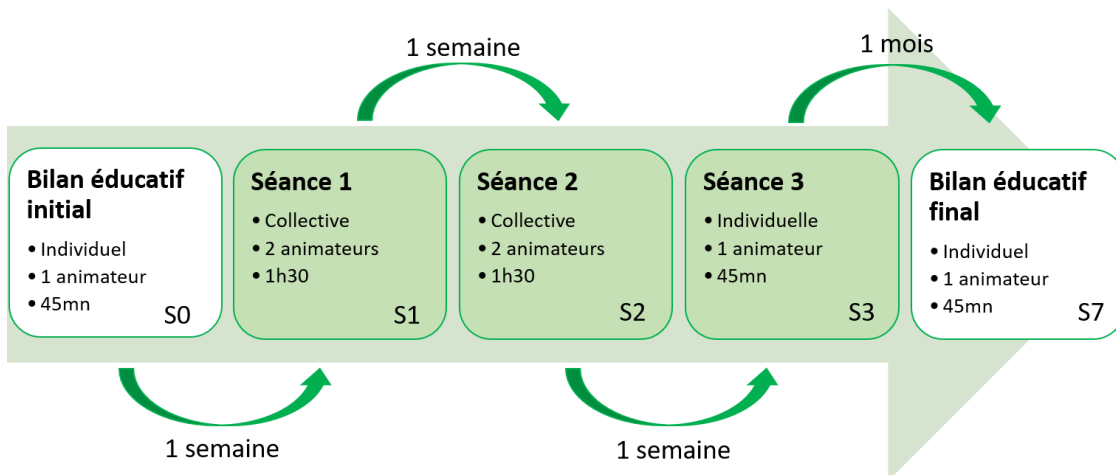


Figure 13 : Planification de l'atelier final

### 3.4.1.2. Orientation des patients dans l'atelier

À l'issue du bilan éducatif initial et selon l'accord ou le refus de participation du patient, plusieurs situations peuvent se présenter (**Figure 14**). En cas de refus de participation, l'animateur prodigue un conseil immédiat sur le bon usage du bronchodilatateur en corrigeant le patient, avec le visionnage des vidéos Zéphir. Il fournit également les plaquettes médicamenteuses au patient. Son AcFT est tout de même invité à suivre l'atelier s'il le souhaite.

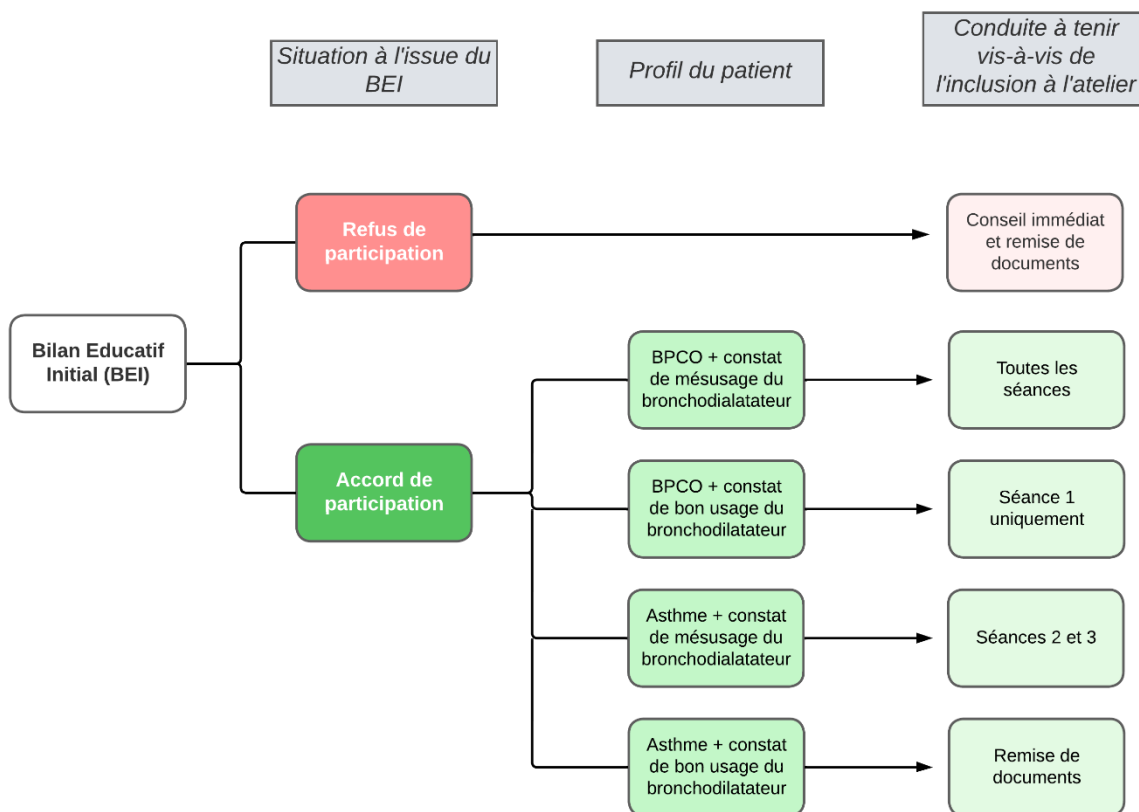


Figure 14 : Diagramme décisionnel d'orientation du patient dans l'atelier



### 3.4.2. Contenu de l'atelier

#### 3.4.2.1. *Bilan éducatif*

Le document « quick questionnaire » renommé « bilan éducatif » a été modifié afin d'intégrer bilan initial et bilan final sur un même fichier. Le questionnaire CAT et l'échelle mMRC ont été intégrés au document. Des scores de notation ont été créés pour pallier à la subjectivité interpersonnelle : connaissance de la maladie et connaissance du traitement sont notés sur six. La grille d'évaluation de la technique d'inhalation a été simplifiée. À la fin du bilan éducatif final, un certificat de suivi de l'atelier est remis aux participants.

#### 3.4.2.2. *Séances*

Les remarques des participants du groupe test et les constats des animateurs ont été pris en compte afin d'enrichir l'atelier.

Les outils non aboutis ont été retravaillés et d'autres ont été rajoutés dans le but de rendre les séances plus interactives, ludiques, de maintenir l'attention et de faciliter la compréhension. Des résumés des séances ont été créés afin d'être remis aux patients avec les messages clés ou « take home messages ». Des pancartes en forme de smileys ont été créées pour que la satisfaction de fin de séance soit plus facile à évaluer.

Une activité autour de la respiration et des poumons a été ajoutée à la séance 1 afin de recontextualiser. L'outil vidéo a été agrémenté d'interludes ludiques pour recapter l'attention et illustrer certains éléments : modèles réduits de bronches, jeu autour de la prévention des infections respiratoires...

Les modifications apportées sont écrites en bleu dans le tableau suivant (**Tableau IX**).

SÉANCES	THÈMES ABORDÉS	OBJECTIFS	OUTILS ET METHODES D'ANIMATION
<b>Séance 1 : Pourquoi suis-je essoufflé(e) ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présentation de l'atelier</li> <li>■ Qu'est-ce que la respiration ? Dessine-moi un poumon</li> <li>■ Qu'est-ce que la BPCO ?</li> <li>■ Différences avec l'asthme</li> <li>■ Debriefing, <a href="#">évaluation de la satisfaction</a>, <a href="#">remise d'un outil pédagogique au patient</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <a href="#">Comprendre ce qu'est la respiration, où et comment ça se passe, bien réaliser inspiration/expiration</a></li> <li>■ Prendre conscience de sa maladie</li> <li>■ Comprendre les causes, savoir reconnaître ses symptômes</li> <li>■ Comprendre l'intérêt de l'arrêt/réduction du tabac et du traitement, de l'activité physique adaptée</li> <li>■ Reconnaître et prévenir les exacerbations</li> <li>■ Distinguer l'asthme et la BPCO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paperboard, affiche « règles de l'atelier »</li> <li>■ Feuilles, stylos et tableau blanc pour dessiner</li> <li>■ Exercice de respiration (inspiration/expiration)</li> <li>■ Vidéo séquencée adaptée de " BPCO : tout savoir sur la « bronchite des fumeurs » " - WhyDoc #16 » sur Youtube, tour de table questions/réponses</li> <li>■ <a href="#">Modèles de bronches saine et bouchée avec ballons à gonfler</a></li> <li>■ <a href="#">Jeu sur la prévention des infections respiratoires</a></li> <li>■ <a href="#">Jeu pancartes « asthme VS BPCO »</a></li> <li>■ <a href="#">Pancartes smileys</a></li> <li>■ <a href="#">Fiche « résumé séance 1 »</a></li> </ul>
<b>Séance 2 : Comment bien utiliser mon spray ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présentation de la séance</li> <li>■ Reprise de la séance 1</li> <li>■ Les différents types de dispositifs d'inhalation, différentes formes, leur mécanisme d'action</li> <li>■ Les étapes de la technique d'inhalation : mise en pratique en binôme patient/AcFT</li> <li>■ Les cas particuliers (ex : compteurs de dose, rincer la bouche, utilisation de la chambre d'inhalation...)</li> <li>■ Nettoyage des dispositifs</li> <li>■ Debriefing, <a href="#">évaluation de la satisfaction</a>, <a href="#">remise d'un outil pédagogique au patient</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reprendre les éléments abordés à la séance 1, consolider les acquis</li> <li>■ Comprendre son traitement, son action sur les bronches</li> <li>■ Comprendre qu'il existe de nombreux dispositifs d'inhalation</li> <li>■ Apprendre à bien prendre son traitement inhalé en réalisant les étapes correctement, savoir identifier les erreurs commises et les corriger</li> <li>■ Savoir qu'il existe des cas particuliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Brainstorming sur paperboard</li> <li>■ Affiche « trajet de la fumée »</li> <li>■ <a href="#">Pancartes « asthme VS BPCO »</a></li> <li>■ Exemples de dispositifs d'inhalation</li> <li>■ Vidéo « buzz comptoir »</li> <li>■ Jeux de cartes séquence « étapes pour bien prendre son traitement inhalé »</li> <li>■ <a href="#">Quizz des erreurs : erreur dans la séquence réalisée par les animateurs, situation/problème</a></li> <li>■ Jeu de rôle et mise en situation avec dispositifs factices</li> <li>■ <a href="#">Pancartes smileys</a></li> <li>■ <a href="#">Fiche « résumé séance 2 »</a></li> </ul>
<b>Séance 3 : Est-ce que je prends bien mon spray ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présentation de la séance</li> <li>■ Questions sur les thèmes abordés aux séances précédentes</li> <li>■ Focus sur le traitement pris par le patient le visionnage de vidéos explicatives puis la mise en pratique</li> <li>■ Remise d'un document sur le traitement</li> <li>■ Evaluation de la satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reprendre les éléments abordés aux séances précédentes, consolider les acquis</li> <li>■ S'entraîner à la technique d'inhalation</li> <li>■ Apprendre à bien prendre son traitement et les particularités de prise de chaque dispositif prescrit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <a href="#">Fiches « résumé séance 1 et 2 » comme support visuel</a></li> <li>■ Dispositifs factices pour mise en pratique</li> <li>■ Vidéos Zéphir</li> <li>■ Plaquettes médicaments « Comment bien utiliser... ? »</li> <li>■ <a href="#">Questionnaire de satisfaction à remplir sur place</a></li> </ul>

**Tableau IX :** Tableau récapitulatif des thèmes abordés, objectifs et outils employés lors de l'atelier final

### 3.4.3. Description des outils employés et présentation des principaux outils créés

Différents types d'outils et de documents supports ont été créés pour l'atelier. Certains sont à visée éducative et informative : outils utilisés au cours des séances et outils remis au patient, d'autres sont destinés à aider les animateurs à se former, organiser l'atelier, évaluer la satisfaction et mener à bien la traçabilité. Le tableau suivant résume les principaux types d'outils et leurs objectifs (**Tableau X**).

TYPE D'OUTIL	INTITULÉ DE L'OUTIL	OBJECTIF DE L'OUTIL
<b>DESTINÉS À ÊTRE REMIS AU PATIENT ET ACCUEILLANT</b>	Flyer de présentation de l'atelier Plaquettes médicaments « Comment bien utiliser... ? » Fiches pédagogiques résumées des séances 1 et 2 Certificat de suivi de l'atelier	Présenter l'atelier au patient avant la réalisation du bilan éducatif Aider à la prise : notice illustrée et simplifiée des dispositifs pris par le patient Rassembler les informations importantes vues au cours de l'atelier « take home messages » Attester que le participant a bien suivi l'atelier, gratification
<b>UTILISÉS AU COURS DES SÉANCES</b>	<i>Séances 1 et 2</i> Règles de l'atelier	Présenter les règles de bienséance des séances collectives
	<i>Séance 1</i> Tableau blanc, feuilles de dessin pour l'activité « dessine-moi un poumon » Vidéo BPCO WhyDoc Modèles réduits bronches malade/saine Jeu sur la protection contre les infections respiratoires Pancartes « asthme VS BPCO »	Situer les poumons, les bronches, le trajet de l'air Apporter des informations sur la maladie, le diagnostic, le traitement, la prévention... Expliquer la physiopathologie de la maladie avec une démonstration Apporter des informations sur la prévention des exacerbations Distinguer les principales différences entre l'asthme et la BPCO
	<i>Séance 2</i> Affiche « trajet de la fumée » Vidéo « buzz comptoir » Cartes séquences Utilisation de dispositifs factices	Faire le parallèle entre le trajet de la fumée de cigarette et le trajet de l'air Résumer de quelques notions vues à la séance 1, introduction sur la technique d'inhalation Apprendre l'ordre des étapes de la séquence d'inhalation Apprendre à réaliser correctement la séquence d'inhalation
	<i>Séance 3</i> Vidéos du guide Zéphir Dispositifs factices	Apprendre à utiliser correctement son dispositif inhalé Mettre en pratique les notions apprises au cours de la séance 2 et par les vidéos Zéphir : s'entraîner à prendre son dispositif inhalé

<b>DESTINÉS AUX ANIMATEURS</b>	<i>Bilans éducatifs</i>	Questionnaire CAT et échelle mMRC Image bronche malade/bronche saine Utilisation de dispositifs factices Cartes séquences	Évaluer les symptômes et le stade d'essoufflement Évaluer les connaissances du patient sur la maladie Évaluer la prise du médicament, le bon usage du bronchodilatateur Évaluer la connaissance de la séquence d'inhalation
	<i>Évaluation de la satisfaction</i>	Pancartes smileys Questionnaire de satisfaction	Évaluer la satisfaction immédiate des participants à la fin des séances collectives Évaluer la satisfaction des participants sur l'ensemble de l'atelier, à la fin de la séance 3
	<i>Organisation et gestion</i>	Plan d'animation des séances  Guide de l'animateur Référentiel de l'atelier Liste des patients sous bronchodilatateurs	Donner une ligne de conduite aux animateurs pour la préparation et l'animation de l'atelier, répartir les rôles de chacun Aider les animateurs à la prise en main des différents fichiers et outils utilisés Définir les objectifs, les messages délivrés, la méthode et les outils employés à chaque séance Aider l'animateur au recrutement des patients et à l'organisation de l'atelier
	<i>Formation</i>	Vidéos du guide Zephir Livre « Conseiller et accompagner le patient souffrant de BPCO à l'officine » d'Imane Aroufi Congrès e-respir de IMV Health	Se former au bon usage des dispositifs d'inhalation Se former, connaître les notions expliquées au patient sur la maladie, le traitement...
	<i>Traçabilité</i>	Document « Bilan éducatif »  Accord de participation Suivi des séances  Mode opératoire traçabilité dans le DPI	Recueillir les informations recueillies auprès du patient lors des bilans éducatifs initial et final pour intégration dans le DPI Recueillir l'accord ou le refus de participation du patient à l'atelier Regrouper les observations faites par les animateurs à la fin de chaque séance pour chaque patient Donner une ligne de conduite quant à la traçabilité des observations et documents dans le DPI

**Tableau X** : Sélection d'outils

### 3.4.3.1. Outils destinés à être remis au patient et à l'accueillant

Le flyer de présentation de l'atelier est donné aux AcFT avant la prise de rendez-vous pour le bilan éducatif initial (**Annexe I**).

Les plaquettes médicaments sont des notices simplifiées et illustrées reprenant les modalités d'utilisation, d'amorçage, de nettoyage du dispositif inhalé ainsi que des « trucs et astuces ». Une plaquette par dispositif inhalé prescrit à au CHS d'Ainay-Le-Château a été créé (**Figure 15**).

#### Comment bien utiliser son Spiriva Respimat ?



Le Spiriva contient du **Tiotropium**, un anticholinergique qui diminue le mucus, ouvre les bronches et les garde ouvertes.



Manon Gareau, Pharmacie – V2 Septembre 2022

#### Instruction d'utilisation



1- Tenez l'inhalateur droit avec le capuchon fermé. **Tournez la base transparente dans le sens des flèches jusqu'à entendre un « clic ».**

Vérifiez que la dose a bien été enclenchée.



2- Ouvrez le capuchon complètement.



3- Éloignez l'inhalateur et **expirez en soufflant à fond par la bouche pour vider les poumons.** Ne soufflez pas dans l'embout buccal.

4- Tenez-vous bien droit. Placez l'embout buccal entre les dents et serrez-le bien entre les lèvres. **Veillez à ne pas boucher les prises d'air avec les doigts.**



5- **Tout en inspirant lentement et profondément** par la bouche, **appuyez sur le bouton de libération de la dose.**



6- Retirez l'inhalateur de la bouche.  
7- **Retenez votre respiration entre 5 et 10 secondes.**

Il est important de retenir sa respiration pour ne pas cracher le produit.

8- Expirez lentement.  
9- **Répétez une 2<sup>ème</sup> fois les étapes de 1 à 8 afin de recevoir la dose complète.**  
10- Refermez le capuchon.



11- **Rincez-vous la bouche avec de l'eau. Gargarisez et recrachez l'eau.**

Cette étape est essentielle pour éviter les infections de la bouche.

#### Nettoyage de l'inhalateur



Une fois par semaine avec un linge humide, nettoyez l'embout

#### Préparation avant une 1<sup>ère</sup> utilisation : Amorçage du dispositif



1- Gardez le capuchon fermé. **Appuyez sur le cliquet de sécurité et retirez la base transparente.**



2- Sortez la cartouche de son emballage. Insérez l'extrémité la plus étroite de la cartouche dans l'inhalateur.



3- Placez l'inhalateur sur une surface solide et poussez fermement jusqu'à entendre un « clic ».

Ne retirez plus la cartouche lorsqu'elle a été insérée dans l'inhalateur.

4- Remettez la base transparente et ne la retirez plus.



5- Tenez l'inhalateur droit avec le capuchon fermé. **Tournez la base transparente dans le sens des flèches jusqu'à entendre un « clic ».**

6- Ouvrez le capuchon complètement.



7- Dirigez l'inhalateur vers le sol. **Appuyez sur le bouton de libération de la dose et fermez le capuchon.**

Recommencez les étapes 5 à 7 jusqu'à ce qu'un nuage soit visible.

Après avoir vu le nuage, répétez à nouveau **3 fois** les étapes 5 à 7. Le dispositif sera alors prêt pour l'inhalation pour **30 jours**.

#### Si le dispositif n'a pas été utilisé depuis un certain temps

- Pendant une semaine:** libérez une bouffée vers le sol.
- Pendant > 21 jours:** libérez **3 bouffées** vers le sol jusqu'à ce qu'un nuage soit visible.
- Au bout de 3 mois:** l'inhalateur doit être

#### L'utilisation de l'inhalateur demande une bonne coordination main-bouche.

Vous pouvez la contrôler devant un miroir ou demandez à la famille d'accueil: vous ne devez pas voir le gaz s'échapper, ni par la bouche ni par le nez.

#### Quand remplacer la cartouche ?

L'indicateur de dose indique le nombre de bouffées restantes dans la cartouche.



60 bouffées restantes



Moins de 10 bouffées restantes. Procurez-vous une nouvelle cartouche.



La cartouche est vide, l'inhalateur se bloque automatiquement.

Tournez la base transparente afin de la retirer. Votre inhalateur est maintenant en position verrouillée. Retirez la cartouche de l'inhalateur. Insérez une nouvelle cartouche.

**Figure 15 :** Exemple de plaquette médicament (ici le SPIRIVA RESPIMAT®)

Les fiches résumées des séances se présentent sous forme de livret format A5, elles sont destinées à être relues à l'accueil par le patient, elles résument de façon simple et illustrée les différents points abordés en séance (**Figure 17**).

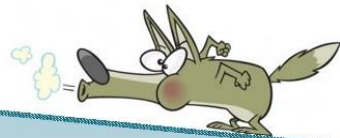
Le certificat de suivi de l'atelier est remis à la toute fin, lors du bilan éducatif final. Il est nominatif, signé des trois animateurs et gratifie le participant qui a suivi les séances (**Figure 16**).



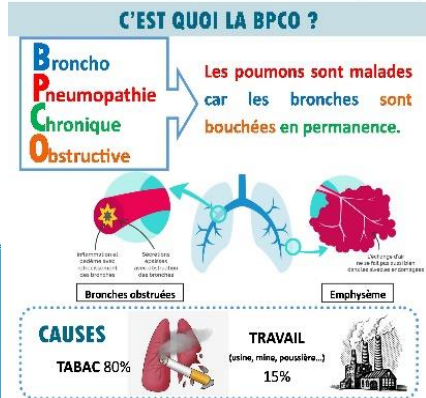
**Figure 16** : Certificat de suivi de l'atelier

# ATELIER BRONCHODILATEURS : COMPRENDRE LEUR UTILITÉ POUR BIEN LES UTILISER

## SÉANCE 1



Pourquoi suis-je essoufflé ?



### SYMPTÔMES

Toux      Crachats      Essoufflement

**Parfois EXACERBATIONS**

Une infection entraîne souvent une prise d'antibiotiques, parfois une hospitalisation et la prise d'oxygène.

### DIAGNOSTIC

Le pneumologue teste le souffle par des EFR (Épreuves Fonctionnelles Respiratoires). La BPCO est une maladie progressive qui évolue en stades. Le médecin détermine le stade en se basant sur les tests et les symptômes.

### TRAITEMENT

**Protéger les poumons**

- Arrêter d'abîmer les bronches : STOP au tabac
- Hygiène + vaccination = moins d'exacerbations

**Diminuer les symptômes**

- Bien prendre son bronchodilatateur
- Faire du sport à son niveau
- Parfois de l'oxygène à la maison

### DIFFERENCES AVEC L'ASTHME

ASTHME	BPCO
Réversible	Irréversible : bronches bouchées en permanence
Guérison possible	Pas de guérison mais on peut arrêter d'abîmer les bronches !
Maladie de l'enfant et du jeune adulte	Maladie de l'adulte > 40 ans et des personnes âgées
Causes : allergies, hérédité	Cause principale : tabac
Évolue sous forme de crises, apparition brutale	Évolue continuellement, apparition silencieuse
Symptômes très variables	Essoufflement, toux, crachats

# ATELIER BRONCHODILATEURS : COMPRENDRE LEUR UTILITÉ POUR BIEN LES UTILISER

## SÉANCE 2



Comment bien utiliser mon spray ?

### COMMENT BIEN PRENDRE MON BRONCHODILATEUR ?

6 étapes à connaître par cœur pour bien utiliser mon spray bronchodilatateur :

- Je vérifie qu'il y ait bien une dose disponible et qu'elle soit enclenchée.
- Selon mon type d'inhalateur, je secoue vivement le dispositif.
- J'expire profondément en dehors du dispositif pour bien vider mes poumons.
- J'inspire profondément le médicament contenu dans l'inhalateur.
- Je retiens ma respiration pendant 5 à 10 secondes.
- Je me rince la bouche avec un grand verre d'eau et je recrache.

### QUE FONT LES MÉDICAMENTS ?

Sous forme de toutes petites gouttelettes, les médicaments :

- Ouvrent les bronches (bronchodilatateurs)
- Diminuent l'inflammation (corticoïdes)
- Diminuent le mucus (anticholinergiques).

Ils aident à laisser passer l'air dans les poumons. Il est essentiel de les prendre tous les jours pour qu'ils soient efficaces.

Il existe toutes sortes de bronchodilatateurs qui contiennent un ou plusieurs médicaments. Ils sont de couleur différente en fonction du type de médicament.

### POURQUOI FAUT-IL SE RINCER LA BOUCHE ?

Les médicaments sont envoyés dans les poumons mais des particules restent dans la bouche et ont des effets indésirables :

- Mycose buccale
- Modification de la voix
- Caries dentaires

C'est pour cela qu'il est important de systématiquement se rincer la bouche avec de l'eau, se gargariser et recracher l'eau après avoir utilisé son bronchodilatateur.

Figure 17 : Fiches résumées des séances 1 et 2 remises au patient

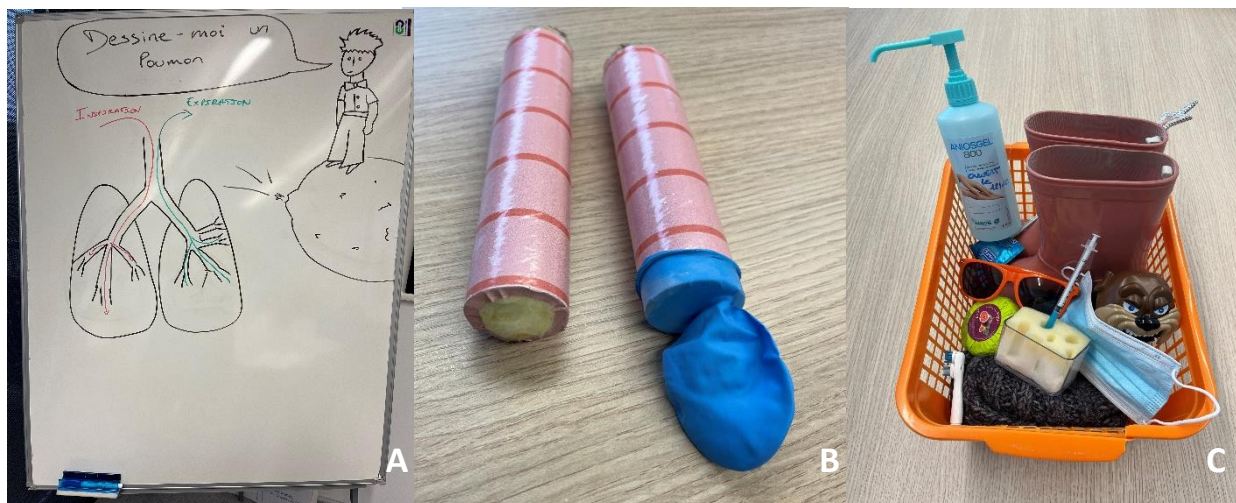


### 3.4.3.2. Outils utilisés au cours de l'atelier

Quelques outils utilisés au cours des séances sont présentés sur la **Figure 18**. Lors de la séance 1, les participants sont invités à dessiner leur représentation des poumons. Une correction est ensuite effectuée sur un tableau blanc en représentant le trajet de l'air lors de l'inspiration et de l'expiration, accompagné d'exercices de respiration (**Figure 18A**).

Des interludes ludiques sont proposés aux participants pendant le visionnage de la vidéo BPCO Whydoc. Un jeu est réalisé avec des modèles réduits de bronches (**Figure 18B**), l'une bouchée (à gauche) l'autre saine (à droite) pour illustrer le passage de l'air et la physiopathologie de la BPCO ; chaque animateur met un ballon de baudruche à l'extrémité de la bronche et un embout buccal à usage unique à l'autre extrémité. Les 2 soufflent en même temps ; le ballon de la bronche saine se gonfle bien, celui de la bronche bouchée se gonfle mal. Les patients doivent identifier les bronches et expliquer comment ils ont trouvé et ce qu'il se passe.

Un autre jeu (**Figure 18C**) consiste à discuter de la prévention des exacerbations. Les participants doivent retrouver les éléments se rapportant à la protection contre les infections respiratoires : la vaccination (seringue) et l'hygiène (bouteille de solution hydroalcoolique, savon, masque).



**Figure 18** : Quelques outils utilisés au cours de l'atelier

A : tableau blanc « Dessine-moi un poumon » ; B : modèles réduits de bronches; C : jeu sur la protection

Le jeu des pancartes « Asthme VS BPCO » (**Figure 19**) est utilisé en fin de séance 1, après la vidéo BPCO Whydoc. Celle-ci est une vidéo de vulgarisation médicale qui explique de

façon simple les mécanismes physiopathologiques de la BPCO, son diagnostic, son traitement, les exacerbations et comment s'en protéger.

Le jeu des pancartes est un jeu des 7 différences entre l'asthme et la BPCO. Il permet d'introduire l'asthme et de reprendre les principaux éléments discutés auparavant : symptômes de la maladie, évolution des symptômes, âge d'apparition, causes, apparition, évolution et histoire de la maladie. A chaque couleur correspond un de ces éléments pour les 2 maladies. Les pancartes sont distribuées par couleur aux participants qui doivent identifier lesquels se rapportent à l'asthme et la BPCO et les placer dans les bonnes boîtes.



Figure 19 : Jeu des pancartes "Asthme VS BPCO"

#### 3.4.3.3. Outils destinés aux animateurs

Le document servant à réaliser et tracer les bilans éducatifs est présenté en **Annexe II**. Les connaissances du patient vis-à-vis de la maladie sont évaluées à travers différentes questions, l'une d'elle emploie une image représentant une bronche saine et une bronche malade. Le patient doit identifier laquelle est pathologique et expliquer pourquoi (**Figure 20**).

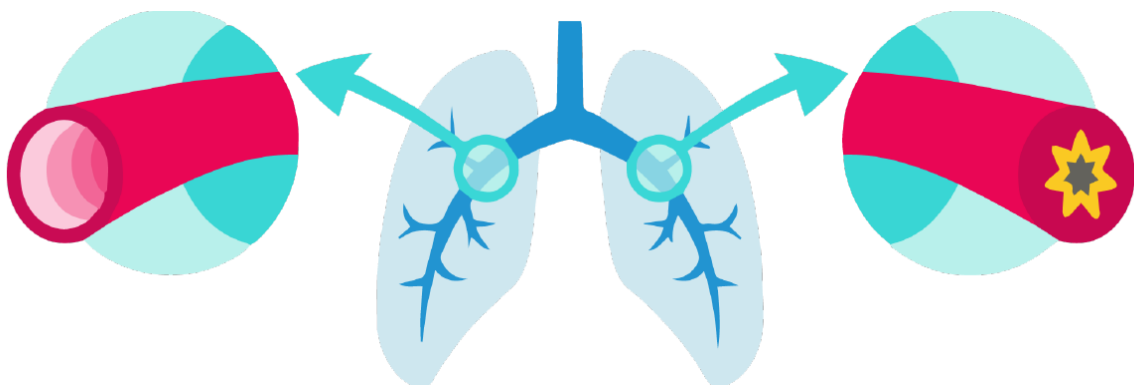
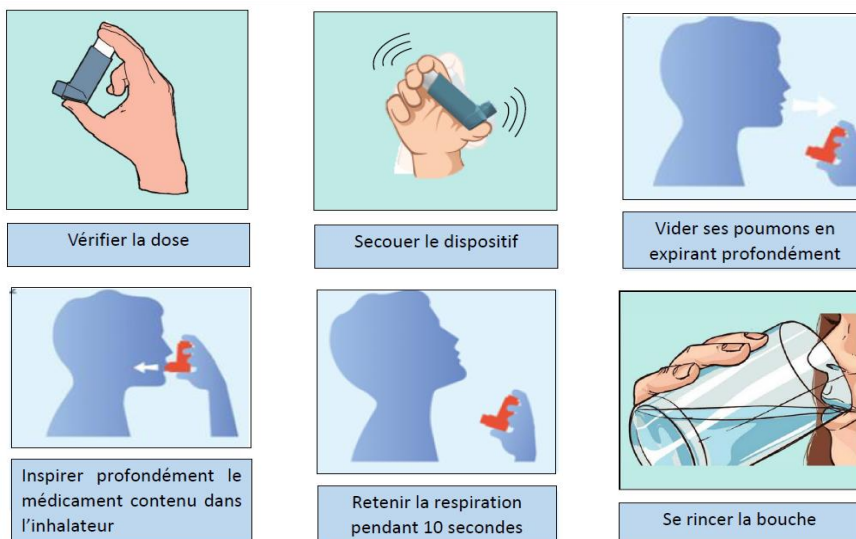


Figure 20 : Image "bronche saine/bronche malade"

La conformité de la séquence d'inhalation est appréciée par une mise en pratique, au moyen de dispositifs factices et par des cartes-étapes à remettre dans le bon ordre (**Figure 21**).

La satisfaction des participants est évaluée à la fin des séances collectives au moyen de pancartes « smileys » (**Figure 22**). Le questionnaire de satisfaction quant à lui vise à connaître la satisfaction globale des participants à l'issue de l'atelier (**Annexe III**).



**Figure 21** : Cartes séquence



**Figure 22** : Pancartes smiley

Afin que chaque animateur puisse prendre en main l'organisation de l'activité, des outils ont été créés à son intention, sous forme de documents Word. Le référentiel de l'atelier, en **Annexe IV** résume les objectifs à atteindre, la méthode et les supports employés. Le guide de l'animateur donne des instructions sur la démarche à suivre et l'utilité de chaque document, sur l'organisation ou sur la traçabilité. Le plan d'animation des séances permet d'avoir une structure bien définie, les rôles de chacun y sont décrits. Un extrait de celui-ci est présenté par la **Figure 23**.

Concernant la traçabilité, les animateurs ont à leur disposition un mode opératoire expliquant comment tracer l'activité dans le DPI sous Cariatides©. A la fin de chaque séance, le document « suivi nominatif des séances » est rempli par les animateurs qui écrivent des observations. Ces dernières sont ensuite enregistrées dans le dossier patient, en intégrant les documents « accord de participation » et « bilan éducatif ».

## SÉANCE 1 : Pourquoi suis-je essoufflé(e) ?

Séance collective	Répartition des tâches	
	Animateur 1	Animateur 2
1) Présentation de l'atelier (5mn)		
<p><b>1. Présentation des animateurs et des participants.</b></p> <p><b>2. Présentation de l'atelier et du contenu de la séance du jour.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs de l'atelier : comprendre à quoi servent les bronchodilatateurs, apprendre à bien les utiliser et comprendre la maladie respiratoire.</li> <li>- Rappeler le planning : En 3 séances, 2 séances collectives et une personnalisée.</li> <li>- La séance 1 porte sur la respiration et la maladie respiratoire</li> </ul> <p><b>3. Fixer les règles de l'atelier :</b> confidentialité, s'écouter, se respecter, ne pas couper la parole, oser s'exprimer, pas de jugement, respecter les horaires, pour comprendre ensemble la maladie et le traitement.</p>	X	
2) Explications sur la respiration (15mn)		
<p><b>1. Interroger le groupe : qu'est-ce que la respiration ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Où ça se passe ? Dans les poumons qui sont des espèces de sacs qui se gonflent grâce aux bronches, les tuyaux qui laissent passer l'air.</li> <li>- Selon vous, à quoi ça ressemble ? C'est ce qu'on va voir en dessinant.</li> </ul>		X
<p><b>2. Faire dessiner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuer une feuille et un stylo à chaque participant (patient et accueillant). Demander à chacun de dessiner sa représentation des poumons et des bronches.</li> <li>- Un animateur dessine les poumons et bronches au tableau. Demander comment ça se passe (pour inspirer/ expirer, que fait le trajet de l'air). Dessiner sous forme de flèches le trajet de l'air en l'expliquant (rouge inspiration et vert expiration).</li> </ul>		X
<p><b>3. Mise en pratique : exercice de respiration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout le monde inspire profondément puis expire lentement tout en mettant les mains sur les côtes afin de sentir les poumons se gonfler et se dégonfler. Répéter 2/3 fois.</li> <li>- Demander aux participants ce qu'ils ressentent, s'ils ont eu du mal à faire l'exercice ou non. Leur conseiller d'essayer de le refaire chez eux entre la séance 1 et 2.</li> </ul>		X
<p><i>Transition : voilà comment ça se passe quand tout va bien, qu'est-ce qui se passe quand les poumons sont malades ? Quelles maladies respiratoires connaissez-vous? Avez-vous vous-même une maladie respiratoire?</i></p>	X	

Figure 23 : Extrait du plan d'animation des séances

## 4. Discussion

Notre groupe de travail a pu concevoir et tester une activité éducative ciblée sur le bon usage des dispositifs d'inhalation, destinée conjointement aux patients atteints de pathologies psychiatriques et respiratoires et à leurs AcFT, aidants non naturels qui les accompagnent au quotidien. Notre atelier se déroule selon les trois étapes de l'AEC décrites par la HAS.

Les patients prenant un traitement inhalé systématique, accompagnés par leurs AcFT sont d'abord vus en entretien individuel, dans lequel leurs besoins éducatifs, c'est-à-dire leurs connaissances sur la maladie respiratoire, le traitement et la pratique de la technique d'inhalation sont évalués au cours d'un bilan éducatif initial. Leur accord de participation est demandé et ils sont orientés vers l'atelier en fonction de leurs besoins, selon un logigramme décisionnel. Les patients refusant de participer ne sont pas laissés de côté et une formation minimale à la technique d'inhalation leur est dispensée lors du bilan.

Le cadre d'apprentissage proposé au patient prend la forme d'un atelier en trois séances, deux séances collectives et une individuelle abordant respectivement la maladie respiratoire, le traitement, la technique d'inhalation et les spécificités des dispositifs prescrits au patient. Au cours de ces séances, les patients et les AcFT sont invités à manipuler, s'exercer et sont mis en situation, sous forme de jeux et quizz, avec de nombreux outils adaptés. Des documents contenant des « take home messages » leur sont également remis.

Enfin, l'acquisition des compétences est évaluée tout au long de l'atelier et au cours d'un bilan éducatif final par les professionnels de santé, usant de techniques telle que la reformulation pour s'assurer de la compréhension de tous. Les animateurs sont attentifs au feedback des participants, à la fin des séances et de l'atelier où la satisfaction des participants est évaluée. Les AcFT s'assurent des conditions de réalisation dans la vie quotidienne du patient et font un retour aux animateurs entre les séances et à l'issue de l'AEC.

Par la mise en place de cette activité éducative au sein de notre établissement, nous avons atteints les objectifs que nous nous étions fixés : trouver un moyen d'éduquer à la fois les patients et leurs AcFT au BUBD, tout en employant un format, un discours et des outils adaptés.

La prise en charge des pathologies somatiques en psychiatrie est primordiale. L'OMS fait un état des lieux de la situation mondiale et constate que les personnes souffrant de troubles mentaux ont des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne. Par exemple, les personnes atteintes de schizophrénie et de dépression majeure ont 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait de problèmes de santé physique qui, souvent, ne sont pas soignés (64). Le tabagisme, bien plus répandu dans cette population que dans la population générale, est un facteur de risque de cancers, de nombreuses pathologies cardiovasculaires et respiratoires dont la BPCO (101). Il existe de fausses croyances selon lesquelles ces patients seraient moins motivés à arrêter de fumer ou que l'arrêt du tabac ne devrait pas être une priorité dans cette population. Une revue de la littérature menée par Siru *et al.* suggère pourtant que ces patients sont aussi motivés à l'arrêt que la population générale, même si la mise en œuvre peut s'avérer plus compliquée (102).

La prise en charge du sevrage tabagique est essentielle, les bénéfices de l'arrêt sont observables à tout âge, avec une augmentation de l'espérance de vie et la réduction des risques d'apparition d'un nombre conséquent de pathologies liées au tabac. L'arrêt du tabac reste la seule stratégie éprouvée pour réduire les processus pathogéniques conduisant à la bronchopneumopathie chronique obstructive (103). Cette pathologie incurable, doit être dépistée et prise en charge. Les premiers symptômes, dyspnée persistante à l'effort, toux et crachats chroniques ne doivent pas être sous-estimés chez les fumeurs. Le traitement médicamenteux symptomatique constitué par les  $\beta_2$  agonistes, les anticholinergiques et les corticoïdes est administré par voie inhalée au moyen de dispositifs d'inhalation. Cette voie d'administration nécessite la maîtrise d'une technique d'inhalation qui n'est pas innée et pourtant nécessaire pour que le traitement soit efficace. Nombreux sont les patients qui ne parviennent pas à prendre le traitement inhalé correctement.

Dans notre établissement, nous constatons que le suivi somatique est surtout axé sur la surveillance des paramètres vitaux (température, tension artérielle, poids...), des effets indésirables dus aux psychotropes (constipation, syndrome métabolique, troubles cardiovasculaires...) et sur la prise en charge des infections aiguës. Les patients atteints de pathologies respiratoires sont orientés vers un pneumologue du Centre Hospitalier de Montluçon quand le médecin généraliste le juge nécessaire, la plupart du temps devant une dégradation de leur état respiratoire. Pour certains, le traitement inhalé a été instauré avant

leur arrivée en AFT, parfois sans information précise sur les motivations ayant conduit à cette prescription, ni réévaluation de la part des médecins. La plupart ont le même traitement depuis un certain temps et le suivi en pneumologie n'est pas systématique. Ainsi nous faisons face à des patients sous traitement inhalé depuis de nombreuses années, dont le diagnostic n'est pas toujours clair et qui ne savent pas eux-mêmes pourquoi on leur a prescrit. Nous nous sommes interrogés sur la prescription du traitement inhalé en prévention chez ces patients fumeurs, dont le bénéfice, rappelons-le, n'a pas été prouvé (48).

Il semblerait que la BPCO, pathologie silencieuse et mal connue, ne soit pas une problématique investie par les soignants du CHS qui se concentrent avant tout sur la pathologie mentale. Les infirmiers d'AFT montrent aux patients l'utilisation du dispositif inhalé à l'instauration du traitement mais la réévaluation du bon usage est rarement réalisée. Le patient peut être amené à changer d'accueil au cours de sa prise en charge, chez un nouvel accueillant qui n'a pas bénéficié de l'information initiale à la prescription du dispositif. Ce constat a été fait par les préparateurs en pharmacie, lors du déploiement de l'automatisation de la PDAA et de la délivrance des traitements directement aux AcFT. Cette dernière a offert la possibilité à la pharmacie de développer un lien avec les accueillants qu'ils n'avaient pas auparavant, et ainsi d'identifier la mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation. Bien que l'AcFT supervise l'administration de ces traitements, l'observance de celui-ci est discutable : sait-il vraiment que le patient a correctement pris son médicament s'il ne sait pas comment fonctionne le dispositif ? La littérature a appuyé le fait que la majorité des patients commettait au moins une erreur dans la séquence d'inhalation, pouvant nuire au bénéfice thérapeutique (52,53). Nous voulions répondre à cette problématique identifiée qui ne semblait pas avoir été explorée jusque-là dans l'établissement.

Que ce soit pour aider à la compréhension de la maladie ou sensibiliser au bon usage des médicaments, le pharmacien est acteur privilégié dans les activités éducatives en soutenant et accompagnant le patient tout au long de sa prise en charge. Frémeaux *et al.* ont recensé les publications françaises entre 2010 et 2020 démontrant les nombreux impacts de la pharmacie clinique. Ceux-ci ont été classés dans un tableau mis à disposition de tous, selon l'échelle CLEO (Clinique, Économique et Organisationnel) proposée par la SFPC. Les impacts cliniques sont nombreux et concernent entre autres l'amélioration de la qualité de vie des patients, de l'adhésion médicamenteuse, de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse mais

également la diminution du risque de iatrogénie et d'erreur médicamenteuse, des durées d'hospitalisation et des taux de ré hospitalisation (104). Les PPH sont également de plus en plus impliqués dans les activités éducatives.

Plusieurs raisons ont mené au choix de réaliser une activité éducative ciblée, plutôt qu'un programme d'ETP ou qu'un entretien pharmaceutique. Le manque de ressources humaines (médecins et infirmiers) par manque de temps et parfois d'intérêt pour le projet a constitué le principal frein à la mise en place d'un programme d'ETP. Nous nous sommes également interrogés sur la pertinence d'un programme sur la pathologie respiratoire dans un établissement psychiatrique. Les programmes d'ETP autour des maladies respiratoires et en particulier de la BPCO incluent généralement des séances sur la maladie, le traitement mais également une séance sur la réhabilitation respiratoire, sur l'activité physique adaptée et l'équilibre alimentaire. Même si un médecin et un infirmier avaient pu se joindre à l'équipe, l'intervention d'un pneumologue, d'un kinésithérapeute ou encore d'un diététicien aurait été essentiel pour que le programme soit complet, ce qui n'était pas concevable pour un établissement spécialisé en psychiatrie comme le nôtre.

Nous avons tout de même souhaité réaliser une activité éducative sous forme d'atelier, avec des séances collectives et une séance individuelle, plutôt qu'un unique entretien pharmaceutique. Nous ne souhaitons pas nous limiter à la démonstration du bon usage des bronchodilatateurs mais également expliquer la maladie respiratoire et l'intérêt de son traitement, dans le but de renforcer l'adhésion thérapeutique. Les différents types d'entretien pharmaceutique ont été décrits par la SFPC (19). Parmi eux, seule la séance d'ETP peut permettre de répondre à des besoins éducatifs identifiés. Les autres types d'entretien ne correspondaient pas à ce que nous souhaitons mettre en place, que ce soit par leur durée jugée trop courte, leur format individuel et la seule implication du pharmacien et non du PPH. Ainsi, nous nous sommes fixés sur le format de l'AEC ou « éducation thérapeutique hors programme », format plus libre et accessible, nous permettant de pallier le manque de ressources humaines.

Après avoir défini le format, nous sommes questionnés sur la planification de notre cycle d'éducation. Une étude de cohorte menée sur 261 patients atteints de BPCO a évalué les effets d'une formation répétée au BUBD. Trois interventions par les IDE, employant la



méthode Teach back, ont été faites sur six mois. Elles ont permis de réduire les erreurs critiques lors de la technique d'inhalation de 43.2% à 8.8% et d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients (105). Notre choix s'est donc porté sur un cycle d'éducation comportant trois séances mais sur une période plus courte. Nous avons ainsi décidé de planifier des séances plus rapprochées (une semaine d'écart, deux au maximum) pour favoriser la mémorisation. L'écart entre le bilan éducatif initial et le bilan éducatif final est de quasiment deux mois, ce dernier étant réalisé un mois après la dernière séance. Ce délai a été discuté, il devait permettre de développer les différents points définis en prenant le temps nécessaire à l'assimilation des informations, et à la pratique de la séquence d'inhalation. Nous souhaitons par ces échéances nous assurer également que la restitution des connaissances perdure dans le temps. Le bilan final de l'atelier test n'ayant pas eu lieu, nous n'avons cependant pas pu juger la pertinence de ce choix.

L'atelier a été élaboré avec l'objectif de créer une démarche éducative coordonnée et accessible à tous, adaptée à la fois aux patients ayant parfois des troubles cognitifs et aux AcFT qui les aident au quotidien. La littérature a montré que les patients retiennent et comprennent moins de la moitié des explications fournies. Différents facteurs peuvent constituer un frein à la mémorisation et à la compréhension : troubles de la mémoire (notamment liés à l'âge), niveau de littératie en santé et complexité des termes employés, anxiété liée à la maladie, facteurs socioculturels...(106). Il est important de communiquer de façon adaptée et de vérifier que le patient a parfaitement compris. Nous avons donc utilisé l'outil « Faire dire », proposé par la HAS, adapté de la méthode « Teach Back » ou communication par reformulation (107). Elle a été suivie tout au long de l'atelier, en faisant résumer aux patients ce qu'ils avaient retenu et compris des séances précédentes, en usant de la répétition des éléments les plus importants à chaque entrevue et en invitant le patient à s'exercer plusieurs fois à la technique d'inhalation, lors des bilans initiaux et finaux ainsi qu'aux séances 2 et 3.

La forme et le mode d'information est également à prendre en compte. Les instructions données uniquement à l'oral sont généralement moins retenues comparées aux informations écrites qui sont plus facilement mémorisées. Cependant, le seul emploi de l'écrit n'est pas favorable aux patients moins instruits ou analphabètes. La combinaison des informations orales et écrites via l'utilisation de supports visuels (images, vidéos, pictogrammes) permet une meilleure mémorisation qu'une information orale seule (108,109). Ainsi, un soin

particulier a été pris dans le choix et la conception des outils. La vidéo d'explication sur la BPCO a été raccourcie à la demande des participants de l'atelier test, les passages jugés trop complexes ont été supprimés. Les documents remis à la fin des séances ont été illustrés au maximum afin de les rendre compréhensibles de tous, y compris des patients ne sachant pas lire.

Le langage employé au fil des séances a également été adapté, les termes médicaux (BPCO, emphysème, exacerbations, etc...) ont été expliqués avec des mots simples et du langage courant. Par exemple, la BPCO est définie par la phrase extraite de la vidéo Whydoc (100) : « les poumons sont malades car les bronches sont bouchées en permanence ». Nous parlons le plus souvent de « bronchodilatateurs », y compris dans l'intitulé de notre atelier, un raccourci pris pour parler plus simplement des dispositifs d'inhalation.

Pour favoriser la mémorisation, nous avons fait le choix de généraliser certains conseils. Par exemple, il est recommandé de se rincer la bouche après la prise des corticoïdes inhalés pour limiter le risque de mycoses buccales. Avec validation médicale, nous avons choisi de conseiller de se rincer la bouche à tous les patients, qu'ils aient un CSI ou non. Cela permet non seulement d'éviter les confusions si le patient utilise plusieurs dispositifs mais également de lui faire prendre de bonnes habitudes, au cas où un CSI lui serait prescrit par la suite. De plus, certaines classes thérapeutiques ont également des effets indésirables locaux (réduction de la salive avec risque de caries dentaires et raucité de la voix), il est donc préférable de se rincer la bouche dans tous les cas.

Nous avons choisi de réaliser cette AEC en mode groupal pour les deux premières séances. Le souhait était d'instaurer un esprit de groupe avec une convivialité et un partage d'expérience, afin de stimuler l'apprentissage et de rompre avec l'isolement social. Par ce biais, les patients se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls avec leur maladie et peuvent échanger entre eux et s'aider mutuellement. Les AcFT peuvent partager entre eux leur expérience, leur permettant d'identifier leurs difficultés au quotidien et de trouver des solutions. Nous avons fait le choix de limiter le nombre de patients à cinq par séance (soit dix participants avec les accueillants). Afin de maintenir la concentration, le vœu était de rendre les séances interactives et ludiques. La durée des séances a été fixée à 1 h 30 maximum et les participants ont été rendus acteurs de l'atelier, à travers des jeux et mises en pratique.

Notre démarche éducative est personnalisée. A l'issue du bilan éducatif initial, le diagramme décisionnel élaboré permet de tenir compte de la situation de chaque patient. En fonction de son choix de participer à l'atelier et de ses besoins éducatifs, il est orienté vers une ou plusieurs séances. Bien que l'atelier aborde les maladies respiratoires au sens large, la première séance se focalise essentiellement sur la BPCO. Les patients asthmatiques, peu nombreux dans notre établissement, sont donc invités à participer directement à la deuxième séance. Le patient qui ne souhaite pas intégrer l'atelier n'est pas mis à l'écart, un conseil immédiat lui est prodigué : visionnage des vidéos Zephir pour réviser la technique d'inhalation et correction des erreurs. Son AcFT est invité à suivre l'atelier s'il le souhaite malgré le refus du patient. Ce dernier pourra y participer ultérieurement quand il se sentira prêt. La séance 3 est entièrement personnalisée par son format individuel, reprenant les difficultés propres de chaque patient.

L'Accueillant Familial Thérapeutique a une place toute particulière, l'approche du soin en AFT étant une spécificité de notre établissement. L'AcFT n'est pas un soignant mais a un rôle essentiel dans la prise en charge du patient, en l'aidant au quotidien et en participant à l'atteinte du projet thérapeutique. Dans la mesure où il supervise la prise médicamenteuse, notamment des traitements inhalés, il est primordial qu'il sache distinguer et corriger le mésusage. Une enquête visant à explorer les besoins éducatifs des AcFT a été menée en 2016 par le pharmacien coordinateur du programme d'ETP au sein du CHS. L'enquête a révélé que les AcFT étaient en demande d'activités éducatives pour compléter leur formation initiale (96). Lorsqu'on les a interrogés par la suite sur les difficultés liées à l'exercice de leur métier, le manque de formation a également été exprimé (101). Ainsi, la présence de l'AcFT auprès du patient semblait indispensable, prenant en compte les besoins des deux parties. L'éducation des AcFT au BUBD leur permettra ainsi d'aider le patient qu'il a accompagné à l'atelier mais également tous ceux qu'il accueillera durant sa carrière, notamment sur de courtes durées lors des accueils de substitution. Cette AEC pourrait également concourir à renforcer le lien entre les AcFT et la pharmacie, qui seront plus à même de discuter des difficultés rencontrées lors de l'administration des traitements inhalés. Enfin, la configuration particulière de l'AFT fait que l'on pourrait presque comparer les patients accueillis à des patients ambulatoires accompagnés de leurs proches : notre atelier serait vraisemblablement réalisable avec les aidants naturels des patients.

Nous tenions également à renforcer le sentiment d'auto-efficacité, qui désigne les croyances d'un individu quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Cela est d'autant plus important en psychiatrie, face à des patients qui ont tendance à se dévaloriser voire à s'auto stigmatiser. Le savoir-faire du patient a ainsi été sollicité tout au long de l'atelier, en posant des questions pour amener les participants à la réflexion et à l'expression de leur vécu plutôt que de dispenser directement l'information. Nous avons essayé de faire prendre conscience au patient qu'il était capable d'atteindre un objectif, par la valorisation de ses progrès tout au long des séances et la remise d'un certificat final de suivi de l'atelier.

Le frein le plus important à la mise en place de notre activité éducative est le manque de ressources humaines et de temps alloué à ce genre d'activités. Malgré la simplification de l'idée initiale de programme d'ETP en AEC organisée uniquement par la pharmacie, l'absence de médecin et d'IDE au sein de l'équipe est dommageable. L'initiation et la dispensation de cette formation au bon usage des dispositifs d'inhalation par la pharmacie n'en est pas moins légitime du fait de la mission de pharmacie clinique qui incombe aux PUI. Malgré leur indisponibilité pour l'animation, nous avons bénéficié d'un soutien médical. Les médecins généralistes sollicités ont validé le contenu et les outils. L'AEC a été présentée aux psychiatres et en CME, les membres ont approuvé la démarche et ont éprouvé le souhait de son développement auprès de tous les patients identifiés. Il nous manque cependant l'aval d'un pneumologue qui aurait pu apporter une plus-value certaine. Nous aurions souhaité plus d'implication de la part des IDE, dans le but notamment d'assurer le relais pour le transfert des acquis dans le quotidien. En effet, les infirmiers référents en AFT voient les patients au minimum une fois par mois lors d'un entretien à l'accueil et pourraient s'assurer ponctuellement que la maîtrise de la technique d'inhalation perdure au fil du temps. Certes, les AcFT « éduqués » pourront alerter leur référent et les PPH en cas de mauvaise utilisation des bronchodilatateurs, toutefois, c'est un rôle qui incombe avant tout à l'infirmier.

Par ailleurs, bien qu'une AEC soit plus facile à mettre en place, son organisation (préparation, planification, animation, traçabilité...) reste très chronophage et nécessite une attention particulière. Elle aurait pu être simplifiée grâce à une équipe éducative plus fournie. Cette problématique de ressources humaines se retrouve également dans l'équipe pharmaceutique. L'organisation de l'AEC repose sur trois personnes, dont un interne en

pharmacie qui n'a pas vocation à rester. Le recrutement et la formation de nouveaux animateurs seront essentiels à la pérennisation de l'atelier. En prévision, des supports guide expliquant le déroulé et le contenu de l'AEC ont été créés afin d'en faciliter l'appropriation par de nouveaux animateurs. Si toutefois la pérennisation ne pouvait être assurée, notre AEC pourrait encore être simplifiée en un entretien unique, bien qu'elle perdrait en pertinence.

Un autre point critique de notre travail est la formation des animateurs. Tous ont été formés à l'éducation thérapeutique et avaient une expérience dans le domaine. Différents supports ont contribué à étoffer les connaissances de chacun sur la thématique respiratoire : les vidéos du guide Zephir, le congrès sur les maladies respiratoires E-Respir proposé par IMV Health, le livre « Conseiller et accompagner le patient souffrant de BPCO à l'officine » d'Imane Aroufi, ainsi que toutes les ressources ayant servi à élaborer l'AEC. Cependant, les animateurs n'ont pas bénéficié d'une formation dispensée par un médecin, l'établissement n'ayant pas de spécialisation en pneumologie. Compte tenu de cette lacune et de l'absence de médecin dans l'équipe, nous nous sommes interrogés sur la pertinence d'une séance consacrée à la maladie respiratoire. Nous avons choisi de la conserver après avoir fait valider son contenu aux médecins généralistes du CHS car la compréhension de la maladie est essentielle à l'adhésion thérapeutique.

Notre méthode de test est également perfectible. Notre échantillon de participants était faible, seulement trois patients et trois AcFT ont participé à l'atelier test. De plus les patients ayant été perdus de vue entre la dernière séance et le bilan final, nous n'avons pas pu réaliser l'évaluation finale et n'avons pas idée du réel impact avant/après. Seuls deux questionnaires de satisfaction sur les six remis nous sont revenus ; à l'avenir, il serait souhaitable que ces questionnaires soient remplis à la fin de la troisième séance ou du bilan éducatif final. Néanmoins, notre test a le mérite d'exister et a permis de tirer des conclusions que nous avons exploitées. Les remarques des participants ont été prises en compte et ont permis un réajustement du contenu, des outils et du déroulement de l'atelier.

Enfin nous n'avons pas utilisé d'outils « officiels » diffusés par l'IREPS, qui ne correspondaient pas à ce que nous souhaitions faire. Cependant, les outils que nous avons créés pour l'activité ont été uniquement validés par les médecins de l'établissement. Nous aurions pu faire appel à l'Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique (UTEP) de l'Allier afin qu'elle nous aide dans notre démarche.

Nous n'avons pas retrouvé de programmes d'ETP sur les pathologies respiratoires en hôpital psychiatrique : notre AEC semble être très spécifique. Ces programmes sont développés dans les CHU, dans certains CH généraux ou encore dans des cliniques ayant une spécialité en pneumologie. En effet, l'ETP est bien développée en psychiatrie mais concerne surtout les principales pathologies psychiatriques (schizophrénie, troubles bipolaires...) et conduites addictives (tabac), elle est beaucoup moins axée sur les pathologies somatiques. L'intégration des aidants aux programmes est en revanche répandue dans ce domaine et également dans les pathologies neurologiques (Alzheimer, Parkinson...). Au CHS, les AcFT bénéficient d'un programme de psychoéducation et d'un atelier en parallèle à celui que suivent les patients, consacré à la schizophrénie.

Les AEC ou activités d'Éducation Thérapeutique hors programme quant à elles ne sont pas ou peu référencées mais existent, comme le montre le CHU de Montpellier qui a recensé pas moins de 92 AEC au sein du CHU en 2016 (17).

Dans le département voisin, le service pharmacie de la Clinique médicale de cardio pneumologie de Durtol réalise une évaluation de la prise des traitements inhalés dans les 72 heures après l'arrivée du patient en hospitalisation. Cet entretien est réalisé au chevet du patient. Des dispositifs d'entraînement sont employés avec un sifflet : celui-ci siffle lorsque le patient prend correctement sa dose (111). Ils permettent ainsi d'identifier quel type de dispositif est le mieux utilisé par le patient : soit l'aérosol qui implique une coordination main-poumons, soit l'inhalateur de poudre qui s'affranchit de cette coordination mais nécessite un bon débit inspiratoire. L'évaluation est transmise au pneumologue et s'en suit une discussion afin de conclure sur le dispositif le plus adapté au patient. Celui-ci peut par la suite être orienté vers le programme d'ETP pour le patient insuffisant respiratoire qui se déroule en quatre séances.

Le dispensaire Émile Roux dispose également depuis 2011 d'un programme d'ETP pour les patients atteints de pathologies respiratoires chroniques. Celui-ci se décline en cinq séances abordant la maladie, le traitement, la réhabilitation respiratoire, l'exercice physique ou encore l'alimentation. Le diagnostic éducatif inclut de nombreux questionnaires et échelles d'évaluation de la qualité de vie, de la pathologie (BPCO et asthme), de la dépendance nicotinique et de la motivation au sevrage, de la précarité, de l'observance médicamenteuse, ou encore de l'activité physique. Un dispositif de mesure du débit inspiratoire est utilisé. Réglable en fonction de l'inhalateur prescrit, il simule la résistance du dispositif et permet

d'évaluer si celui-ci est adapté au patient (112). Les bénéfiques du programme ont été évalué, montrant une amélioration de la BPCO et de la qualité de vie des patients (113).

Notre AEC n'est bien sûr pas aussi développée que ces programmes d'ETP et ne s'adresse pas à la même population. Toutefois, la comparaison reste possible sur certains éléments.

Dans notre bilan éducatif, nous avons choisi les grilles d'évaluation qui nous semblaient les plus pertinentes, dans le souhait de ne pas surcharger le bilan et risquer ainsi d'ennuyer le patient avec une évaluation trop longue. Nous utilisons le CAT et le mMRC, recommandés par la GOLD pour évaluer les symptômes de la BPCO et le stade d'essoufflement. Le CAT est un questionnaire court, jugé accessible, facile à employer et documenté dans de nombreuses publications. Une étude a montré l'intérêt du CAT pour son évaluation de l'impact de la BPCO dans la vie des patients, en utilisation dans la pratique clinique quotidienne. Elle a notamment révélé une corrélation de cette échelle avec la dyspnée évaluée selon le mMRC et le VEMS (114). Ce test a l'avantage d'orienter la prise en charge en fonction du score obtenu, il nous donne également une bonne idée de la gêne fonctionnelle ressentie par les patients au quotidien et des éléments de discussion lors des séances. Cependant, il peut être parfois difficile pour le patient d'évaluer et d'exprimer ses symptômes et son état général peut varier d'un jour à l'autre, ce qui rend l'interprétation de l'échelle parfois compliquée. Par ailleurs, nous n'utilisons pas de questionnaire relatif à la qualité de vie du patient atteint de BPCO, le mMRC lui est corrélée et peut indirectement la traduire (115).

Comme nos patients ont majoritairement plus de 40 ans et sont concernés par la BPCO plus que l'asthme, notre bilan n'inclut pas le test de contrôle de l'asthme (ACT). Cette grille pourrait donc être rajoutée pour les quelques patients asthmatiques.

Nous n'avons pas non plus exploré la dépendance tabagique à travers des questionnaires comme le test Fagerström (test de dépendance à la nicotine) (116) ou le Richmond (évaluation de la motivation à l'arrêt) (117) ; ces tests sont déjà réalisés dans le diagnostic éducatif de l'atelier d'ETP Tabac. Nous souhaitons éviter les doublons et ne pas alourdir notre bilan. En revanche, nous discutons largement du sevrage tabagique en séance et les patients fumeurs ont été informés de l'existence de l'atelier Tabac et sont encouragés à le suivre s'ils sont intéressés. Certains patients ont d'ailleurs été réticents à suivre notre atelier en raison d'une confusion avec l'atelier tabac ou encore car ils croyaient qu'on allait leur imposer d'arrêter de fumer.

Concernant l'évaluation de l'observance, nous avons choisi de ne pas utiliser de questionnaire comme celui de Girerd (118) ou de Morisky, le MMAS-8 (119). Cela n'était pas adapté à notre population de patients hospitalisés en AFT : en effet, les AcFT sont tenus de superviser la prise des traitements du patient. Nous avons tout de même posé des questions relatives à l'observance, « vous arrive-t-il de ne pas prendre vos traitements ? Si oui, pourquoi ? » et aux conditions de prise (avec l'aide de l'AcFT, devant l'AcFT ou seul sans l'AcFT). Nous avons fait le choix de créer une seule grille d'évaluation de la technique d'inhalation afin de simplifier la méthode d'évaluation. Nous nous sommes pour cela inspiré des grilles Cespharm (99), qui évaluent la technique d'inhalation selon le type de dispositif.

Nous employons des dispositifs d'inhalation factices pour que le patient puisse s'exercer. Nous n'avons pas connaissance des sifflets et autres appareils dont l'emploi aurait pu être intéressant. Nous avons envisagé l'utilisation d'un minispiromètre type Piko-6® ou COPD-6® lors du bilan. Cet appareil permet le dépistage et le suivi d'un trouble ventilatoire obstructif en mesurant le volume expiré maximal à la 1<sup>ère</sup> seconde (VEMS), à la sixième seconde (VEM6) et le rapport de ces 2 valeurs. Cette idée a finalement été écartée compte tenu de la complexité de réalisation de ce test. En effet, il est nécessaire d'expirer le plus fort et le plus longtemps possible dans le dispositif pendant au moins 6 secondes, sans reprendre sa respiration ni tousser. Le test doit être réalisé trois fois de suite. Nous avons jugé que le test serait trop contraignant et difficile à faire réaliser aux patients. De plus, nous n'avons pas d'expérience dans l'utilisation de cet outil. Il aurait néanmoins pu être intéressant pour clarifier le diagnostic de certains patients, à condition que le test soit parfaitement réalisé. Ces dispositifs ont une bonne sensibilité et spécificité mais peuvent conduire à un surdiagnostic de BPCO (120,121).

Nous identifions de nombreuses perspectives et axes d'amélioration de cette activité éducative.

Elle pourrait faire l'objet d'une validation par un pneumologue, qui pourrait également contribuer à compléter la formation des animateurs. Afin d'assurer la pérennisation de l'AEC, d'autres acteurs pourront être formés ; un PPH a déjà manifesté son intérêt. Nous comptons également sur l'arrivée de nouveaux professionnels ; d'ailleurs, un médecin gériatre a récemment été recruté au sein de l'établissement. La pharmacie pourrait aussi procéder à une



demande complémentaire de temps et la justifier par la mise en place de la valorisation de ces actes dans le DPI. La Direction de l'information médicale (DIM) serait alors sollicitée pour cela. Qui plus est, l'OMEDIT PACA a récemment mis à disposition un guide de codification et valorisation des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé, validé par la SFPC en 2023, qu'il serait intéressant d'exploiter (122). Le rôle d'animateur pourra être reproposé aux IDE que nous souhaitons impliquer davantage. Une réunion sera organisée pour leur présenter l'AEC et leur proposer de venir assister aux séances auxquelles participent leurs patients respectifs.

Le bilan éducatif et les outils sont voués à évoluer et devront être mis à jour régulièrement, notamment avec les changements de marché des bronchodilatateurs, d'autres plaquettes d'information sur les médicaments pourront être créées. L'utilisation des dispositifs d'entraînement et de mesure employés par nos confrères afin d'adapter au mieux le dispositif d'inhalation au patient pourrait constituer un axe d'amélioration envisageable de notre AEC. En effet, certains patients appréhendent mieux les aérosols que les poudres et inversement, il est donc essentiel de savoir quelle forme lui convient le mieux. Gardons tout de même à l'esprit que ce n'est pas toujours possible, dans la mesure où les PUI sont tenues de respecter les marchés hospitaliers et que tous les dispositifs ne peuvent être référencés.

Nous pouvons imaginer la transposition de cette AEC aux patients hospitalisés en service intra hospitalier, à l'Unité de Soins Longue Durée et à l'Unité de Soins Psychiatriques Prolongée où de nombreux patients sont concernés par la prise d'un traitement inhalé. Pour cela, l'AEC devrait sans doute être révisée sous un autre format plus adapté aux services de soins, par exemple en entretien pharmaceutique au chevet du patient. Cela impliquerait de recréer un groupe de travail afin de remanier l'atelier et de réfléchir à sa mise en place en service de soin. Pour cela, l'implication des IDE du service et du médecin serait essentielle, ce qui peut constituer un frein important.

Dans le cadre du développement de nos actions sur l'ambulatoire, il serait intéressant d'envisager de proposer cette activité aux patients de secteur suivis par nos psychiatres et à leurs proches. Elle serait alors intégrée à une démarche plus globale d'évaluation de l'observance du traitement complet du patient.

## 5. Conclusion

Le bon usage des dispositifs inhalés est un élément contributif et indispensable à la qualité de la prise en charge de la BPCO car il conditionne l'efficacité du traitement et ainsi son évolution clinique. Au CHS d'Ainay-Le-Château, la pharmacie a pris l'initiative de créer une activité éducative ciblée pour aider les patients à développer cette compétence et à acquérir des connaissances sur leur maladie respiratoire et leur traitement. L'Accueillant Familial Thérapeutique qui supervise la prise des traitements a été invité à participer à l'atelier pour mieux accompagner cette prise au quotidien.

Malgré les difficultés rencontrées, principalement dues au manque de ressources humaines, nous avons atteint notre objectif en proposant aux participants, une activité éducative inédite, synthétique, personnalisée et adaptée sur une thématique qui n'avait pas encore été exploitée dans notre établissement. En effet, peu d'activités sur les pathologies somatiques sont proposées en psychiatrie, alors que le besoin est présent. La phase de test, bien que perfectible, nous a permis d'améliorer les outils et la planification de l'atelier. De nombreux objets et supports ont été recherchés et développés : certains à l'intention des participants pour optimiser compréhension, concentration et mémorisation, d'autres pour faciliter l'organisation de l'atelier, la traçabilité et la formation des animateurs.

Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées : l'intégration ou le développement de nouveaux outils (ex : échelles, dispositifs siffleurs...), le recrutement de nouveaux animateurs couplé à une formation plus formalisée et la codification de l'activité afin de la valoriser en temps. Cette activité de pharmacie clinique contribuera également à mettre en exergue l'expertise pharmaceutique acquise, auprès des équipes soignantes et de la Direction.

Dans un proche avenir, nous souhaiterions, faire passer le bilan initial à tous les patients déjà traités, dans la perspective que le maximum d'entre eux suit l'atelier. Les nouveaux patients seraient intégrés au fur et à mesure de leur admission. Les modalités d'organisation restent à définir afin d'harmoniser au mieux cette nouvelle activité avec les tâches quotidiennes de la pharmacie.

Afin d'aller au bout de la démarche, l'objectif suivant est de faire un retour aux médecins généralistes, voire au pneumologue externe, sur les compétences acquises et d'émettre des

préconisations concernant le traitement du patient, afin d'adapter au mieux sa prise en charge.

Dans l'optique d'améliorer nos pratiques et de répondre au mieux aux besoins des patients, la valorisation de l'expérience patient et AcFT, l'évaluation de leur satisfaction et de l'impact de l'AEC sur la prise de traitement, voire sur les signes de la maladie pourront faire l'objet d'une étude complémentaire à ce travail.

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,  
Christiane FORESTIER

Le Président du Jury,  
Lise BERNARD

## Références Bibliographiques

1. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur [Internet]. 2023 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033616692>
2. SFPC. Présentation [Internet]. [cité 6 sept 2023]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/presentation/>
3. Instruction n°DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en Établissement de santé [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste\\_20160003\\_0000\\_0072.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste_20160003_0000_0072.pdf)
4. Article R5126-10 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038598051](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038598051)
5. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin.* mars 2019;54(1):56-63.
6. SFPC. Le processus de pharmacie clinique [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: [https://ars-els-cdn-com.ezproxy.uca.fr/content/image/1-s2.0-S2211104218302005-gr1\\_lrg.jpg](https://ars-els-cdn-com.ezproxy.uca.fr/content/image/1-s2.0-S2211104218302005-gr1_lrg.jpg)
7. Article R4235-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913652](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913652)
8. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. 2023 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/L-education-pour-la-sante/role-du-pharmacien>
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2023]. Education thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
10. Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879791](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791)
11. Cespharm - Programmes d'éducation thérapeutique : désormais soumis à déclaration [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2021/Programmes-d-education-therapeutique-desormais-soumis-a-declaration>

12. Académie Nationale de Pharmacie. Recommandations relatives à l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.acadpharm.org/dos\\_public/Recommandations\\_ETP\\_\\_VF\\_\\_2014.pdf](https://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_ETP__VF__2014.pdf)
13. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? Recommandations [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)
14. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>
15. Haute Autorité de Santé. Critère 23 a. - Éducation thérapeutique du patient (ETP) Mise au point [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/20130130\\_23a\\_outil\\_aide\\_questionnement.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/20130130_23a_outil_aide_questionnement.pdf)
16. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
17. de la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B, Puech Samson I, Benslimane F, Petit R. Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* juin 2019;11(1):10201.
18. Lexique de la Pharmacie Clinique 2021. *Pharm Hosp Clin.* juin 2021;56(2):119-23.
19. SFPC. Les entretiens pharmaceutiques [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc\\_les\\_entretiens\\_pharmaceutiques.pdf](https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf)
20. Haynes RB, Taylor DW, and Sackett DL. *eweb:26588.* 1979 [cité 26 juin 2023]. Compliance in Health Care. Disponible sur: <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/782244>
21. Allenet B, Lehmann A, Baudrant M, Gauchet A. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. *Ann Pharm Fr.* 1 nov 2018;76(6):489-98.
22. Debout C. Adhésion thérapeutique: In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 18 janv 2023]. p. 50-3. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition-2012--9782953331134-page-50.htm?ref=doi>
23. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 16 janv 2020;9(1):17.

24. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. janv 2017;96(4):e5641.
25. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, et al. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2 sept 2021;11(9):e044987.
26. Tarquinio C, Tarquinio P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Prat Psychol - PRAT PSYCHOL*. 1 mars 2007;13:1-19.
27. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns*. juill 2016;99(7):1079-86.
28. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691-705.
29. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
30. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY, US: The Guilford Press; 1991. xvii, 348 p. (Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior).
31. Inserm [Internet]. 2022 [cité 8 déc 2022]. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco/>
32. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
33. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2022 [cité 8 déc 2022]. BPCO – Causes fréquentes : tabagisme et expositions professionnelles. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974843/fr/bpco-causes-frequentes-tabagisme-et-expositions-professionnelles](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974843/fr/bpco-causes-frequentes-tabagisme-et-expositions-professionnelles)
34. Masson E. EM-Consulte. 2022 [cité 8 déc 2022]. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/244927>
35. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (2023 REPORT) [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
36. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. 2023 [cité 25 janv 2023]. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) - Troubles pulmonaires. Disponible sur:

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-pulmonaires/broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-troubles-apparent%C3%A9s/broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-bpco>

37. Wehale.Life [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Comment savoir si j'ai la BPCO? Disponible sur: <https://www.wehale.life/be-fr/faits/comment-savoir-si-jai-la-bpco/>
38. Degano B, Soumagne T. Explorations cliniques et fonctionnelles dans la BPCO : de la détection au suivi. *Presse Médicale*. 1 déc 2014;43(12, Part 1):1344-52.
39. Aroufi I. Conseiller et accompagner le patient souffrant de BPCO à l'officine [Internet]. Les Editions Le Moniteur des pharmacies. 2021 [cité 19 oct 2022]. 192 p. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/boutique/livres/conseiller-et-accompagner-le-patient-souffrant-de-bpco-a-l-officine.html>
40. Hamdi M, Belloumi N, Bachouch I, Baili H, Bougacha M, Chermiti Ben Abdallah F, et al. Traitement de la BPCO non conforme aux recommandations GOLD : quelles conséquences? *Rev Mal Respir Actual*. 1 janv 2021;13(1):101-2.
41. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). 2017; Disponible sur: <https://goldcopd.org/>
42. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive. HAS Haute Autorité de Santé; 2014.
43. COPD Assessment Test [Internet]. 2023 [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-french-france.html>
44. Han MK, Agusti A, Celli BR, Criner GJ, Halpin DMG, Roche N, et al. From GOLD 0 to Pre-COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 févr 2021;203(4):414-23.
45. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1242507/fr/guide-du-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242507/fr/guide-du-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco)
46. VIDAL [Internet]. 2022 [cité 19 déc 2022]. Recommandations BPCO. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/bpco-1458.html>
47. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (2022 REPORT) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.; 2022. Disponible sur: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
48. Han MK, Ye W, Wang D, White E, Arjomandi M, Barjaktarevic IZ, et al. Bronchodilators in Tobacco-Exposed Persons with Symptoms and Preserved Lung Function. *N Engl J Med*. 29 sept 2022;387(13):1173-84.

49. Newman SP. Inhaler treatment options in COPD. *Eur Respir Rev.* 1 déc 2005;14(96):102-8.
50. Rogliani P, Calzetta L, Coppola A, Cavalli F, Ora J, Puxeddu E, et al. Optimizing drug delivery in COPD: The role of inhaler devices. *Respir Med.* 1 mars 2017;124:6-14.
51. Société de Pneumologie de Langue Française [Internet]. 2023 [cité 25 avr 2023]. Guide ZÉPHIR. Disponible sur: <https://splf.fr/videos-zephir/>
52. Molimard M, Raheison C, Lignot S, Balestra A, Lamarque S, Chartier A, et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J [Internet]*. 1 févr 2017 [cité 1 sept 2022];49(2). Disponible sur: <https://erj.ersjournals.com/content/49/2/1601794>
53. Respilab. Enquête « Formation des patients BPCO à l'utilisation des inhalateurs » [Internet]. 2022 [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://respilab.com/2020/06/29/enquete-traitement-inhalateur/>
54. Béhague P, Deldicque A, Le Rouzic O, Briand J, Paris N, Bautin N, et al. Intérêt d'une coopération pneumologue/pharmacien dans l'optimisation des traitements inhalés chez les patients BPCO. *Rev Mal Respir.* 1 janv 2019;36:A102-3.
55. Masson E. EM-Consulte. [cité 3 juill 2023]. Bon usage des médicaments inhalés intégré au plan pharmaceutique personnalisé en service de pneumologie. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1569556/bon-usage-des-medicaments-inhales-integre-au-plan->
56. Hämmerlein A, Müller U, Schulz M. Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(1):61-70.
57. Yadav A, Thapa P. Pharmacist Led Intervention on Inhalation Technique among Asthmatic Patients for Improving Quality of Life in a Private Hospital of Nepal. *Pulm Med.* 24 nov 2019;2019:8217901.
58. Wang W, Xu T, Qin Q, Miao L, Bao J, Chen R. Effect of a Multidimensional Pharmaceutical Care Intervention on Inhalation Technique in Patients with Asthma and COPD. *Can Respir J.* 2020;2020:8572636.
59. Organisation Mondiale de la Santé. Troubles mentaux [Internet]. 2023 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
60. Fédération Française de Psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.
61. Boumendjel M, Benyamina A. Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge. In: *Traité d'addictologie [Internet]*. Cachan: Lavoisier; 2016. p.



- 139-49. (Traité; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie-9782257206503-p-139.htm>
62. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. avr 2015;72(4):334-41.
63. Dickerson F, Origoni A, Schroeder J, Adamos M, Katsafanas E, Khushalani S, et al. Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(5):371-9.
64. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. 2022 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>
65. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cité 9 déc 2022]. 89 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>
66. Ali S, Santomauro D, Ferrari AJ, Charlson F. Excess mortality in severe mental disorders: A systematic review and meta-regression. *J Psychiatr Res*. 1 mai 2022;149:97-105.
67. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. déc 2015;72(12):1172-81.
68. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. févr 2017;16(1):30-40.
69. Pasquereau A. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France.
70. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale*. 1 juin 2008;34(3):299-305.
71. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette Smoking Among Persons With Schizophrenia or Bipolar Disorder in Routine Clinical Settings, 1999–2011. *Psychiatr Serv*. janv 2013;64(1):44-50.
72. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 15 juill 2005;76(2):135-57.
73. Schroeder SA, Warner KE. Don't Forget Tobacco. *N Engl J Med*. 15 juill 2010;363(3):201-4.
74. Ohi K, Shimada T, Kuwata A, Kataoka Y, Okubo H, Kimura K, et al. Smoking Rates and Number of Cigarettes Smoked per Day in Schizophrenia: A Large Cohort Meta-Analysis in a Japanese Population. *Int J Neuropsychopharmacol*. 1 janv 2019;22(1):19-27.

75. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among Those With Serious Mental Illness. *Am J Psychiatry*. déc 2004;161(12):2317-9.
76. Antonsen S, Mok PLH, Webb RT, Mortensen PB, McGrath JJ, Agerbo E, et al. Exposure to air pollution during childhood and risk of developing schizophrenia: a national cohort study. *Lancet Planet Health*. 1 févr 2020;4(2):e64-73.
77. Rocha V, Stringhini S, Henriques A, Falcão H, Barros H, Fraga S. Life-course socioeconomic status and lung function in adulthood: a study in the EPIPorto cohort. *J Epidemiol Community Health*. 1 mars 2020;74(3):290-7.
78. Suetani S, Honarpour F, Siskind D, Hindley G, Veronese N, Vancampfort D, et al. Increased rates of respiratory disease in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis including 619,214 individuals with schizophrenia and 52,159,551 controls. *Schizophr Res*. 1 nov 2021;237:131-40.
79. American Psychiatric Association. *DSM-V The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.
80. PSYCOM. Troubles schizophréniques - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. 2022 [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/troubles-schizophréniques/>
81. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. 2022 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
82. Inserm. Schizophrénie - Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles. Inserm, La science pour la santé [Internet]. 2022 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
83. VIDAL. Schizophrénie et autres psychoses - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. 2022 [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrénie-psychoses.html>
84. Nuss P, Poulet E. Devenir fonctionnel des patients souffrant de schizophrénie. Un équilibre nécessaire entre histoire naturelle, environnement et prise en charge thérapeutique. *Human Health Care, Laboratoire Eisai*.
85. Shahab S, Mulsant BH, Levesque ML, Calarco N, Nazeri A, Wheeler AL, et al. Brain structure, cognition, and brain age in schizophrenia, bipolar disorder, and healthy controls. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. avr 2019;44(5):898-906.
86. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. juill 2006;93(1-3):105-15.

87. MacQueen GM, Memedovich KA. Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;71(1):18-27.
88. Pitel AL, Zahr NM, Jackson K, Sassoon SA, Rosenbloom MJ, Pfefferbaum A, et al. Signs of Preclinical Wernicke's Encephalopathy and Thiamine Levels as Predictors of Neuropsychological Deficits in Alcoholism without Korsakoff's Syndrome. *Neuropsychopharmacology.* févr 2011;36(3):580.
89. Le Berre AP, Fama R, Sullivan EV. Executive Functions, Memory, and Social Cognitive Deficits and Recovery in Chronic Alcoholism: A Critical Review to Inform Future Research - PMC. [cité 15 juin 2023]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5531758/>
90. Zahr NM, Kaufman KL, Harper CG. Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. *Nat Rev Neurol.* mai 2011;7(5):284-94.
91. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 1 mai 2007;6(5):442-55.
92. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 26 juin 2023]. Psychose de Korsakoff - Sujets spéciaux. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/drogues-illicites-et-substances-intoxicantes/psychose-de-korsakoff>
93. Décret du 9 juin 1970 portant érection d'hôpitaux psychiatriques en établissements publics [Internet]. 1970. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/textes-officiels-historiques/>
94. Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes [Internet]. 1989. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000322092/2020-10-01/>
95. Arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique [Internet]. 1990. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006076709>
96. Tramier V. Recherche et analyse des besoins éducatifs des Accueillants Familiaux Thérapeutiques [Mémoire de Master 2]. Université Clermont Auvergne; 2016.
97. IVM Health [Internet]. 2022 [cité 20 févr 2023]. E-Respir. Disponible sur: <https://www.ivmhealth.com/e-respir2022.html>
98. FORMeDOC, Université de Bordeaux. FORMiNHAL. 2022 [cité 30 nov 2022]. FORMiNHAL: formation au bon usage des inhalateurs. Disponible sur: <https://forminhal.formedoc.org>

99. Cespharm - Asthme : grilles d'évaluation des techniques d'inhalation [Internet]. 2022 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/Asthme-grilles-d-evaluation-des-techniques-d-inhalation>
100. BPCO : tout savoir sur la « bronchite des fumeurs » - WhyDoc #16 [Internet]. 2018 [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=RAhPz0ddGBc>
101. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav.* 1 août 2004;29(6):1067-83.
102. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction.* 2009;104(5):719-33.
103. General USPHSO of the S, Health NC for CDP and HP (US) O on S and. The Health Benefits of Smoking Cessation. In: *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General* [Internet] [Internet]. US Department of Health and Human Services; 2020 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555590/>
104. Frémaux P, Masquin H, Grivel C, Perrin S, Maupetit JC, D'acremont F, et al. Quel(s) impact(s) des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé français ? *Pharm Clin.* 1 déc 2022;57(4):e60-1.
105. Ahn JH, Chung JH, Shin KC, Jin HJ, Jang JG, Lee MS, et al. The effects of repeated inhaler device handling education in COPD patients: a prospective cohort study. *Sci Rep.* 12 nov 2020;10(1):19676.
106. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* mai 2003;96(5):219-22.
107. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2015 [cité 27 juin 2023]. Faire dire : Un outil pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers [. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2612334/fr/faire-dire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire)
108. Houts PS, Witmer JT, Egeth HE, Loscalzo MJ, Zabora JR. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient Educ Couns.* 1 juin 2001;43(3):231-42.
109. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique.* 2017;29(6):811-20.
110. Tramier V, Chérillat MS, Petitjean F, Rochereau F, Coudeyre E. Éducation thérapeutique des Accueillants Familiaux Thérapeutiques : identifier leurs difficultés pour mieux les aider à accompagner les patients. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2021;179(2):147-51.
111. TRAINHALER, éduquer le patient à la prise d'aérosol (boîte de 1 Trainhaler et 1 sifflet) [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.mediflux.fr/dispositifs-de-traitement/446-trainhaler-eduquer-le-patient-a-la-prise-daerosol-boite-de-1-trainhaler-et-1-sifflet.html>

112. SANTELEC [Internet]. [cité 26 juill 2023]. IN-CHECK DIAL G16. Disponible sur: <https://www.santelec.com/education-therapeutique/673-in-check-dial-g16.html>
113. Marchandise F, Perriot J, Pojer MJ, Fulleringer J, Véret S, Pages S, et al. Bénéfices d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de BPCO 2011–2018. *Rev Mal Respir Actual*. 1 janv 2021;13(1):3.
114. Abdallah FCB, Bachouch I, Agrebi S, Fennich S. Apport du « COPD assessment test » dans la BPCO en consultation. *Rev Mal Respir*. 1 janv 2017;34:A151-2.
115. Fettal N, Bezioui Y, Taleb A. La qualité de vie des patients BPCO. *Rev Mal Respir*. janv 2017;34:A167.
116. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. sept 1991;86(9):1119-27.
117. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addict Abingdon Engl*. août 1993;88(8):1127-35.
118. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
119. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. janv 1986;24(1):67-74.
120. Société de Pneumologie de Langue Française [Internet]. 2013 [cité 12 juill 2023]. Utilisation des minispiromètres électroniques pour la détection de la BPCO : quel seuil ? Disponible sur: <https://splf.fr/utilisation-des-minispirometres-electroniques-pour-la-detection-de-la-bpco-quel-seuil/>
121. Sator L, Horner A, Studnicka M, Lamprecht B, Kaiser B, McBurnie MA, et al. Overdiagnosis of COPD in Subjects With Unobstructed Spirometry: A BOLD Analysis. *Chest*. 1 août 2019;156(2):277-88.
122. SFPC [Internet]. 2023 [cité 10 juill 2023]. Guide de codification et valorisation des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé. Disponible sur: <https://www.omeditpacacorse.fr/wp-content/uploads/2023/03/Guide-de-lecture-et-codage-des-activites-de-pharmacie-clinique-Mars-2023.pdf>

## Annexes

<b>Annexe I : Flyer de présentation de l'atelier .....</b>	<b>111</b>
<b>Annexe II : Bilan éducatif .....</b>	<b>113</b>
<b>Annexe III : Questionnaire de satisfaction .....</b>	<b>121</b>
<b>Annexe IV : Référentiel de l'atelier .....</b>	<b>123</b>



## Annexe I : Flyer de présentation de l'atelier



# ATELIER

## LES BRONCHODILATATEURS :

comprendre leur utilité pour bien les utiliser



### EDUCATION A LA SANTE DU PATIENT

#### C'est quoi ?

"Tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin" (OMS 83).

#### Pour qui ?

Elle s'adresse aux personnes désirant agir sur leur santé.

#### Dans quel but ?

Aider le patient à acquérir et maintenir les compétences dont il a besoin pour mieux gérer sa vie au quotidien.

### EDUCATION A LA SANTE SUR LES BRONCHODILATATEURS

#### C'est quoi ?

Des séances avec l'accueillant, en groupe et en individuel pour partager ses connaissances et ses compétences sur la prise des traitements.

#### Pour qui ?

Pour les personnes souffrant de maladies respiratoires comme la BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) et prenant des médicaments par voie inhalée (= Bronchodilatateurs).

#### Dans quel but ?

Pour aider les patients à mieux comprendre l'utilité des traitements dans le but de mieux les prendre et prévenir les risques de complications de la maladie respiratoire.

### ATELIER SUR LES BRONCHODILATATEURS

#### L'atelier se compose de 3 séances :

- **Séance 1 en groupe** : Pourquoi suis-je essoufflé(e) ?
- **Séance 2 en groupe** : Comment bien utiliser mon spray ?
- **Séance 3 en individuel** : Est-ce que je prends bien mon spray ?



## SÉANCE 1 : POURQUOI SUIS-JE ESSOUFFLÉ(E) ?

Comprendre comment fonctionne la respiration  
Comprendre les principes de la BPCO, ses signes, ses causes, ses conséquences  
Comprendre les traitements  
Prévenir les complications  
Distinguer la BPCO de l'asthme

### Outils :

- Activité « dessine-moi un poumon »
- Vidéo explicative « Tout savoir sur la bronchite des fumeurs »
- Jeu de pancartes « asthme VS BPCO »
- Remise d'un livret résumé à la fin de la séance 1

## SEANCE 2 : COMMENT BIEN UTILISER MON SPRAY ?

Résumé de la 1ère séance  
Focus sur les étapes incontournables pour la bonne utilisation des bronchodilatateurs

### Outils :

- Paper board
- Vidéo sur les bons gestes
- Utilisation de sprays factices
- Frise étapes d'utilisation du bronchodilatateur
- Remise d'un livret résumé à la fin de la séance 2

## SEANCE 3 : EST-CE QUE JE PRENDS BIEN MON SPRAY ?

Mise en pratique personnalisée en binôme patient/accueillant pour apprendre à bien utiliser ses propres sprays

### Outils :

- Support vidéo Zephir sur les différents bronchodilatateurs
- Utilisation de sprays factices
- Remise de plaquettes sur les bronchodilatateurs spécifiques du patient

## ANIMATION DES SEANCES

### Objectifs :

- Echanger avec les participants
- Identifier les difficultés
- Repérer les bons gestes
- Aider à bien prendre son traitement

### Animation :

- Séance de 45mn à 1h30
- Fréquence : 1 fois par semaine
- Durée : 5 semaines maximum
- Lieu : salle de réunion de la pharmacie
- animateurs : 1 pharmacien, 1 préparateur, 1 interne

## ETAPES DE L'ATELIER SUR LES BRONCHODILATATEURS

### 1- Intégration à l'atelier

Repérage des difficultés par le patient, les soignants, l'accueillant familial thérapeutique ou la pharmacie.

Information du patient sur l'atelier lors d'un entretien pharmaceutique initial.

Recueil de l'accord du patient.

Lors de cet entretien pharmaceutique initial :

- Évaluation de la bonne utilisation des bronchodilatateurs
- Identification des difficultés
- Evaluation de la connaissance de la maladie et du traitement, des conditions de la prise et de la vérification régulière de la bonne prise

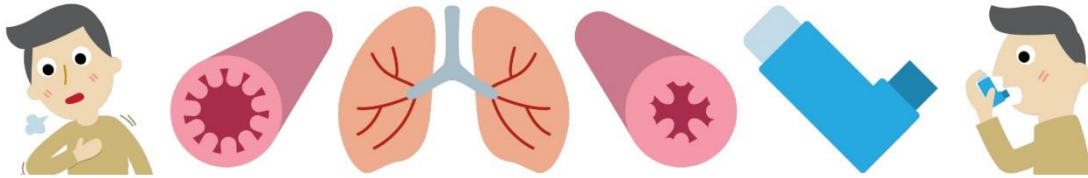
### 2- Orientation vers 1 à 3 séances de l'atelier en fonction de l'évaluation

### 3- Mise en œuvre des séances en groupe et individuellement

### 4- Réévaluation des bons gestes après l'atelier via un entretien pharmaceutique final, environ un mois après la 3<sup>ème</sup> séance

## Annexe II : Bilan éducatif

### ATELIER BON USAGE DES BRONCHODILATEURS Comprendre leur utilité pour bien les utiliser Bilan éducatif



<b>NOM, PRENOM</b>		Date de naissance	
Accueillant Familial Thérapeutique			
Entretien initial réalisé par		Date	
Entretien final réalisé par		Date	
Pathologie		Traitement	

### CONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE

#### BILAN INITIAL ⬇

#### BILAN FINAL ⬇

Souffrez-vous d'une maladie respiratoire ? Si oui, laquelle ? Depuis quand ?

Sait <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <b>Note /2</b>	Sait <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <b>Note /2</b>

2 points s'il connaît le nom de la maladie (bronchite chronique, asthme, BPCO...), 1 point s'il sait qu'il a une maladie pulmonaire/du mal à respirer et + 1 point s'il fait un lien avec le tabac. 0 point s'il ne sait pas ou dit ne pas être malade.

Est-ce que vous fumez ou avez-vous fumé ? Combien de cigarettes/j ? Depuis combien de temps ?

--	--

Evolution ?  Oui  Non  
Si oui  Positive  Négative

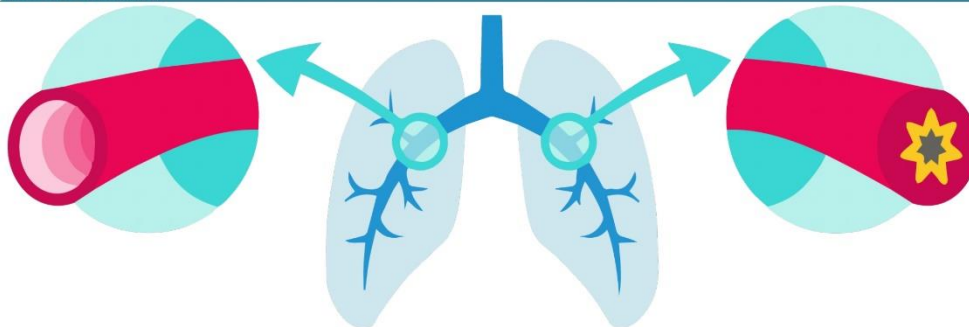
Avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans votre vie notamment au travail ?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Faites-vous du sport ? Combien de temps par jour ?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Que représente ce dessin ?



Sait <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <b>Note /2</b>	Sait <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <b>Note /2</b>

2 points s'il cite poumons et bronches, 1 point s'il cite poumons et/ou bronches, 0 s'il ne sait pas.

Quelle est la bronche malade ? Pourquoi avoir choisi celle-ci ?

Sait <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <b>Note /2</b>	Sait <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <b>Note /2</b>

2 points s'il trouve la bonne bronche et explique pourquoi (bouchée, obstruée, serrée ou lien avec tabac), 1 point s'il trouve mais ne sait pas expliquer, 0 point s'il ne sait pas.

## Questionnaire CAT : Quel est l'état de votre BPCO ?

### 1. Est-ce que vous toussiez ?

Je ne tousse jamais	0	Je ne tousse jamais	0
Je tousse rarement	1	Je tousse rarement	1
Je tousse parfois	2	Je tousse parfois	2
Je tousse souvent	3	Je tousse souvent	3
Je tousse très souvent	4	Je tousse très souvent	4
Je tousse tout le temps	5	Je tousse tout le temps	5

### 2. Est-ce que vous crachez des glaires ?

Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0	Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0
J'ai rarement des glaires	1	J'ai rarement des glaires	1
J'ai parfois des glaires	2	J'ai parfois des glaires	2
J'ai régulièrement des glaires	3	J'ai régulièrement des glaires	3
J'ai très souvent des glaires	4	J'ai très souvent des glaires	4
J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires	5	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires	5

### 3. Est-ce que vous sentez une oppression dans la poitrine ?

Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	0	Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	0
J'ai rarement la poitrine oppressée	1	J'ai rarement la poitrine oppressée	1
J'ai un peu la poitrine oppressée	2	J'ai un peu la poitrine oppressée	2
J'ai la poitrine oppressée	3	J'ai la poitrine oppressée	3
J'ai souvent la poitrine oppressée	4	J'ai souvent la poitrine oppressée	4
J'ai la poitrine très oppressée	5	J'ai la poitrine très oppressée	5

### 4. Quand vous montez une côte ou des escaliers, êtes-vous essoufflé(e) ?

Je ne suis pas essoufflé(e)	0	Je ne suis pas essoufflé(e)	0
Je suis rarement essoufflé(e)	1	Je suis rarement essoufflé(e)	1
Je suis un peu essoufflé(e)	2	Je suis un peu essoufflé(e)	2
Je suis essoufflé(e)	3	Je suis essoufflé(e)	3
Je suis vraiment essoufflé(e)	4	Je suis vraiment essoufflé(e)	4
Je suis très essoufflé(e)	5	Je suis très essoufflé(e)	5

### 5. Vous sentez-vous limité(e) dans vos activités à la maison par rapport à vos problèmes pulmonaires ?

Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	0	Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	0
Je suis rarement limité(e) dans mes activités chez moi	1	Je suis rarement limité(e) dans mes activités chez moi	1
Je suis un peu limité(e) dans mes activités chez moi	2	Je suis un peu limité(e) dans mes activités chez moi	2
Je suis limité(e) dans mes activités chez moi	3	Je suis limité(e) dans mes activités chez moi	3
Je suis vraiment limité(e) dans mes activités chez moi	4	Je suis vraiment limité(e) dans mes activités chez moi	4
Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	5	Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	5

### 6. Êtes-vous inquiet lorsque vous quittez la maison par rapport à vos problèmes pulmonaires ?

Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0	Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0
Je suis rarement inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	1	Je suis rarement inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	1
Je suis un peu inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	2	Je suis un peu inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	2
Je suis inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	3	Je suis inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	3
Je suis vraiment inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	4	Je suis vraiment inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	4
Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	5	Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	5

### 7. Comment évaluez-vous votre sommeil ?

Je dors bien	0	Je dors bien	0
Je dors plutôt bien	1	Je dors plutôt bien	1
Cela dépend	2	Cela dépend	2
Je dors mal mais rien à voir avec mes problèmes pulmonaires	3	Je dors mal mais rien à voir avec mes problèmes pulmonaires	3
Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	4	Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	4
Je dors très mal à cause de mes problèmes pulmonaires	5	Je dors très mal à cause de mes problèmes pulmonaires	5

### 8. Est-ce que vous vous sentez en forme ?

Je suis plein d'énergie	0	Je suis plein d'énergie	0
Je manque rarement d'énergie	1	Je manque rarement d'énergie	1
Je manque parfois d'énergie	2	Je manque parfois d'énergie	2
Je manque souvent d'énergie	3	Je manque souvent d'énergie	3
Je manque d'énergie en général	4	Je manque d'énergie en général	4
Je n'ai pas d'énergie du tout	5	Je n'ai pas d'énergie du tout	5
SCORE BILAN INITIAL <b>0 /40</b>		SCORE BILAN FINAL <b>0 /40</b>	

## ECHELLE mMRC

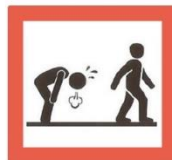
### Question à poser à votre patient(e) : "êtes-vous essouffé(e)..."



après des efforts soutenus, par exemple après avoir monté 2 étages ?



après avoir marché rapidement ou monté une pente ?



après avoir marché sur terrain plats en suivant quelqu'un de votre âge ?



au point de devoir vous arrêter pour reprendre votre souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat ?



au moindre effort ?

### Déterminer le stade mMRC correspondant à la réponse de votre patient

Stade 0	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
---------	---------	---------	---------	---------

### Quand êtes-vous essouffé(e) ?

Uniquement pour un effort important, par exemple après avoir monté 2 étages	Stade 0	Uniquement pour un effort important, par exemple après avoir monté 2 étages	Stade 0
Quand je marche rapidement à plat ou quand je monte une petite pente	Stade 1	Quand je marche rapidement à plat ou quand je monte une petite pente	Stade 1
Je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon pas à plat	Stade 2	Je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon pas à plat	Stade 2
Je m'arrête pour reprendre mon souffle après une centaine de mètres ou après quelques minutes à plat	Stade 3	Je m'arrête pour reprendre mon souffle après une centaine de mètres ou après quelques minutes à plat	Stade 3
Je suis essouffé(e) au moindre effort, je suis trop essouffé(e) pour quitter ma maison ou je suis essouffé(e) rien qu'à m'habiller	Stade 4	Je suis essouffé(e) au moindre effort, je suis trop essouffé(e) pour quitter ma maison ou je suis essouffé(e) rien qu'à m'habiller	Stade 4
SCORE BILAN INITIAL <b>Stade 0</b>		SCORE BILAN FINAL <b>Stade 0</b>	

## CONNAISSANCE DU TRAITEMENT

### BILAN INITIAL

### BILAN FINAL

Quels médicaments prenez-vous pour cette maladie pulmonaire ? Depuis combien de temps ? Quelle posologie ?

Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	<b>Note /4</b>	Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	<b>Note /4</b>

4 points s'il connaît à la fois le médicament et sa posologie, 2 points s'il connaît l'un ou l'autre, 1 point s'il n'a pas le nom du médicament, mais sait qu'on parle du spray/puff/bombe ou autre nom employé pour désigner le bronchodilatateur, 0 point s'il ne connaît ni le nom ni la posologie.

Utilisation d'une chambre d'inhalation ?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

A quoi servent ces traitements ? Est-ce qu'ils vous font du bien ?

Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	<b>Note /2</b>	Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	<b>Note /2</b>

2 points s'il sait à quoi servent les traitements en mentionnant les poumons/la respiration, 0 s'il ne sait pas.

Est-ce qu'il vous arrive de ne pas les prendre ? Si oui, pourquoi ?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Qui vous a montré comment prendre votre bronchodilatateur ? Quand ?

Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Qui réalise l'amorçage du ou des dispositifs à la première utilisation ? Comment ?

Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Qui réalise le nettoyage du dispositif ? Comment et à quelle fréquence ?

Sait <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

## MISE EN PRATIQUE

### BILAN INITIAL

### BILAN FINAL

Quelles sont les conditions de prise de votre bronchodilatateur au quotidien ?

Conditions	BD 1	BD 2	BD 3
Seul devant l'AcFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seul sans l'AcFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide de l'AcFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conditions	BD 1	BD 2	BD 3
Seul devant l'AcFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seul sans l'AcFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide de l'AcFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evolution ?  Oui  Non

Montrez-moi comment vous procédez pour prendre votre traitement

#### Bronchodilatateur 1

Etapas	Fait par le patient	Fait par l'AcFT	Non concerné
Vérifier la présence d'une dose et/ou charger la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secouer le dispositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vider les poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enclencher la dose et inspirer profondément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer la respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rincer la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etapas présentant des difficultés			
Observations			

Etapas	Fait par le patient	Fait par l'AcFT	Non concerné
Vérifier la présence d'une dose et/ou charger la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secouer le dispositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vider les poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enclencher la dose et inspirer profondément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer la respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rincer la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etapas présentant des difficultés			
Observations			

#### Bronchodilatateur 2

Etapas	Fait par le patient	Fait par l'AcFT	Non concerné
Vérifier la présence d'une dose et/ou charger la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secouer le dispositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vider les poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enclencher la dose et inspirer profondément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer la respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rincer la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etapas présentant des difficultés			
Observations			

Etapas	Fait par le patient	Fait par l'AcFT	Non concerné
Vérifier la présence d'une dose et/ou charger la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secouer le dispositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vider les poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enclencher la dose et inspirer profondément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer la respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rincer la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etapas présentant des difficultés			
Observations			

### Bronchodilatateur 3

Etapes	Fait par le patient	Fait par l'AcFT	Non concerné
Vérifier la présence d'une dose et/ou charger la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secouer le dispositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vider les poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enclencher la dose et inspirer profondément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer la respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rincer la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etapes présentant des difficultés</b>			
<b>Observations</b>			

Etapes	Fait par le patient	Fait par l'AcFT	Non concerné
Vérifier la présence d'une dose et/ou charger la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secouer le dispositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vider les poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enclencher la dose et inspirer profondément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer la respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rincer la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etapes présentant des difficultés</b>			
<b>Observations</b>			

Pour calculer le score en fonction de la séquence réalisée :

- Une étape réalisée avec l'aide de l'accueillant est considérée comme faite
- Le score dépend du dispositif :
  - Ventoline, Bronchodual et Flixotide : pas de compteur de dose, donc note sur 5
  - Spiriva, Symbicort, Trimbaw, Formotérol et Ultibro : pas besoin de secouer, donc note sur 5
  - Seretide : toutes les étapes, donc note sur 6

### Quelles sont les étapes pour bien prendre mon traitement ? Numérotez-les.

Vérifier la dose	Secouer le dispositif	Vider ses poumons en expirant profondément	Vérifier la dose	Secouer le dispositif	Vider ses poumons en expirant profondément
Inspirer profondément le médicament contenu dans l'inhalateur	Retenir la respiration pendant 10 secondes	Se rincer la bouche	Inspirer profondément le médicament contenu dans l'inhalateur	Retenir la respiration pendant 10 secondes	Se rincer la bouche



## BILAN DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

### BILAN INITIAL

### BILAN FINAL

#### Quelles sont les conditions de prise de votre bronchodilatateur au quotidien ?

Connaissance de la maladie	0 /6
Connaissance du traitement	0 /6
Score CAT	0 /40
Score mMRC	Stade 0 /4

Connaissance de la maladie	0 /6
Connaissance du traitement	0 /6
Score CAT	0 /40
Score mMRC	Stade 0 /4

#### Mise en pratique

Conditions de prise			
Combien de bons gestes effectués ?	BD1	BD2	BD3
Combien d'étapes dans l'ordre ?	0 /		

#### Mise en pratique

Conditions de prise			
Combien de bons gestes effectués ?	BD1	BD2	BD3
Combien d'étapes dans l'ordre ?	0 /		

## BILAN DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

### BILAN INITIAL

#### Observations

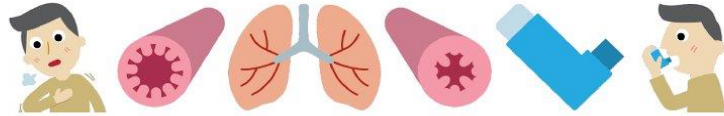
#### Propositions

### BILAN FINAL

#### Observations

#### Propositions

## Annexe III : Questionnaire de satisfaction



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## Atelier bronchodilatateurs



Nom et prénom du patient :





Nom et prénom de l'accueillant :

Date :

Votre point de vue nous intéresse pour nous améliorer.

Merci de remplir une feuille par accueillant et par patient.

Pour commencer :

	 OUI	 NON	 MOYEN	 NE SAIS PAS
Est-ce que les explications fournies à notre première rencontre ont été claires ?				

Est-ce que les séances collectives vous ont intéressé ?

	 OUI	 NON	 MOYEN	 NE SAIS PAS
Séance n°1 Pourquoi suis-je essoufflé ?				
Séance n°2 Comment bien utiliser mon spray ?				
Séance n°3 Est-ce que je prends bien mon spray ?				

**Est-ce que les points suivants vous ont plu ?**

	 OUI	 NON	 MOYEN	 NE SAIS PAS
La salle de l'atelier				
Les documents : flyer d'information – résumés des séances – dépliants sur les traitements				
L'ambiance du groupe				
Le matériel d'animation (vidéos, supports, jeux...)				
L'organisation du planning (sur le jour de distribution et le vendredi)				
La durée des séances				

**Comment avez-vous trouvé les animateurs ?**

	 OUI	 NON	 MOYEN	 NE SAIS PAS
Accueil				
A répondu à mes questions				
Ecoute et disponibilité				
A employé un langage compréhensible				

Qu'est-ce qui vous a le plus plu lors de cet atelier ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous trouvé cet atelier utile ?  OUI  NON  JE NE SAIS PAS  
Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous appris des choses ? Quel point vous a marqué ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Auriez-vous des suggestions pour nous aider à nous améliorer ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conseillerez-vous cet atelier à un ami ?  OUI  NON  JE NE SAIS PAS

**Merci à vous !**

## Annexe IV : Référentiel de l'atelier

### REFERENTIEL Atelier Bronchodilatateurs : comprendre leur utilité pour mieux les utiliser

CHS d'Ainay-Le-Château

#### Séquence d'éducation

- 1 bilan éducatif initial en binôme patient et accueillant familial thérapeutique
  - Durée 45mn maximum
  - animateurs : pharmacien, interne ou préparateur en pharmacie
- 2 séances collectives : séance 1 et séance 2, en groupe de 3-4 patients avec les AcFT
  - Durée : 1h30
  - animateurs : pharmacien, interne et préparateur en pharmacie
- 1 séance en binôme patient/AcFT : séance 3
  - Durée : 45mn
  - animateurs : pharmacien, interne ou préparateur en pharmacie
- 1 bilan éducatif final patient/AcFT
  - Durée 30mn à 1h maximum
  - animateurs : pharmacien, interne ou préparateur en pharmacie

#### Objectif général de l'atelier

- Mieux connaître et comprendre sa maladie et l'utilité des traitements dans le but de mieux les prendre et ainsi prévenir les risques de complications de la maladie respiratoire.

#### Objectifs intermédiaires

- Aider le patient à prendre soin de lui même
- Conduire le patient à être un partenaire actif de la prise en charge de sa maladie

#### Objectifs opérationnels

- Compétences d'auto-soins :
  - Connaître et comprendre sa maladie et son traitement.
  - Connaître et comprendre comment bien prendre son traitement inhalé.
  - Améliorer l'observance au traitement
  - Apporter de l'information sur les risques liés au tabac, orienter vers une réduction du tabac ou un arrêt du tabac
- Compétences d'adaptation :
  - Savoir quand utiliser son spray en si besoin (exemple : Ventoline)
  - Savoir repérer les aggravations de la maladie et en parler

#### Evaluation du référentiel

- Évaluation des connaissances et compétences avant et après les séances éducatives en entretien pharmaceutique
- Évaluation de la bonne prise du traitement par le patient en présence de l'AcFT
- Évaluation de la satisfaction du patient et de l'AcFT
- Débriefing de chaque séance précédente en début de séance suivante

#### Traçabilité

- Débriefing animateurs et traçabilité dans le DPI

#### Structuration de chaque séance

- 10-15 mn : Débriefing sur la séance précédente et présentation du déroulé de la nouvelle séance
- 60-90 mn : animation sur la thématique de la séance
- 5-10 mn : synthèse de la séance, évaluation de la satisfaction et du bien-être

Objectifs	Message	Méthode	Support
<b>Séance n°1 : Pourquoi suis-je essoufflé(e) ?</b>			
<b>Présentation de la séance : 10 min</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation des participants</li> <li>Présentation de l'atelier et de cette séance relative à la maladie</li> <li>Présentation des règles de l'atelier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les animateurs présentent le déroulement de l'atelier et de cette séance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paper board</li> <li>Affiche « règles de l'atelier »</li> </ul>
<b>Objectif 1 : 10-15mn</b> Comprendre la respiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre conscience de l'action de respirer, savoir prendre une grande inspiration et bien vider ses poumons</li> <li>Comprendre que la respiration se passe dans les poumons et les bronches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants dessinent leur représentation des poumons</li> <li>Exercices de respiration</li> <li>Un animateur dessine poumons et bronches au tableau avec des flèches pour représenter le trajet de l'air (inspiration et expiration)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Feuilles et stylo/tableau blanc pour dessiner</li> </ul>
<b>Objectif 2 : 45mn</b> Comprendre la maladie (BPCO), ses causes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre conscience de la maladie</li> <li>Comprendre les causes de la maladie, savoir reconnaître ses symptômes</li> <li>Maladie chronique et incurable, de progression insidieuse</li> <li>Maladie nécessitant un suivi</li> <li>Comprendre l'intérêt de l'arrêt du tabac et du traitement</li> <li>Exacerbations : intérêt de les prévenir et comment les prévenir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interludes, les animateurs posent des questions durant la vidéo, échanges entre patients sur leur expérience</li> <li>Interludes sous forme de jeux</li> <li>Jeu avec modèles de bronches (une saine et une bouchée) reliée à des ballons que l'on gonfle. Les participants doivent deviner quelle est la bronche bouchée et pourquoi.</li> <li>Présentation des différents bronchodilatateurs</li> <li>Jeu sur la prévention des infections respiratoires : parmi plusieurs éléments en lien avec la protection, les participants doivent retrouver ceux qui se rapportent à l'hygiène et la vaccination (un savon, un masque, une bouteille de solution hydroalcoolique et une seringue de vaccin)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vidéo séquencée adaptée de " BPCO : tout savoir sur la « bronchite des fumeurs » " - WhyDoc #16 » sur Youtube</li> <li>Modèles de bronches saine et bouchée, ballons</li> <li>Exemples de médicaments</li> <li>Caisse contenant différents éléments en lien avec la protection</li> </ul>
<b>Objectif 3 : 10-15mn</b> Distinguer la BPCO de l'asthme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les différences entre la BPCO et l'asthme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jeu interactif entre participants (patients et accueillants) et explications</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil : jeu « asthme VS BPCO » avec pancartes à replacer dans les boîtes correspondantes</li> </ul>
<b>Débriefing : 10 min</b>	<p>Faire le point sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les ressentis des participants</li> <li>Les notions importantes abordées</li> </ul> <p>Remettre la plaquette « résumé de la séance 1 »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demander le ressenti de chacun</li> <li>Evaluation de la satisfaction sur la séance avec les pancartes smileys</li> <li>Les animateurs clôturent la séance et annoncent la séance suivante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paper board</li> <li>Pancartes smileys (vert satisfait, jaune moyen et rouge non satisfait)</li> <li>Plaquette « résumé séance 1 »</li> </ul>

Objectifs	Message	Méthode	Support
<b>Séance n°2 : Comment bien utiliser mon spray ?</b>			
<p><b>Présentation de la séance et résumé de la séance précédente : 15 min</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation de cette séance relative aux étapes pour bien prendre son traitement inhalé</li> <li>Résumé de la séance précédente</li> <li>Prendre conscience de sa respiration, comprendre comment cela fonctionne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les animateurs présentent le déroulement de cette séance</li> <li>Focus sur les notions générales de la maladie (reprise possible des différences BPCO/Asthme)</li> <li>Focus sur l'action du tabac sur les bronches</li> <li>Exercices de respiration : inspiration et expiration en se touchant les côtes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paper board et pancartes : points clés de la maladie</li> <li>Affiche « trajet de la fumée »</li> </ul>
<p><b>Objectif 1 : 10-15 mn</b></p> <p>Comprendre son traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre qu'il existe différents traitements utilisés dans la BPCO/l'asthme, différentes molécules, leurs actions</li> <li>Comprendre qu'il existe différentes formes de dispositifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les animateurs expliquent les différences entre les dispositifs. Présentation des « couleurs de médicaments » (bleu bronchodilatateur, vert anticholinergique, rouge anti-inflammatoire...)</li> <li>Présentation des différentes formes et de leurs particularités : solution, suspension, poudre, gélules...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boîtes de dispositifs disponibles à la PUI : Ventoline, Spiriva, Seretide, Ultibro breezhaler, Trimbrow...</li> </ul>
<p><b>Objectif 2 : 30 mn</b></p> <p>Comprendre qu'il existe des étapes incontournables à la prise du bronchodilatateur</p> <p>Comprendre l'importance de ses étapes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4 étapes principales : vérifier la dose, vider les poumons, inspirer la dose et retenir sa respiration</li> <li>+ 2 étapes : secouer le bronchodilatateur (selon spray) et rincer la bouche</li> <li>Comprendre qu'il existe des cas particuliers</li> <li>Savoir repérer les points critiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visionnage d'une vidéo explicative</li> <li>Echanges et partage d'expérience, entre participants</li> <li>Utilisation de cartes séquence à remettre dans l'ordre, binôme patient/accueillant puis correction</li> <li>Explications données sur chaque étape, avec cas particuliers (compteur de doses, suspensions à secouer, pourquoi et comment bien se rincer la bouche, chambre d'inhalation)</li> <li>Démonstration par les animateurs en insistant sur les 3 étapes principales (vider ses poumons, inspirer, bloquer sa respiration)</li> <li>Quizz des erreurs : les animateurs miment une séquence mal réalisée, les participants doivent expliquer ce qui a été mal fait</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vidéo « buzz comptoir »</li> <li>Jeux de cartes séquence « étapes pour bien prendre son traitement inhalé »</li> <li>Dispositifs factices</li> </ul>
<p><b>Objectif 3 : 15mn</b></p> <p>Restituer les étapes pour prendre son inhalateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ancrer les 6 étapes vues plus tôt via une mise en pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Binôme patient/accueillant : effectuent les étapes pour bien prendre son traitement à l'aide de dispositifs factices. L'accueillant est invité à participer puis reprise collective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositifs factices</li> </ul>
<p><b>Objectif 4 : 5mn</b></p> <p>Nettoyage du dispositif et de la chambre d'inhalation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment bien nettoyer son spray et la chambre d'inhalation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un animateur donne les explications</li> <li>Partage d'expérience entre participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositifs factices et chambre d'inhalation</li> </ul>

<b>Débriefing : 10 min</b>	Faire le point sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les ressentis des participants</li> <li>Les notions importantes abordées</li> </ul> Remettre la plaquette « résumé de la séance 2 »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demander le ressenti de chacun</li> <li>Evaluation de la satisfaction sur la séance avec les pancartes smileys</li> <li>Pharmacien et/ou interne et préparateur clôturent la séance et annoncent la séance suivante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paper board</li> <li>Plaquette « résumé séance 2 »</li> <li>Pancartes smileys (vert satisfait, jaune moyen et rouge non satisfait)</li> </ul>
----------------------------	---	---	--

Objectifs	Message	Méthode	Support
<b>Séance n°3 : Est-ce que je prends bien mon spray ?</b>			
<b>Présentation de la séance et résumé de celles d'avant : 10 min</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation de cette séance relative aux traitements personnels du patient</li> <li>Retour sur ce qui a été vu lors des séances collectives : vérifier que le patient a bien compris de quoi on a parlé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les animateurs présentent le déroulement de cette séance</li> <li>Séance en binôme patient/accueillant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaquettes résumées séance 1 et 2</li> </ul>
<b>Objectif 1 : 20-30mn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre comment bien se servir de son inhalateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apprendre à bien utiliser son propre spray, comprendre ses spécificités d'utilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visionnage de vidéos explicatives sur chaque inhalateur pris par le patient</li> <li>Le patient s'entraîne avec des sprays factices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vidéos Zephir</li> <li>Dispositifs factices</li> </ul>
<b>Débriefing : 5 mn</b>	Faire le point sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les ressentis des participants</li> <li>Les notions importantes abordées</li> </ul> Remettre les plaquettes relatives aux bronchodilatateurs du patient et le questionnaire de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'animateur clôture la séance et annonce l'entretien final</li> <li>Remise du questionnaire de satisfaction à remplir sur place</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaquettes sur les bronchodilatateurs</li> <li>Questionnaire de satisfaction</li> </ul>

Objectifs	Méthode	Support
<b>Bilan éducatif initial</b>		
<b>Présentation de l'atelier et de l'objet de l'entretien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un animateur reçoit le binôme patient/accueillant</li> <li>Présentation de l'atelier au patient et à l'accueillant, expliquer qu'il leur est destiné à tous les deux</li> <li>Expliquer le but du bilan : évaluer les connaissances du patient à propos de sa maladie respiratoire et de son traitement inhalé, évaluer la prise du traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document « bilan éducatif »</li> </ul>
<b>Objectif 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluer les connaissances du patient sur sa maladie respiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'animateur pose les questions du questionnaire relative à la maladie</li> <li>Il s'aide de supports visuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartes bronche malade/bronche saine</li> <li>Questionnaire CAT : quel est l'état de votre BPCO ?</li> <li>Echelle mMRC : évaluation de l'essoufflement</li> </ul>
<b>Objectif 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluer les connaissances du patient sur son traitement inhalé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'animateur pose les questions du questionnaire relative au traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document « bilan éducatif »</li> </ul>
<b>Objectif 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluer la prise du traitement inhalé : comment le patient prend-t-il son traitement ? Connaît-il les étapes et les réalise-t-il dans l'ordre ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en pratique : à l'aide de dispositifs factices, le patient doit prendre son traitement comme il le fait habituellement (avec ou sans l'aide de l'accueillant). Correction par l'animateur qui soulève les points positifs et négatifs</li> <li>L'animateur distribue des cartes au binôme, le patient doit les remettre dans l'ordre (avec aide pour la lecture si besoin) puis correction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositifs factices</li> <li>Cartes séquence « étapes pour bien prendre son traitement inhalé »</li> </ul>
<b>Bilan de l'entretien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'animateur résume les points abordés, propose au patient d'intégrer l'atelier si besoin selon l'évaluation. Le cas échéant il lui explique pourquoi l'atelier lui serait bénéfique.</li> <li>Il fait signer l'accord de participation à l'atelier au patient et à l'accueillant et leur remet le planning</li> <li>Si refus de participation ou absence de besoin, il leur remet également les plaquettes de bon usage des bronchodilatateurs que prend le patient et fait visionner les vidéos du guide Zephyr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accord de participation à l'atelier</li> <li>Flyer de présentation de l'atelier</li> <li>Plaquettes sur les bronchodilatateurs</li> <li>Vidéos guide Zephyr</li> </ul>



Objectifs	Méthode	Support
<b>Bilan éducatif final</b>		
<b>Rappel de l'objet de l'entretien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un animateur reçoit le binôme patient/accueillant, si possible l'animateur ayant suivi ce binôme</li> <li>■ Récupérer les questionnaires de satisfaction remis à la fin de la séance 3 : demander des précisions sur les réponses si besoin</li> <li>■ Expliquer au patient que le bilan éducatif final est réalisé dans le but d'évaluer ce qu'il a retenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Document « bilan éducatif » du patient</li> </ul>
<b>Objectif 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluer les connaissances du patient sur sa maladie respiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'animateur pose les questions du questionnaire relative à la maladie</li> <li>■ Il s'aide de supports visuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cartes bronche malade/bronche saine</li> <li>■ Questionnaire CAT : quel est l'état de votre BPCO ?</li> <li>■ Echelle mMRC : évaluation de l'essoufflement</li> </ul>
<b>Objectif 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluer les connaissances du patient sur son traitement inhalé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'animateur pose les questions du questionnaire relative au traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Document « bilan éducatif »</li> </ul>
<b>Objectif 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluer la prise du traitement inhalé : comment le patient prend-t-il son traitement ? Connaît-il les étapes et les réalise-t-il dans l'ordre ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mise en pratique : à l'aide de dispositifs factices, le patient doit prendre son traitement comme il le fait habituellement (avec ou sans l'aide de l'accueillant). Correction par l'animateur qui soulève les points positifs et négatifs</li> <li>■ L'animateur distribue des cartes au binôme, le patient doit les remettre dans l'ordre (avec aide pour la lecture si besoin) puis correction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dispositifs factices</li> <li>■ Cartes séquence « étapes pour bien prendre son traitement inhalé »</li> </ul>
<b>Bilan de l'entretien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'animateur résume les points abordés, réexplique si besoin les points pour lesquels le patient a exprimé des difficultés, répond aux questions</li> <li>■ Il remet au patient et à l'accueillant un certificat de participation à l'atelier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Certificat de participation à l'atelier</li> </ul>

## Serment de Galien

*Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre  
des Pharmaciens et de mes Condisciples.*

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

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

*De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade  
et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*

*En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état  
pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*





## Résumé

Les thérapeutiques inhalées sont incontournables dans le traitement des pathologies respiratoires. Or la majorité des patients ne parvient pas à utiliser correctement son dispositif d'inhalation, souvent par manque de formation ou incompréhension. Ce constat a été fait par la pharmacie du CH psychiatrique d'Ainay-Le-Château, au sein duquel les patients sont hospitalisés en Accueil Familial Thérapeutique. Le pharmacien et son équipe jouent un rôle essentiel dans le renforcement de l'adhésion thérapeutique des patients, notamment au moyen d'activités éducatives. C'est pourquoi, afin d'améliorer leur prise en charge, il a été décidé de créer une activité éducative ciblée (AEC) autour du bon usage des bronchodilatateurs, adaptée à ces patients et à leurs aidants.

Un groupe de travail a été constitué, a élaboré des critères d'inclusion, des objectifs pédagogiques, un bilan éducatif et le contenu de l'AEC. Après validation médicale, une phase de test a été menée avec cinq participants, permettant de mettre en évidence des axes d'amélioration et d'évolution.

L'atelier comprend un bilan éducatif initial et final, deux séances collectives et une séance individuelle, traitant de la maladie respiratoire, du traitement et de la technique d'inhalation. Les outils et documents remis aux patients ont été choisis et créés de façon à être ludiques et compréhensibles de tous.

Cette AEC, par son format court, les méthodes d'animation choisies et l'emploi d'outils interactifs est adaptée à la fois aux patients ayant des troubles cognitifs et à leurs aidants. La poursuite de l'atelier avec d'autres groupes permettra d'évaluer son impact sur les patients et la satisfaction des participants.

### Mots-clés :

- Activité éducative ciblée
- Dispositifs d'inhalation
- Éducation Thérapeutique du Patient
- Bronchopneumopathie chronique obstructive
- Recommandations de bon usage du médicament
- Psychiatrie
- Pharmacie clinique
- Accueil Familial Thérapeutique