

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2016

THESE : 2016 TOU3 2042

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

Lucie JULIEN

**ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES CHEZ LES PATIENTS ASTHMATIQUES :
UNE NÉCESSITÉ ? ENQUÊTE AUPRÈS DE PATIENTS DANS LE TARN**

Le Lundi 27 Juin 2016

Directeurs de thèse : Pr. Brigitte SALLERIN et Mr. Bernard CHAMPANET

JURY

Président : Professeur Brigitte SALLERIN
1er assesseur : Monsieur Bernard CHAMPANET
2ème assesseur : Docteur Sylvie MAYNADIER

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2015

Professeurs Émérites

M. BASTIDE R	Pharmacie Clinique
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G	Physiologie
M. CHAVANT L	Mycologie
Mme FOURASTÉ I	Pharmacognosie
M. MOULIS C	Pharmacognosie
M. ROUGE P	Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CHATELUT E	Pharmacologie	Mme BARRE A	Biologie
M. FAVRE G	Biochimie	Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
M. HOUIN G	Pharmacologie	Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. PARINI A	Physiologie	M. BENOIST H	Immunologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie	Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie	Mme COUDERC B	Biochimie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie	M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique	Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. SIÉ P	Hématologie	M. FABRE N	Pharmacognosie
M. VALENTIN A	Parasitologie	M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
		Mme MULLER-STAUMONT C	Toxicologie - Sémiologie
		Mme NEPVEU F	Chimie analytique
		M. SALLES B	Toxicologie
		M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
		M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
		Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
		M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CESTAC P	Pharmacie Clinique	Mme ARÉLLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme GANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie	Mme AUTHIER H	Parasitologie
Mme JUILLARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique	M. BERGÉ M. (*)	Bactériologie - Virologie
M. PUISSET F	Pharmacie Clinique	Mme BON C	Biophysique
Mme SÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie	M. BOUJILA J (*)	Chimie analytique
Mme THOMAS F	Pharmacologie	Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
		M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
		Mme CABOU C	Physiologie
		Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
		Mme COSTE A (*)	Parasitologie
		M. DELCOURT N	Biochimie
		Mme DERAÈVE C	Chimie Thérapeutique
		Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
		Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A	Toxicologie
		Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme HALOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
		Mme LEFEVRE L	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
		M. LEMARIE A	Biochimie
		M. MARTI G	Pharmacognosie
		Mme MIREY G (*)	Toxicologie
		Mme MONTFERRAN S	Biochimie
		M. OLICHON A	Biochimie
		M. PERE D	Pharmacognosie
		Mme PORTHE G	Immunologie
		Mme REYBIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
		M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D	Hématologie
		Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELANDT M	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires	
Mme COOL C	Physiologie
Mme FONTAN C	Biophysique
Mme KELLER L	Biochimie
Mme PALUDETTO M.N (**)	Chimie thérapeutique
M. PÉRES M.	Immunologie
Mme ROUCH L	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique

(**) Nomination au 1^{er} novembre 2015

Remerciements

À Madame Brigitte SALLERIN, Professeur d'Université et Praticien Hospitalier : je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse, mais également de m'avoir accompagnée en tant que co-directrice dans la réalisation de ce travail. Je vous suis aussi reconnaissante de m'avoir mise en relation avec Mr Bernard CHAMPANET afin qu'il me guide pour l'enquête de ma thèse. Enfin, je tiens à vous remercier pour toutes les connaissances que m'avez apportées pendant ces six années d'études.

À Monsieur Bernard CHAMPANET, Pharmacien d'officine, Vice-président de l'URPS Languedoc Roussillon – Midi-Pyrénées, Président du FSPF du Tarn : je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse en collaboration avec Mme SALLERIN. Je vous fais part de toute ma gratitude pour les conseils et le soutien que vous m'avez apportés pour la réalisation de mon enquête. Enfin, je tiens à vous témoigner mon admiration pour tout ce que vous accomplissez pour le métier qui sera bientôt le mien.

À Madame Sylvie MAYNADIER, Docteur en pharmacie, Pharmacien d'officine : je te remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse, mais surtout de l'intérêt que tu as porté à ce travail. Je tiens à te témoigner toute ma reconnaissance pour m'avoir aidée dans mon enquête. Enfin, je te remercie pour la patience dont tu as fait preuve, ainsi que pour toutes les connaissances et les conseils que tu m'as apportés pendant mon stage de sixième année.

Au Docteur GASTOU, Médecin Pneumologue : je vous remercie pour les conseils que vous m'avez prodigués pour l'élaboration de mon questionnaire, ainsi que pour les connaissances que vous m'avez apportées. Je tiens à vous témoigner toute ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet et pour le temps que vous m'avez consacré. Enfin, je vous remercie de m'avoir donné un aperçu de la collaboration médecin-pharmacien et de ses bénéfices.

À Madame Véronique LADIEU, Responsable Régionale Partenariats Institutionnels, pour les conseils apportés pour l'élaboration de mon questionnaire ainsi qu'à **la Société** m'ayant procuré le matériel afin de réaliser mon enquête.

Aux patients ayant accepté de répondre au questionnaire et m'ayant permis de réaliser ce travail.

À la pharmacie du Martinet et à toute son équipe (Christel et Ali, Hélène, Sylvie, Brigitte, Caroline, Christel, Mariem, Maxime, Nathalie, Nathalie, Sylvie et Catherine) : je vous remercie pour l'aide apportée pour la réalisation de mon enquête. Je tiens également à vous faire part de toute ma reconnaissance pour avoir participé à ma formation et pour m'avoir si bien intégrée à votre équipe durant ces trois mois.

Enfin, **à la pharmacie ESCANDE et à toute son équipe (Mme et Mr ESCANDE, Marie, Fabienne, Isabelle, Patricia et Sylvie)**, je vous témoigne ma gratitude pour les compétences, les connaissances, mais surtout pour la confiance et le soutien que vous m'avez apportés durant ces six années d'étude. J'ai pris plaisir à revenir tous les étés travailler avec vous ainsi qu'à finir ma formation à vos côtés.

À mes parents, pour l'aide apportée pour la réalisation de cette thèse, pour leur soutien depuis toujours, leurs encouragements tout au long de mes études et leur confiance en mes capacités de réussite.

À ma sœur, pour m'avoir inspiré le sujet de ma thèse, pour le temps consacré à la relecture de ce travail, pour sa participation, et pour son soutien depuis toujours.

À flo, pour m'avoir apporté ses compétences « Excel » pour l'interprétation des résultats de mon enquête, pour son soutien et sa confiance, sa patience, tout simplement pour ces huit années à ses côtés.

À ma binome, Justine, pour s'être entraînées depuis sept ans, pour avoir échoué et réussi ensemble, pour avoir partagé les bons moments des études comme les mauvais.

À Adeline, pour tous ses conseils et ses informations apportées durant mes études et durant la rédaction de cette thèse, pour partager ma vision du métier de pharmacien d'officine.

Au groupe (Anaïs, Anthony, Aurore, Benjamin, Charlotte, Christine, Elodie, Gwénaël, Justine, Marine, Mathilde, Mélanie et Mélanie, Pierre...) pour les moments partagés durant ces années de fac, pour leur soutien et leurs encouragements. Je suis ravie d'avoir fait votre connaissance.

À ma meilleure amie Marine, mes copines depuis toujours Marion et Pauline (et Charline et Clothilde etc...), à Laurie (et Romain et Clara), pour leur soutien, leurs encouragements, pour être encore là après sept ans à s'être vues si peu.

Aux amis de Flo (Maxime, Bastien, Tony, Cyril) pour avoir été présents pour Flo pendant ces sept années où je n'étais pas souvent là.

A Aurélien, Cyril, Hélène et Benjamin, pour avoir accepté de participer à mon enquête et pour m'avoir permis de réaliser ce projet.

À Dorine et Edouard, pour m'avoir aidé dans la rédaction de mon résumé « anglais ».

Enfin, **à toute ma famille** (je ne peux tous vous citer mais je pense à chacun d'entre vous), **à ma belle-famille, à tous mes proches, à ceux qui nous ont quittés, à tous ceux que je n'ai pas cités mais auxquels je pense,** pour leur soutien et leurs encouragements.

Enfin, merci à ceux présents ce Lundi 27 Juin 2016 pour me soutenir dans cette dernière épreuve.

Table des matières

Remerciements	5
Liste des abréviations	10
Introduction	11
I- L'asthme	12
1- Épidémiologie	12
2- Physiopathologie	13
2.1- Anatomie de l'appareil respiratoire	13
2.2- Physiopathologie	14
2.3- Facteurs favorisant ou aggravant la pathologie	16
3- Signes cliniques	17
3.1- La crise d'asthme	17
3.2- L'asthme aigu grave (AAG)	18
4- Stratégie thérapeutique	19
4.1- Évaluation du contrôle de l'asthme	19
4.2- Recommandations du GINA	20
4.3- Stratégie non médicamenteuse	20
4.4- Stratégie médicamenteuse	21
4.4.1- Deux types de traitement	21
4.4.2- Classes et molécules	21
Les β 2-agonistes (ou β 2-mimétiques)	23
Les anticholinergiques	23
Les bases xanthiques	24
Les glucocorticoïdes	24
L'antileucotriène	25
L'anticorps anti-IgE	25
4.4.3- Systèmes d'administration des médicaments inhalés	26
Voie principale d'administration	26
Choix de l'inhalateur	26
La chambre d'inhalation	28
Alternative aux inhalateurs : l'aérosolthérapie	29

II-	Les entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques	30
1-	Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique ?.....	30
1.1-	Une forme d'éducation thérapeutique	30
1.2-	Objectifs	30
1.3-	Historique	31
2-	Pourquoi créer un entretien pharmaceutique pour le patient asthmatique ?.....	31
2.1-	Épidémiologie de la pathologie	31
2.2-	Fortes dépenses de santé engendrées	31
2.3-	Mauvais contrôle de la pathologie	32
2.4-	Évolution du métier de pharmacien.....	33
2.4.1-	Une profession de proximité qui s'oppose aux déserts médicaux.	33
2.4.2-	Une nécessité de reconnaissance et de valorisation des compétences	34
2.5-	Objectif de l'entretien « asthme » pour les patients	34
3-	Déroulement d'un entretien pharmaceutique chez le patient asthmatique.....	35
3.1-	Critères d'inclusion des patients asthmatiques	35
3.2-	Conditions à remplir par l'officine.....	35
3.3-	Contenu de l'entretien	36
3.3.1-	Deux entretiens distincts.....	36
3.3.2-	Les outils mis à disposition du pharmacien	36
	Outils mis à disposition par l'Assurance maladie	36
	Autres outils	39
3.4-	L'après-entretien	40
4-	Quel est l'état des lieux un an après la mise en place des entretiens ?.....	41
4.1-	Bilan des entretiens AVK.....	41
4.2-	Bilan des entretiens « asthme »	42
4.2.1-	Bilan général.....	42
4.2.2-	Causes de l'échec des entretiens	42
	Les critères d'inclusion des patients et le recrutement.....	42
	Le déroulement des entretiens	43
	La rémunération	44
	La zone de confidentialité.....	44
	L'absence d'intérêt	44
4.3-	Modifications prévues en 2016.....	45
III-	Enquête auprès de patients asthmatiques.....	46
1-	Objectifs	46

2- Méthodes.....	46
2.1- Type d'enquête	46
2.2- Population ciblée.....	46
2.3- Outils utilisés.....	47
3- Résultats et discussions	49
3.1- Nombre de questionnaires obtenus.....	49
3.2- Présentation des patients de l'enquête.....	50
3.2.1- Âge et sexe des patients de l'échantillon	50
3.2.2- Âge de diagnostic et forme de la pathologie	51
3.3- Suivi médical des patients interrogés	53
3.4- Connaissances des facteurs déclenchant ou aggravant la pathologie.....	54
3.5- Comportement des patients : médicaments, huiles essentielles et tabagisme.....	55
3.6- Hospitalisations	57
3.7- Évaluation du contrôle de l'asthme.....	58
3.7.1- Outils utilisés	58
3.7.2- Critères du GINA	59
3.7.3- Discordances apparues dans l'évaluation du contrôle de l'asthme par le GINA	61
3.7.4- Perception générale par le patient	62
3.7.5- Confrontation des évaluations du contrôle de la pathologie par le GINA et par le patient.....	63
3.7.6- Rôle du tabagisme actif dans le contrôle de l'asthme	66
3.8- Traitements des patients	67
3.8.1- Connaissances des traitements	67
3.8.2- Traitements de crise prescrits.....	67
3.8.3- Traitements de fond prescrits.....	68
3.8.4- Observance du traitement de fond et recours au traitement de crise	70
3.8.5- Conclusion sur l'intérêt des entretiens pharmaceutiques concernant la prise en charge médicamenteuse des patients.....	73
3.9- Intérêt que prêtent les patients aux entretiens pharmaceutiques	74
4- Conclusion de l'enquête.....	77
Conclusion	79
Bibliographie	80
Table des annexes	82
Annexes	83

Liste des abréviations

AAG : asthme aigu grave

ACT : asthma control test

AVK : antivitamine K

$\beta 2(+)$: $\beta 2$ -mimétique ou $\beta 2$ -agoniste

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

DEP : débit expiratoire de pointe

DEPth : débit expiratoire de pointe théorique

GCI : glucocorticoïde inhalé

GINA : Global Initiative for Asthma

HAS : haute autorité de santé

HE : huile essentielle

HPST : hôpital, patients, santé et territoires

IgE : immunoglobulines E

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

PA : paquet-année

RGO : reflux gastro-œsophagien

VEMS : volume expiratoire maximal seconde

Introduction

Le métier de pharmacien d'officine n'a cessé d'évoluer. Auparavant, la principale mission était la délivrance de médicaments et de conseils associés. Mais devant la problématique des déserts médicaux, le déficit grandissant de la sécurité sociale, et la volonté des pharmaciens de mettre à profit leurs compétences dans d'autres domaines, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a élargi en 2009 les missions des pharmaciens à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. Le pharmacien est donc placé au cœur du système de santé dont bénéficient les patients.

En 2014, des entretiens pharmaceutiques ont donc été conçus pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique en officine. Les premiers patients à avoir pu bénéficier de cet accompagnement ont été ceux traités de façon chronique par les anticoagulants oraux de la famille des antivitamines K. En effet, selon la haute autorité de santé (HAS), les accidents hémorragiques dus à ces molécules sont au premier rang des accidents iatrogènes. L'enjeu était donc de réduire la morbidité et la mortalité des patients, en les éduquant sur leur pathologie et leurs traitements, et de limiter les conséquences économiques dues aux nombreuses hospitalisations.

Depuis 2015, une deuxième population peut bénéficier de ces entretiens. Il s'agit des patients asthmatiques majeurs initiant un traitement à base de corticoïde inhalé pour une durée supérieure ou égale à six mois. Pourquoi cette population a-t-elle été ciblée ? Existe-t-il une réelle utilité à éduquer ces patients ? Quelles connaissances les patients peuvent-ils acquérir lors de ces rendez-vous ? Quel est l'état des lieux un peu plus d'un an après leur mise en œuvre ? Les règles régissant le dispositif doivent-elles être modifiées pour le développer ?

Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre. Pour cela, quelques notions sur la pathologie et les traitements antiasthmatiques seront rappelées dans la première partie. Nous verrons dans un second temps les raisons de la mise en place des entretiens chez ces patients, leur déroulement, et les raisons de leur échec. Enfin, nous terminerons par l'analyse de l'enquête que j'ai menée auprès de patients dans deux officines du Tarn, ayant pour objectif de déterminer la réelle nécessité de l'éducation thérapeutique chez les patients asthmatiques.

I- L'asthme

1- Épidémiologie

L'asthme est une pathologie bronchique pouvant survenir à tout âge. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 300 millions de personnes sont atteintes dans le monde (1). L'augmentation de la prévalence dans tous les pays industrialisés pourrait s'expliquer par la majoration des maladies atopiques, de l'obésité ainsi que de la pollution intérieure et atmosphérique (2).

En France, 4 millions d'individus sont touchés par l'asthme. La prévalence s'accroît depuis 1998 (5.8%) pour atteindre actuellement 6 à 7% de la population générale (1). Chez l'enfant, elle est plus élevée, avec un taux variant de 7 à 15 % selon l'âge (3).

Cette maladie peut se manifester par des crises aiguës graves nécessitant des hospitalisations. En 2011, environ 54 000 séjours hospitaliers avec pour diagnostic principal l'asthme ont été enregistrés. Deux tiers concernaient les enfants de moins de 15 ans (4). En France métropolitaine, le taux annuel standardisé d'hospitalisation (incluant adultes et enfants) a connu une nette diminution entre 1998 (10.8/10 000) et 2007 (8,4/10 000). Néanmoins, il est stable chez les adultes depuis 2004. Pour les enfants, il est globalement constant durant la période étudiée (*cf. Annexe, Figure 1*). Toutefois, en détaillant par tranche d'âge, on remarque que le taux ne diminue pas chez les moins de 10 ans et qu'il augmente pour les moins d'un an (1).

Après avoir connu un pic dans les années 1980, potentiellement lié aux épidémies hivernales de grippe, le taux standardisé de mortalité a diminué pour atteindre actuellement 1000 décès par an (1.1/100 000) (*cf. Annexe, Figure 2*). Cette décroissance est la conséquence de l'amélioration de la prise en charge de la pathologie ainsi que de l'utilisation plus large des traitements préventifs. La France se situe donc dans la moyenne du continent, puisque le taux est de 1.1/100 000 dans l'ensemble de l'Europe des 15 et de 1.2/100 000 pour l'Europe des 27. La mortalité est plus élevée chez les femmes (2/100 000) que chez les hommes (1.3/100 000) et l'âge médian est de 78 ans (1).

La France présente des hétérogénéités régionales importantes face à cette pathologie. En effet, le taux de patients traités régulièrement varie selon les régions et peut atteindre 2 à 3% de la population (4), dans l'ouest du pays notamment. Le Tarn fait parti des départements fortement touchés, avec une proportion de personnes traitées fluctuant entre 2.50 et 2.79% (cf. Annexe, Figure 3) (4). Concernant le taux standardisé d'hospitalisation, il est plus élevé dans le nord de la France ainsi que dans les départements d'outre-mer (cf. Annexe, Figure 4) (1).

2- Physiopathologie

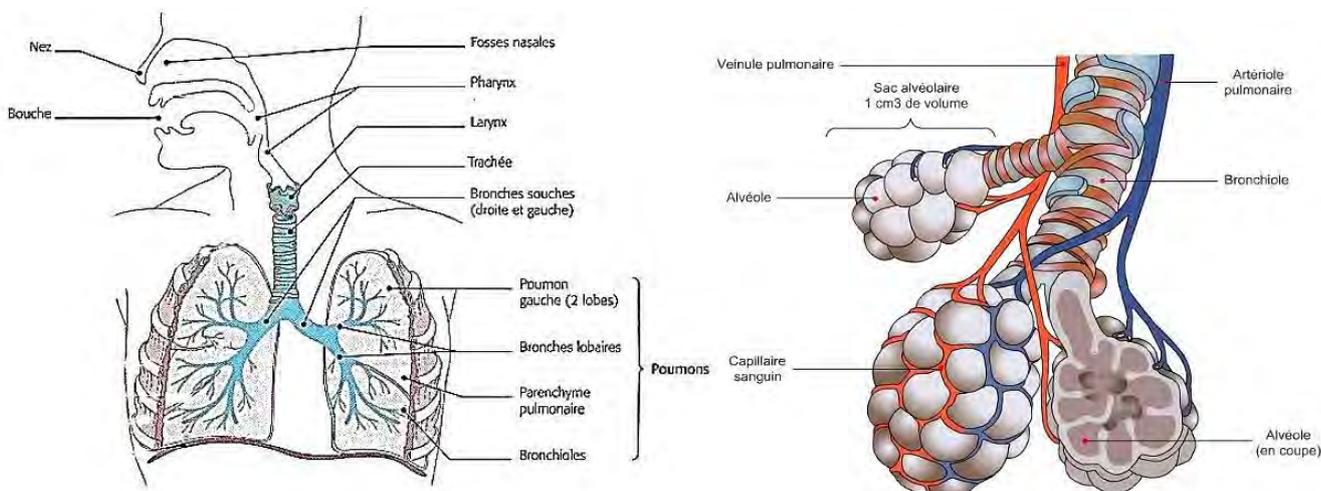
2.1- Anatomie de l'appareil respiratoire

L'appareil respiratoire est divisé en deux zones :

- Les voies aériennes supérieures : composées du nez, du pharynx et du larynx, elles humidifient, réchauffent et filtrent l'air ;
- Les voies aériennes inférieures : elles comprennent la trachée et l'arbre bronchique. Ce dernier comporte les bronches, bronchioles et lobules (constituant à eux trois la zone de conduction de l'air) ainsi que les alvéoles (zone d'échange gazeux entre atmosphère et circulation sanguine). L'oxygène passe alors dans le sang et est échangé contre le dioxyde de carbone qui est expiré.

Un dysfonctionnement de cet appareil peut donc avoir des conséquences sur les échanges gazeux et la fonction respiratoire.

Schéma général de l'appareil respiratoire :



<http://www.ch-roanne.fr>

<http://www.ac-grenoble.fr>

2.2- Physiopathologie

Selon l’OMS, « *l’asthme est un désordre inflammatoire chronique des voies aériennes dans lequel de nombreuses cellules et éléments cellulaires jouent un rôle. L’inflammation chronique est responsable d’une augmentation de l’hyperréactivité bronchique qui entraîne des épisodes récurrents de respiration sifflante, de dyspnée, d’oppression thoracique et de toux, particulièrement la nuit ou au petit matin. Ces épisodes sont habituellement marqués par une obstruction bronchique, variable, souvent intense, généralement réversible spontanément ou sous l’effet d’un traitement* » (2).

L’asthme est un syndrome multifactoriel d’origine génétique mais pour lequel les facteurs environnementaux tiennent une grande importance dans son expression (5). Plusieurs études tendent à confirmer l’implication de mutations de gènes codant par exemple pour les cytokines (2).

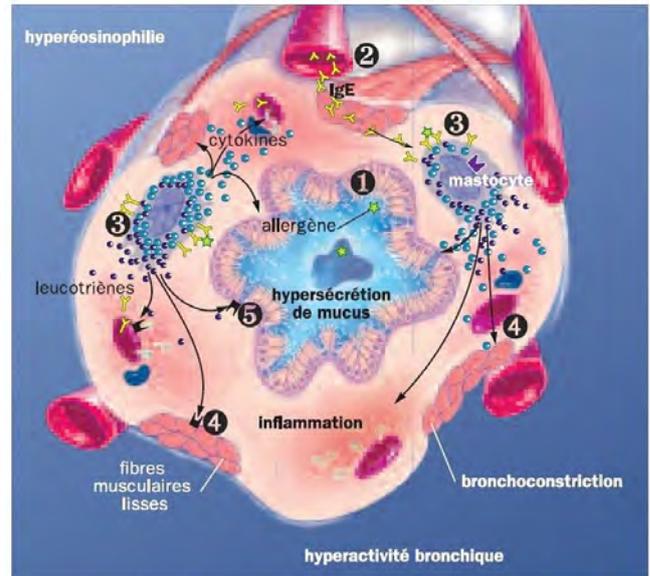
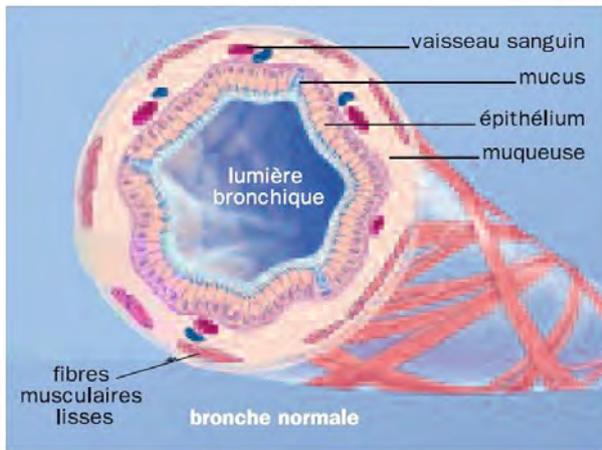
La pathologie est caractérisée par une obstruction bronchique, elle-même définie par deux composantes :

- D’une part, l’inflammation : elle est le plus souvent d’origine allergique (3), avec 50 à 60% des cas (surtout des enfants et des adultes jeunes) (5). Plusieurs études démontrent cependant l’existence d’un asthme non allergique, dit intrinsèque (6). L’inflammation participe à l’hypersécrétion de mucus et donc à l’épaississement de la muqueuse ;
- D’autre part, la bronchoconstriction : elle correspond à un spasme du muscle lisse bronchique qui ferme la bronche. Elle est contrôlée par différents systèmes nerveux (sympathique, parasympathique et non adrénergique non cholinergique) (5). Elle peut être induite par les allergènes mais pas seulement (froid, stress, effort...) (3).

Ces deux phénomènes sont intriqués : plus l’inflammation est importante, plus l’hyperréactivité bronchique augmente. Cette dernière se définit comme la tendance du muscle bronchique à se contracter plus intensément en réponse à un stimulus donné, par rapport à la réponse obtenue chez des individus sains. L’air entre dans les poumons mais en ressort difficilement, expliquant alors la symptomatologie retrouvée (5).

L'inflammation est de survenue lente tandis que la bronchoconstriction est un phénomène rapide (4). Cette distinction explique les deux types de traitement existants : le traitement de fond et celui de la crise.

Comparaison des bronches d'un sujet sain et d'une personne asthmatique :



Le moniteur des pharmacies, formation : cahier 2 n°3029

2.3- Facteurs favorisant ou aggravant la pathologie

Ces facteurs sont divers et variables selon les individus (3) mais le déclenchement de la crise d'asthme est souvent stéréotypé : le patient aura les mêmes facteurs déclenchants pour chaque crise.

On retrouve parmi ces éléments (3) :

- Les particules inhalées (allergènes+++ , irritants) dans les habitations ou à l'extérieur : acariens, moisissures, tabagisme (actif et passif), pollens, animaux, produits chimiques, pollution, environnement professionnel (asthme professionnel) ;
- Les allergènes alimentaires, fréquents chez les nourrissons et les enfants en bas âge ;
- Les infections ORL (virales+++ avec le Rhinovirus) ;
- Les facteurs psychologiques tels que le stress ou une émotion intense ;
- Certains médicaments tels que bêtabloquants, aspirine et AINS, opiacés ;
- Les huiles essentielles (HE) déconseillées ou contre-indiquées de fait de leur teneur en 1.8-cinéole ou eucalyptol (Cajeput, Eucalyptus globuleux, Eucalyptus radié, Laurier noble, Lavande aspic, Mandravasarotra (saro), Myrte verte, Myrte rouge, Niaouli, Ravintsara, Romarin à camphre, Romarin à cinéole...) ou de leurs voies d'administration (diffusion et inhalation) ;
- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) ;
- Le contexte hormonal : il est observé une amélioration de la pathologie à la puberté et une aggravation pendant les menstruations ;
- La polypose naso-sinusienne ;
- L'air froid et sec ;
- Enfin, l'effort physique constitue une forme particulière de la pathologie : l'asthme d'effort (non inflammatoire) qui concerne 90% des adolescents et des enfants asthmatiques (7).

Il est primordial que les patients connaissent ces facteurs afin de les éviter au maximum et de prévenir ainsi les crises (*cf. Annexe, Annexe 1*).

3- Signes cliniques

L'asthme est une affection inflammatoire chronique des bronches caractérisée par un trouble ventilatoire obstructif paroxystique, au moins partiellement réversible. La maladie se traduit donc par des crises et des intervalles libres (sans symptomatologie) entre chacune d'elles. Une autre manifestation possible de la pathologie est l'asthme aigu grave.

3.1- La crise d'asthme

Le plus souvent nocturne ou au réveil (3), elle peut être précédée de signes d'appel tels que :

- Toux quinteuse ;
- Prurit conjonctival ou nasal ;
- Éternuements ;
- Céphalées.

Pendant la crise, une dyspnée paroxystique expiratoire sibilante se produit, en lien avec l'obstruction bronchique. Le patient est souvent anxieux, pâle, et ne tolère pas le décubitus. Il peut ressentir une oppression thoracique. S'ensuit alors fréquemment une phase catarrhale avec des expectorations perlées.

Certains patients peuvent toutefois présenter comme unique manifestation une toux sèche. On retrouve fréquemment ce type de crises d'asthme chez les enfants (4).

La crise se résout généralement de façon spontanée en quelques heures ou à l'aide d'un traitement (5).

Des exacerbations peuvent survenir. Elles se définissent comme une aggravation des symptômes sur plus de 48h, nécessitant alors souvent un recours aux soins (consultation du médecin généraliste ou hospitalisation, selon la sévérité) (2).

3.2- L'asthme aigu grave (AAG)

Il constitue la principale complication de l'asthme et menace le pronostic vital (3). Tout patient asthmatique est susceptible d'en avoir, d'autant plus si l'asthme est ancien, sévère ou instable.

C'est une détresse respiratoire aiguë retrouvée sous deux formes cliniques (3) :

- Un état de mal asthmatique installé progressivement (suite à une exacerbation) ;
- Une crise brutale et sévère d'emblée (due à un bronchospasme intense), ressentie comme inhabituelle par le patient.

L'AAG se manifeste par des signes de gravité tels que :

- Difficulté à parler, tousser ou s'alimenter ;
- Insuffisance respiratoire marquée par :
 - o Une orthopnée (difficulté respiratoire en position couchée) ;
 - o Une cyanose ;
 - o Une agitation ;
 - o Des sueurs ;
 - o Une fréquence respiratoire > 120 cycles / minute ;
 - o Une fréquence cardiaque > 30 battements / minute.

Le débit expiratoire de pointe (DEP) est souvent impossible à réaliser au vu de l'état du patient. De plus, il a été montré que cette mesure pouvait dans certains cas être un facteur aggravant des symptômes (2). Si elle est effectuée, la valeur est en général < 30% du score habituel ou théorique.

Le traitement standard de la crise (β 2-mimétique d'action brève) est ici inefficace.

Toute crise d'asthme doit être prise en charge dès les premiers symptômes. Si elle est inhabituelle, elle nécessite une prise en charge médicale urgente (3).

4- Stratégie thérapeutique

Nous aborderons ici uniquement l'asthme de l'adulte.

4.1- Évaluation du contrôle de l'asthme

L'évaluation du contrôle de la pathologie doit être réalisée régulièrement : tous les trois mois par le médecin traitant et au moins une fois par an par un pneumologue. Elle repose sur différents outils (8) :

- Le questionnaire ACT (asthma control test) (8) (*cf. Annexe, Annexe 2*) : disponible en ligne, il est rempli par le patient et porte sur le vécu de la maladie au cours des quatre dernières semaines. Il concerne l'évaluation globale du contrôle de la pathologie ainsi que la fréquence :
 - De la gêne au travail, à l'école/université, chez soi ;
 - Des épisodes d'essoufflement ;
 - Des troubles du sommeil liés à l'asthme ;
 - D'utilisation du traitement de la crise.

Les cinq questions sont cotées de 1 à 5 points. Un score inférieur à 20 correspond à un asthme insuffisamment contrôlé ;

- Les critères de contrôle d'après les recommandations internationales du GINA 2012 (Global Initiative for Asthma). Réalisée par le médecin, cette évaluation permet de définir trois catégories de patients.

Évaluation du contrôle de l'asthme sur une semaine (9) :

	Contrôle optimal (tous les critères)	Contrôle partiel (1 ou 2 critères)	Non contrôlé (≥3critères)
Symptômes diurnes	Aucun (≤ 2)	> 2 fois dans la semaine	
Limitation des activités	Aucune	Présente	
Symptômes nocturnes / réveils	Aucun	Présents	
Utilisation de β2-mimétiques de courte durée d'action	Aucune (≤ 2)	> 2 fois dans la semaine	
Fonction respiratoire (VEMS ou DEP)	Normale	< 80% de la valeur théorique ou de la meilleure valeur déjà obtenue	
Exacerbations	Aucune	≥ 1 fois dans l'année	1 fois / semaine

4.2- Recommandations du GINA

Révisées en 2006, les recommandations du GINA se basent sur l'évaluation du contrôle de l'asthme (9). Cette appréciation permet de définir des paliers sur lesquels les médecins se basent pour l'adaptation du traitement. Plus le palier augmente et plus l'asthme est sévère et non contrôlé.

Quand le contrôle de la pathologie s'améliore, le traitement peut être maintenu ou modifié pour un niveau de palier inférieur. Dans le cas contraire, il peut être augmenté.

Paliers de traitement de l'asthme et stratégie thérapeutique (10) :

1	2	3	4	5
Éducation et contrôle de l'environnement : éviction des facteurs favorisants ou aggravants				
Traitement de la crise : β2-agoniste (β2+) d'action brève à la demande				
Pas de traitement de fond	Corticoïde inhalé (GCI) à dose faible	Au choix (option préférentielle en gras)		idem palier 4 + au choix :
		Corticoïde inhalé à dose faible + β2-agoniste d'action prolongée	Corticoïde inhalé à dose moyenne ou forte + β2-agoniste d'action prolongée	Corticoïde per os à la plus faible dose possible
		Corticoïde inhalé à dose faible + Montélukast	Corticoïde inhalé à dose moyenne ou forte + Montélukast	Omalizumab
		Corticoïde inhalé à dose moyenne ou forte		Association des deux

4.3- Stratégie non médicamenteuse

Avant toute introduction de médicaments, des mesures préventives doivent être mises en œuvre telles que l'éviction des allergènes, l'arrêt du tabac et des médicaments susceptibles de provoquer des crises (AINS, β-bloquant, opiacés...), le traitement du RGO... (4) (*cf. Annexe, Annexe 1*). Ces mesures sont adaptées à chaque patient selon ses propres facteurs déclenchants ou aggravants. Lorsqu'elles ne sont pas suffisantes, un traitement de fond est alors mis en place.

En complément des traitements, la kinésithérapie respiratoire peut s'avérer très utile pour diminuer l'encombrement bronchique, en facilitant l'expectoration, et améliorer la fonction respiratoire grâce à la rééducation.

4.4- Stratégie médicamenteuse

4.4.1- Deux types de traitement

Pendant la crise, un traitement à base de β 2-agoniste d'action courte est utilisé, accompagné ou non de corticoïde per os selon la sévérité des symptômes. Ce traitement provoque une relaxation des muscles bronchiques, ainsi qu'un élargissement des bronches et donc un meilleur passage de l'air. Il permet un soulagement rapide en quelques minutes. Parmi ses mécanismes d'action, figurent aussi l'inhibition de la dégranulation des mastocytes et la stimulation de la clairance mucociliaire (5).

Selon les stades définis précédemment, un traitement de fond est donné ou non. Avant toute modification de palier, l'observance et la technique d'utilisation des dispositifs doivent être vérifiées (8). En effet, l'absence de prise ou la mauvaise utilisation du traitement sont souvent les causes du mauvais contrôle de l'asthme. Concernant le traitement de fond, il s'agit au minima de corticoïde inhalé à faible dose. Moins l'asthme est contrôlé, plus le corticoïde est administré à forte dose et peut être associé à un bronchodilatateur, tel qu'un β 2-agoniste d'action prolongée, ou au Montélukast. Ce traitement au long cours entraîne (5) :

- Une diminution de l'inflammation des bronches (et de l'hyperréactivité bronchique), rendant le calibre bronchique proche de la normale ;
- Une limitation de la bronchoconstriction grâce à la réduction de l'œdème et de l'hypersécrétion.

Il permet donc de prévenir les crises, de réduire leur fréquence et leur intensité, mais ne les traite pas. Le patient ressent son effet en une à deux semaines.

4.4.2- Classes et molécules

Plusieurs catégories de médicaments sont donc utilisées chez le patient asthmatique. Chaque molécule arrive dans un ordre bien précis dans la stratégie thérapeutique et a des indications bien spécifiques selon :

- Le type d'asthme (allergique, d'effort...);
- La classification de l'asthme en fonction des paliers ;
- La population cible (enfant, adulte...).

Médicaments indiqués chez les patients asthmatiques (à l'exception de ceux utilisés en nébulisation), classes, DCI et princeps :

Classes		DCI	Princeps
Broncho-dilatateurs	Action courte	Salbutamol	Ventoline®, Airomir®, Ventilastin®
		Terbutaline	Bricanyl®
		Salmétérol	Sérévent®
		Formotérol	Asmélor®, Foradil®, Formoair®
	Action prolongée	Fénotérol	
		Bambutérol	Oxéol®
		Vilantérol	
		Terbutaline à libération prolongée	Bricanyl®
	Anticholinergiques	Ipratropium	Atrovent®
		Tiotropium	Spiriva respimat®
Bases xanthiques	Théophylline	Dilatrane®, Euphylline®, Tedralan®, Theostat®, Xanthium®	
	Bamifylline	Trentadil®	
Anti-inflammatoires	Glucocorticoïdes inhalés	Budésonide	Miflonil®, Novopulmon®, Pulmicort®
		Ciclésone	Alvesco®
		Béclométasone	Béclojet®, Béclospray®, Bécotide®, Bémédrex®, Écobec®, Miflasone®, Qvar®,
		Fluticasone	Flixotide®
		Mométasone	Asmanex®
Autres	Antileucotriène	Montelukast	Singulair®
	Anticorps monoclonal Anti-IgE	Omalizumab	Xolair®

Associations fixes de molécules :

DCI	Princeps
Salmétérol + Fluticasone	Sérétide®
Formotérol + Budésonide	Duoresp®, Symbicort®
Formotérol + Fluticasone	Flutiform®
Formotérol + Béclométazone	Formodual®, Innovair®
Fénotérol + Ipratropium	Bronchodual®
Vilantérol + Fluticasone	Relvar®

Les β 2-agonistes (ou β 2-mimétiques)

Ce sont des traitements administrés généralement en inhalation. Ils agissent au niveau des récepteurs β 2 des bronches pour provoquer une dilatation de ces dernières. Les médicaments à courte durée d'action sont utilisés à la demande pour traiter les crises, les autres étant indiqués comme traitement de fond. La durée d'action prolongée de certaines de ces molécules est provoquée par leur lipophilie et permet une administration limitée à 1 à 2 fois par jour (5). Les β 2-agonistes, quelque soit leur durée d'action, peuvent aussi être indiqués en prévention de l'asthme d'effort, 15 à 30 minutes avant l'exercice (7).

Les effets indésirables sont rares, ils surviennent lors d'un passage systémique quand les doses sont très élevées. Il s'agit notamment de tremblements, crampes musculaires, céphalées ou tachycardie (5).

Les anticholinergiques

Leur effet bronchodilatateur, via l'antagonisme des récepteurs muscariniques à l'acétylcholine, est inférieur aux β 2-agonistes (5). La durée d'action plutôt prolongée de ces médicaments inhalés permet là encore un nombre d'administration limité dans la journée. L'Ipratropium est indiqué en cas de crise ou d'exacerbation en complément d'un β 2-mimétique d'action rapide, ou en prévention de l'asthme d'effort lorsqu'il est associé à un β 2-mimétique d'action prolongée. Le Tiotropium est utilisé comme traitement de fond additionnel chez des patients déjà traités par corticoïdes et β 2-agonistes d'action prolongée et qui ont présenté des épisodes d'exacerbations.

Les effets indésirables, rares, sont de type atropinique :

- Une sècheresse buccale et une irritation pharyngée peuvent être retrouvées à dose thérapeutique (8), c'est pourquoi il est recommandé que le patient se rince bien la bouche après la prise ;
- La projection accidentelle dans les yeux peut provoquer une mydriase avec un risque de glaucome par fermeture de l'angle (5). Une gêne, rougeur ou douleur oculaire, une vision trouble ou une perception d'images colorées doivent immédiatement entraîner un avis médical spécialisé ;
- Ces traitements doivent être prescrits avec prudence chez les patients présentant des antécédents d'adénome prostatique ou d'obstruction urétrale (5).

Les bases xanthiques

Ce sont des inhibiteurs de phosphodiesterases, administrés per os, entraînant une bronchodilatation, moins puissante qu'avec les β 2-agonistes, et un effet anti-inflammatoire. Longtemps utilisées dans le traitement de l'asthme, ces molécules ne le sont plus vraiment aujourd'hui. En effet, leur marge thérapeutique est étroite. Les effets indésirables (tachycardie, céphalées, insomnies, troubles digestifs ou encore crises convulsives) sont donc retrouvés pour des doses proches de celles efficaces (5). De plus, elles présentent de nombreuses interactions médicamenteuses via leur métabolisme par les cytochromes (8).

Les glucocorticoïdes

Utilisés en inhalation comme traitement de fond, les effets indésirables de ces anti-inflammatoires sont rares. Il peut néanmoins survenir au niveau local une raucité de la voix, toux, gêne pharyngée ou candidose oropharyngée. Cette dernière est provoquée par la diminution des défenses immunitaires au niveau buccal, entraînant alors une prolifération des germes fongiques. Ces effets peuvent être prévenus par un simple rinçage de la bouche après chaque prise. Une chambre d'inhalation peut aussi réduire le dépôt oropharyngé (5).

L'action de ces traitements portant sur la réduction de l'inflammation et non sur une bronchodilatation, le patient peut ne pas ressentir leur effet lors de la prise. Cela conduit souvent à une mauvaise observance de ces médicaments, qui permettent pourtant de bien contrôler la maladie. Pour remédier à cela, des associations fixes de molécules, notamment de corticoïdes et de β 2-agonistes d'action prolongée, ont été développées. Les glucocorticoïdes sont en général inhalés deux fois par jour. Si l'association n'est pas fixe, il est recommandé de commencer par le β 2-agoniste qui permettra une meilleure pénétration du glucocorticoïde dans l'arbre bronchique (5).

Les corticoïdes oraux peuvent être utilisés en cas d'exacerbation, d'AAG ou de stade sévère. Les effets indésirables par cette voie d'administration étant importants (troubles métaboliques, électrolytiques, trophiques, neuropsychiques, infectieux...), le rapport bénéfice-risque doit bien être évalué. La prescription se fait alors à dose minimale, de préférence sur une durée de 5 à 10 jours (5,8).

L'antileucotriène

Indiqué dans le traitement de fond de l'asthme persistant mais aussi en prévention de l'asthme d'effort, le Montélukast a une action anti-inflammatoire, moins puissante que les corticoïdes, par antagonisme des récepteurs aux leucotriènes. Les effets indésirables sont rares, à type de céphalées, insomnies ou troubles digestifs (8). C'est un traitement oral comprenant une prise par jour.

L'anticorps anti-IgE

L'Omalizumab se fixe aux immunoglobulines E (IgE), empêchant ainsi la dégranulation des mastocytes et donc la libération des médiateurs pro-inflammatoires. Ce traitement est indiqué dans l'asthme allergique dont la dépendance aux IgE a été établie (5).

L'administration est sous-cutanée toutes les 2 à 4 semaines. Des réactions au point d'injection (douleur, érythème, gonflement, prurit) ou des céphalées peuvent survenir. Comme avec toute protéine, des réactions allergiques (dont potentiellement un choc anaphylactique) sont possibles (5).

4.4.3- Systèmes d'administration des médicaments inhalés

Voie principale d'administration

L'inhalation est la voie d'administration la plus fréquente pour le traitement de l'asthme. En effet, elle présente de nombreux avantages (5) :

- La rapidité d'action du principe actif au niveau du site d'intérêt ;
- L'action directe aux bronches, nécessitant une dose inférieure à celle administrée per os ;
- La faible survenue d'effets indésirables grâce au faible passage systémique.

Le principal inconvénient est l'efficacité faible, voire absente, des traitements si la technique d'inhalation n'est pas maîtrisée parfaitement. En effet, la proportion de médicaments arrivant au site d'action quand le dispositif est bien utilisé est déjà peu élevée (moins de 20%), le reste étant déposé dans la bouche et la trachée. Plusieurs systèmes existent, il est donc important que le patient sache manipuler chacun d'entre eux correctement si différents dispositifs sont prescrits.

Choix de l'inhalateur

Le choix de l'inhalateur dépend de plusieurs facteurs (11) :

- La technologie : certains dispositifs nécessitent une coordination main-poumon ou un débit inspiratoire important. Le patient doit avoir des capacités suffisantes pour que le traitement soit efficace. Il faut aussi regarder les effets cliniques du dispositif, et choisir celui dont le rapport bénéfice/risque est le plus favorable ;
- Le patient : l'observance du traitement est meilleure si le dispositif convient à la personne : taille réduite pour faciliter le transport, critères organoleptiques corrects, mais surtout simplicité de manipulation. En effet, certains systèmes trop complexes ne sont pas adaptés à toutes les populations de patients (sujets âgés, enfants, personnes ayant des difficultés de compréhension) ;

- Le prescripteur : les nouveautés sont fréquentes dans le domaine des dispositifs d'inhalation. Il peut être difficile pour un médecin de se former sur toutes ces innovations ainsi que sur les actuelles recommandations. Il prescrit alors souvent les mêmes systèmes, ceux qu'il connaît le mieux. Il doit aussi regarder le rapport coût/efficacité.

Comparaison des différents systèmes d'inhalation (4) :

Systèmes	Déclenchement par :		Autres remarques
	Coordination main- poumon	Flux inspiratoire	
	Aérosol doseur / spray	X	
Spray avec gaz propulseur	Easy- breathe	X	-Perception de la prise
	Aérosol autodéclenché Autohaler	X (nécessite un grand débit)	-Risque de bronchospasme
Poudre sans gaz propulseur		X (nécessite plutôt un grand débit)	-Perception de la prise non systématique -Risque d'irritation des voies respiratoires

Chaque dispositif présente des avantages mais aussi des inconvénients. En effet :

- La coordination main-poumon est parfois difficile, notamment chez les jeunes enfants (moins de 7ans) ou les personnes âgées, ainsi que lors d'une crise assez intense. L'utilisation des systèmes nécessitant cette synchronisation peut alors être impossible. Une des alternatives est l'utilisation d'une chambre d'inhalation (5) (cf. *Annexe, Annexe 3*), utile aussi en cas de mycose buccale ou de raucité de la voix dues à une inhalation répétée de corticoïdes ;

- Le débit inspiratoire suffisant, nécessaire pour certains dispositifs, n'est pas toujours possible (jeunes enfants, crises intenses...) (4) ;
- Le patient ne perçoit pas la prise avec tous les dispositifs (absence de gaz propulseur ou de certains excipients), il peut alors être amené à renouveler les bouffées et augmenter ainsi le risque de survenue d'effets secondaires ;
- Les effets indésirables liés à la prise (toux, irritation, bronchospasme, mycose...) peuvent être une cause de mauvaise observance des traitements.

Les dispositifs d'inhalation peuvent contenir des β 2-agonistes, des glucocorticoïdes ou des anticholinergiques. Ils ont chacun leur particularité en terme de technique d'utilisation (cf. *Annexe, Annexe 4*). Il peut donc être compliqué pour un patient d'avoir plusieurs systèmes prescrits différents.

La chambre d'inhalation

La chambre d'inhalation (cf. *Annexe, Annexe 3*) est un dispositif que l'on place entre la bouche du patient et l'aérosol pressurisé (aérosol doseur). Elle est constituée d'un réservoir qui s'emboîte à l'inhalateur et d'une interface à type de masque facial (plutôt chez les enfants < 6 ans) ou d'embout buccal (chez les adultes ou enfants > 6 ans).

Elle présente différents avantages :

- Elle supprime la coordination main-poumon. En effet, le patient déclenche la dose (l'aérosol se retrouve dans le réservoir de la chambre) et il peut ensuite procéder à l'inspiration ;
- Elle permet également de diminuer la vitesse et la taille des particules réduisant ainsi l'impact oropharyngé (et ses conséquences : raucité de la voix, mycose) et améliorant la pénétration du principe actif au niveau des bronches.

Cependant, différents inconvénients sont présents :

- Malgré les progrès, les chambres restent encore encombrantes.

- Ce dispositif est remboursable sur la base d'une chambre (et des accessoires nécessaires à son utilisation : embout, masque, valves) tous les six mois (12). Cette période correspond à la durée de vie du dispositif médical si un entretien régulier est effectué. Un dépassement est souvent présent pour les chambres d'inhalation des adultes et des enfants de plus de 6 ans ;
- Toutes les chambres sont compatibles avec tous les aérosols-doseurs à l'exception de la chambre « Babyhaler » du groupe GlaxoSmithKline, compatible uniquement avec les sprays du même laboratoire : Bécotide®, Flixotide®, Sérétide®, Sérévent®, Ventoline®.
Cependant, diverses études tentant de démontrer l'efficacité de ces dispositifs médicaux émettent la possibilité d'un comportement aérodynamique spécifique à chaque couple aérosol/chambre. Il y aurait donc un intérêt à utiliser une chambre plutôt qu'une autre selon la molécule (13).

Alternative aux inhalateurs : l'aérosolthérapie

Quand ces systèmes ne sont pas adaptés (personne âgées, enfants en bas âge, hospitalisations...), des nébuliseurs (pneumatiques ou ultrasoniques) peuvent être utilisés. Ce sont des appareils qui génèrent un aérosol à partir d'un principe actif liquide, administré au patient sans nécessité de coordination main-poumon. De plus, les posologies sont plus élevées que pour les inhalateurs et l'efficacité peut donc s'avérer supérieure dans certains cas. Ils ne sont pourtant souvent prescrits qu'en dernier recours car la technique est difficile en ambulatoire et le matériel encombrant. De plus, l'aérosolthérapie n'est prise en charge que sous certaines conditions : la location de l'appareil et l'achat du masque sont remboursables uniquement si les médicaments prescrits pour la nébulisation le sont (14). Le Budésonide et la Béclométhasone étant indiqués dans le « traitement continu anti-inflammatoire de l'asthme persistant sévère de l'enfant », ils ne sont donc pas remboursables chez les adultes. La Terbutaline n'est prise en charge que si la prescription émane d'un médecin spécialiste en pneumologie ou pédiatrie.

II- Les entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques

1- Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique ?

1.1- Une forme d'éducation thérapeutique

L'entretien pharmaceutique est une forme d'éducation thérapeutique du patient, telle qu'on peut la trouver en officine. Selon la définition de l'OMS de 1998, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle a pour objectif d'aider ce dernier (et ses proches) à gérer au mieux sa maladie chronique et ainsi de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie. Pour cela, il doit acquérir des compétences à l'aide d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et de soutien psychosocial (15).

En France, l'éducation thérapeutique trouve sa source dans la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009, aussi connue sous le nom de Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST). Cette dernière, par l'article L.5125-1-1A du code de la santé publique, définit les nouvelles missions du pharmacien d'officine (16). Parmi elles, est citée la participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L.1161-1 à L.1161-5.

1.2- Objectifs

L'entretien pharmaceutique a pour objectif une prise en charge personnalisée et optimale du patient en officine (17). Il a pour finalités :

- D'évaluer les connaissances du patient concernant sa pathologie et ses traitements ;
- D'obtenir l'adhésion du patient à ses traitements et de l'aider à se les approprier afin de promouvoir le bon usage des médicaments. Cela permet d'améliorer l'observance et ainsi de contrôler au mieux la maladie afin d'améliorer la qualité de vie de la personne et de ses proches.

Les autres intérêts de ces entretiens sont d'accroître les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien et de développer la coopération interdisciplinaire.

1.3- Historique

En France, l'entretien pharmaceutique a été instauré pour la première fois en Juin 2013 avec l'avenant n°1 de la convention pharmaceutique (18). Ce dernier concerne le suivi des patients traités de façon chronique par les anticoagulants de la classe des antivitamines K (AVK).

En Décembre 2014, la profession évolue encore avec l'avenant n°4 qui élargit la patientèle de ces entretiens aux personnes asthmatiques répondant à certains critères (19).

2- Pourquoi créer un entretien pharmaceutique pour le patient asthmatique ?

2.1- Épidémiologie de la pathologie

Comme il a précédemment été décrit dans la partie I-1, l'asthme a une prévalence importante (6-7% de la population générale). Le taux d'hospitalisation (54 000/an) et de mortalité (1000/an) sont assez conséquents. Cette pathologie constitue donc un véritable problème de santé publique.

2.2- Fortes dépenses de santé engendrées

En 2006, la dépense médicale ambulatoire des patients non asthmatiques s'élève à 1100€ (20).

Chez les patients souffrant de la pathologie, le coût est de 1605€, soit 1.5 fois plus élevé. Il comprend la prise en charge de l'asthme (21%, soit 330€) mais aussi des autres pathologies déclarées (1275€, soit une dépense 1.2 fois plus élevée que chez les non asthmatiques) (*cf. Annexe, Figure 5*). Ce dernier chiffre peut s'expliquer par une fréquence plus importante des comorbidités chez ces patients, telles que eczéma, rhinite, RGO ou encore dépression.

D'autre part, on peut faire une distinction entre les dépenses de santé des patients asthmatiques contrôlés (1371€) et non contrôlés (2920€, soit 2 fois plus élevée que chez les personnes contrôlées et 2.6 fois plus importante que chez les non asthmatiques).

Le premier poste de dépenses de la population concerne les médicaments, suivi par les consultations chez les médecins généralistes (seulement 10% des patients asthmatiques consultent un pneumologue) (*cf. Annexe, Figure 6*). Le coût moyen pour chacun de ces deux postes est plus important chez les asthmatiques, en particulier chez les non contrôlés. À cela, doivent être ajoutés les frais liés aux hospitalisations, non comptabilisés ici en raison du nombre insuffisant de personnes dans l'échantillon.

Les dépenses de santé engendrées sont donc importantes et pourraient être réduites en obtenant une amélioration du contrôle de l'asthme.

2.3- Mauvais contrôle de la pathologie

En 2006, selon les critères du GINA, seulement 39% des asthmatiques étaient contrôlés (9). En effet, 46% avaient un asthme partiellement contrôlé et 15% étaient totalement non contrôlés. Pourtant, les corticoïdes inhalés prescrits pour de nombreux patients ont une efficacité prouvée importante.

Parmi les facteurs de risque de mauvais contrôle, figurent (9,21) :

- L'âge supérieur à 40ans ;
- Le surpoids et l'obésité ;
- Le tabac ;
- Les catégories sociales défavorisées ;
- La prise en charge thérapeutique insuffisante : 57.5% des asthmatiques partiellement contrôlés et 23.9% des non contrôlés n'ont qu'un traitement à la demande alors que leurs symptômes nécessiteraient un traitement de fond (*cf. Annexe, Figure 7*) ;
- L'observance (évitement des allergènes, utilisation correcte des dispositifs d'inhalation, prise du traitement) insuffisante : selon certaines enquêtes, seulement 50 à 60% des patients asthmatiques sont observants (22,23), 30 à 40% d'après une autre étude (24).

La corticophobie des patients est une des raisons de cette inobservance. En effet, selon une enquête menée auprès de médecins, les patients craignent les effets indésirables tels que l'effet anabolisant ou la dépendance (23).

De nombreux facteurs étant évitables, l'amélioration du contrôle de l'asthme est possible, notamment au moyen des entretiens pharmaceutiques. Le pharmacien peut en effet sensibiliser le patient sur la présence de facteurs évitables le concernant et l'accompagner dans une démarche de limitation de ces éléments.

2.4- Évolution du métier de pharmacien

La profession évolue de jour en jour vers un accompagnement plus important du patient, notamment à travers l'éducation thérapeutique. Cette évolution trouve plusieurs fondements.

2.4.1- Une profession de proximité qui s'oppose aux déserts médicaux.

En 2015, la France présente 22 401 officines, dont 21 772 en métropole (25). L'obligation de maillage territorial permet une homogénéité relative des pharmacies dans le pays et évite ainsi au maximum les déserts. Les pharmaciens sont donc des acteurs de santé disponibles et facilement accessibles pour les patients.

À cela, s'opposent le faible nombre de médecins pneumologues (2952 en 2015) ainsi que leur répartition très hétérogène dans le pays. Il en est de même pour les médecins généralistes pourtant plus nombreux (102 485) (26). Ces inégalités territoriales sont dues à la liberté d'installation des praticiens et compliquent donc l'accès aux soins des patients (soins, mais aussi information et accompagnement). Les médecins, généralistes et spécialistes, reçoivent de nombreux patients chaque jour, il est donc difficile d'assurer un accompagnement complet de chaque patient. Selon une enquête (23), 85% des médecins pensent que l'entourage médical (le pharmacien étant cité 6 fois sur 10) peut aider à la prise en charge du patient.

Les pharmaciens, acteurs de proximité, connaissent bien leurs patients, leurs pathologies et leurs traitements. Ce sont donc des professionnels idéaux pour être un relai d'information, de prévention et d'apprentissage et ainsi accompagner les patients dans leurs maladies chroniques.

2.4.2- Une nécessité de reconnaissance et de valorisation des compétences

Il y a peu, le métier de pharmacien d'officine était principalement consacré à la délivrance de médicaments et de conseils associés.

En 2009, la loi HPST élargit les missions des pharmaciens (16). Parmi elles figurent :

- La coopération entre professionnels de santé ;
- L'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement des patients ;
- Les conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Cette loi permet de replacer le pharmacien d'officine au cœur du système de santé. Les compétences de ce professionnel souvent doctorant, acquises durant les six années d'étude, sont mises en avant et au profit des patients. Ce texte permet également un passage progressif d'une rémunération à la marge vers une rémunération sur objectifs de santé publique, comme les médecins.

2.5- Objectif de l'entretien « asthme » pour les patients

L'objectif des entretiens pharmaceutiques est l'éducation des patients sur leur pathologie (notamment avec l'éviction des facteurs déclenchants) et leurs traitements, en particulier les corticoïdes inhalés. Ces derniers permettent un bon contrôle de la maladie lorsqu'ils sont pris conformément aux prescriptions. L'intérêt de ce programme est donc d'obtenir un meilleur pourcentage de patients contrôlés et de diminuer ainsi le taux d'hospitalisation et de mortalité, ainsi que les dépenses de santé.

3- Déroulement d'un entretien pharmaceutique chez le patient asthmatique

L'Assurance maladie est l'organisme qui rémunère le pharmacien pour la réalisation des entretiens. Elle régit donc en partie leur déroulement. Pour cela, elle fixe des conditions à remplir par le patient mais aussi par le pharmacien.

3.1- Critères d'inclusion des patients asthmatiques

Les patients asthmatiques pouvant être inclus (19) :

- Sont majeurs, à même de pouvoir donner directement leur consentement ;
- Initient un traitement de fond par corticoïde inhalé ou reprennent ce dernier après un arrêt d'au moins 4 mois ;
- Vont être traités par corticoïde pour une durée de 6 mois ou plus ;
- Adhèrent à ces entretiens lors de la première dispensation ou dans les 60 jours maximum à compter de cette date.

Le recrutement des patients est effectué par l'équipe officinale. Elle propose aux patients concernés un suivi et lui remet un document d'information élaboré par l'Assurance maladie (*cf. Annexe, Annexe 5*) (19). L'adhésion est formalisée par la signature en ligne d'un bulletin par le pharmacien, mandaté par le patient. Il doit être conservé 10 ans.

3.2- Conditions à remplir par l'officine

Seuls les pharmaciens inscrits à l'Ordre, titulaires ou adjoints, peuvent réaliser un entretien pharmaceutique. Les préparateurs ou étudiants peuvent y assister avec l'accord du patient.

Le nombre d'entretiens nécessaires au suivi optimal du patient est laissé à l'appréciation du pharmacien et peut donc varier d'une personne asthmatique à une autre. Cependant, le nombre minimal pour que l'officine perçoive une rémunération est de deux rendez-vous par an et par patient. La durée de l'entretien dépend des besoins du patient mais aussi de sa disponibilité. Une durée minimale de 45 minutes est cependant recommandée.

La confidentialité est assurée par un espace permettant de recevoir isolément le patient. Lorsque la situation le requiert (impossibilité de se déplacer due à l'âge ou à l'état de santé de la personne), le pharmacien peut se rendre à domicile.

3.3- Contenu de l'entretien

3.3.1- Deux entretiens distincts

La première séance permet d'éduquer le patient asthmatique sur sa pathologie et ses traitements. Une mission lui est alors confiée : relever ses facteurs déclenchants ou aggravants pour le second entretien.

Le deuxième rendez-vous permet de réaliser un bilan sur les connaissances acquises lors du précédent entretien. Il est ensuite axé sur l'évaluation de l'observance du patient et sur l'éviction des facteurs déclenchant ou aggravant son asthme.

Le pharmacien juge alors de l'utilité de poursuivre l'accompagnement au moyen d'autres séances.

3.3.2- Les outils mis à disposition du pharmacien

Outils mis à disposition par l'Assurance maladie

Le pharmacien a en sa possession, comme support, une fiche de suivi du patient (*cf. Annexe 6*) ainsi qu'un guide (*cf. Annexe 7*) pour l'aider à la remplir (19). Tous les documents sont téléchargeables sur le site www.ameli.fr. La fiche de suivi est divisée en quatre parties :

1- Informations générales sur le patient

Cette première partie comporte :

- Des informations sur le patient (nom, prénom, âge...);
- Le listing des traitements antiasthmatiques du patient avec leurs posologies, mais aussi des autres médicaments : cela permet d'avoir un profil général de la personne ;

- Le suivi médical : par qui le patient est suivi et à quelle fréquence ?
- La présence ou non de difficultés motrices, cognitives ou sensorielles nécessitant une adaptation du traitement, notamment des dispositifs d'inhalation ;
- L'ensemble des outils que possède le patient : peak-flow, auto-questionnaire, programme d'éducation thérapeutique ;
- Le ressenti général concernant la pathologie pour les personnes en reprise de traitement de fond.

2- Notions générales sur le traitement de fond : corticoïdes inhalés

Le pharmacien évalue les connaissances du patient sur plusieurs notions et apprécie si chacune d'elles est acquise, partiellement acquise ou non acquise.

Les principes de traitement : il s'agit ici de savoir si le patient sait distinguer son traitement de fond de celui pour la crise ; s'il connaît leur mécanisme d'action, leurs bénéfices respectifs et leur posologie ; s'il a toujours à disposition immédiate son traitement de la crise et s'il sait quand le prendre.

Si le patient n'a pas acquis toutes ces informations, le pharmacien prend le temps de les lui donner, notamment en lui expliquant la manière dont l'asthme affecte les bronches, par exemple à travers les planches d'illustrations fournies par l'Assurance Maladie : « comprendre ma maladie et bien utiliser mes dispositifs d'inhalation » (19).

Les principes de la technique d'inhalation : le patient manipule ses dispositifs et montre au pharmacien comment il les utilise. Si la technique n'est pas acquise, le professionnel de santé lui détaille les étapes du geste et en fait la démonstration. Il peut là aussi utiliser les planches d'illustrations spécifiques de chaque dispositif (19) ainsi que des placebos.

L'importance de l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés : Le score de Morisky permet d'évaluer l'observance de la personne grâce à quatre questions portant sur : l'oubli de prise du traitement, la difficulté à se rappeler de le prendre et l'arrêt du médicament quand le patient se sent mieux ou moins bien. Le pharmacien peut alors donner des astuces afin de limiter les oublis (alarmes, prendre le traitement à un moment spécifique de la journée...).

Il doit expliquer au patient que l'amélioration de la pathologie n'est possible que grâce au traitement de fond, qui ne doit donc pas être arrêté sans avis médical. Il doit aussi rappeler les règles à suivre pour limiter les effets indésirables des traitements (se rincer la bouche après la prise, utiliser une chambre d'inhalation...).

Les effets indésirables des traitements : l'objectif est de savoir si le patient en présente quand il prend son traitement de fond ou celui pour la crise. La survenue de bronchospasme doit être un motif de consultation.

Les interactions médicamenteuses : le pharmacien doit évaluer les potentielles interactions avec les autres traitements (chroniques ou ponctuels, prescrits ou en automédication) du patient. Il faut rappeler les médicaments contre-indiqués ou déconseillés en présence d'asthme.

C'est aussi l'occasion de faire le point sur les vaccinations, notamment contre la grippe, recommandée et gratuite chez les personnes asthmatiques.

3- Facteurs déclenchant ou aggravant l'asthme et conseils pour les éviter

Le patient doit connaître ses propres facteurs ainsi que ceux pour lesquels un test cutané a été réalisé. Si le patient n'est pas en mesure de donner ces informations lors du premier entretien, il doit y réfléchir et essayer de repérer certains éléments pour le prochain rendez-vous. Le pharmacien lui donne une fiche les répertoriant afin que le patient les coche (*cf. Annexe, Annexe 1*).

Cette partie de l'entretien permet au pharmacien de rappeler les règles et les conseils de prévention. Il peut aussi informer le patient que des conseillers médicaux en environnement intérieur peuvent évaluer l'habitat (acte rémunéré) à l'aide de prélèvements et de diverses mesures, et ainsi proposer des solutions adaptées.

4- Conclusion de l'entretien

Le pharmacien répond aux dernières questions du patient, apprécie son niveau d'information et définit les objectifs du prochain entretien. Avec l'accord de la personne, le professionnel de santé peut entrer en contact avec le médecin en vue d'une coordination interprofessionnelle bénéfique pour le patient. Il peut lui communiquer une synthèse de l'entretien afin d'améliorer la prise en charge globale du sujet.

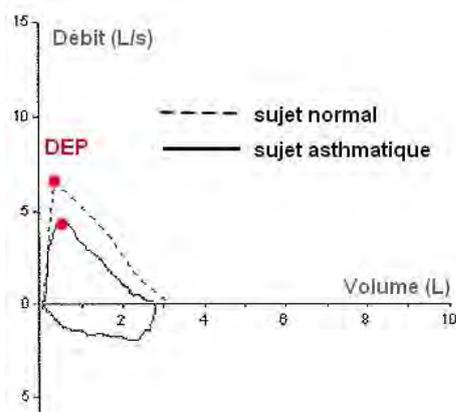
Autres outils

1- Le questionnaire ACT

Le pharmacien peut utiliser le questionnaire (*cf. Annexe, Annexe 2*) cité dans la partie I-4.1. Il permet d'avoir une évaluation du contrôle de l'asthme par le patient.

2- Le peak-flow

Le peak-flow ou débitmètre de pointe est un appareil portable mesurant la vitesse maximale du souffle sur vingt millisecondes lors d'une expiration forcée, soit le DEP, exprimé en L/min ou L/s. Cette valeur reflète l'état fonctionnel des grosses bronches et permet donc de quantifier l'obstruction bronchique et la gravité de l'asthme (5). Un sujet asthmatique détient un DEP de base inférieur à celui d'une personne saine.



Comparaison des DEP d'un sujet sain et d'une personne asthmatique

(Courbe débit-volume issue d'une spirométrie effectuée par le pneumologue sollicité lors de la rédaction de cette thèse.)

Le DEP peut être utilisé en période intercritique, en consultation ou au quotidien par le patient pour :

- Évaluer le rôle d'un allergène (mesure du DEP avant et après exposition, avant un contrôle en laboratoire) ;
- Apprendre à mieux percevoir l'obstruction bronchique. En effet, les signes cliniques tels que dyspnée et sibilances reflètent parfois mal l'état de la fonction ventilatoire. Ces symptômes apparaissent lorsque la réduction du calibre est déjà importante et disparaissent alors que la fonction respiratoire n'est pas totalement revenue à la normale ;
- Suivre l'évolution de la pathologie et dépister une aggravation progressive ;
- Évaluer l'efficacité des médicaments. La mesure est souvent conseillée en période d'initiation ou d'adaptation des traitements.

La mesure est cependant délicate chez les personnes âgées ainsi que chez les enfants. Son utilité en phase aiguë, pendant une crise, est controversée.

Le patient effectue la mesure de préférence debout, ou assis, le dos droit. Il tient l'appareil horizontal, le curseur au bas de l'échelle, inspire profondément puis expire vivement et totalement dans le peak-flow. Il s'agit d'une expiration forcée. L'opération est renouvelée deux ou trois fois et la valeur la plus haute est relevée. Il ne faut pas utiliser le dispositif comme une sarbacane, joues gonflées, la langue dans l'embout, et ne pas entraver le curseur ou les sorties d'air.

Le patient compare la valeur obtenue à celle théorique pour laquelle il existe des variations interindividuelles en fonction de l'âge, du sexe et de la taille. Si la valeur obtenue est :

- > 80% de la valeur théorique, la pathologie est bien contrôlée : **zone verte** ;
- Comprise entre 60 et 80% de la valeur théorique, le patient présente un échappement thérapeutique : **zone orange**. Il est donc conseillé de consulter pour adapter le traitement ;
- < 60% de la valeur théorique, il faut s'assurer de la bonne utilisation du dispositif. Si c'est le cas, il est recommandé d'administrer un β 2-mimétique d'action brève pour traiter l'éventuelle crise : **zone rouge**. Il faut ensuite orienter le patient vers un médecin selon son état.

En effectuant cette mesure pendant l'entretien, le pharmacien peut alors :

- Comparer la valeur obtenue à l'appréciation du contrôle de la pathologie donnée par le patient par le questionnaire ACT ;
- Avoir une information supplémentaire sur le contrôle de l'asthme à communiquer au médecin pour une prise en charge optimale du sujet ;
- Suivre l'évolution de la mesure au fil des entretiens. Cela peut être un moyen de déterminer si le patient retire des bénéfices de ces rendez-vous.

3.4- L'après-entretien

Une fois l'entretien réalisé, le pharmacien le déclare sur le portail internet de l'Assurance maladie. La fiche de suivi peut être enregistrée dans l'ordinateur de l'officine et doit être conservée 10 ans. Les documents sont enregistrés en version papier ou informatique, selon les préférences du pharmacien, et doivent être tenus à disposition des organismes d'Assurance maladie.

La rémunération annuelle, fixée à 40€ par patient et non assujettie à la taxe sur la valeur ajoutée, est effectuée au début du second semestre de l'année n+1 pour les entretiens réalisés au cours de l'année n. Elle est conditionnée à un nombre minimal de deux entretiens par patient, ou un seul si l'adhésion a été effectuée au second semestre de l'année n.

4- Quel est l'état des lieux un an après la mise en place des entretiens ?

4.1- Bilan des entretiens AVK

L'Assurance maladie a réalisé un bilan un an après la mise en place des entretiens AVK (27). En décembre 2014, 63% des officines (soit 14 584) en avaient déjà effectués, représentant 153 375 adhésions. Cependant, le nombre d'entretiens est porté à 161 110, signifiant que tous les patients n'ont pas participé aux deux rendez-vous recommandés.

Selon une seconde enquête réalisée au printemps 2015 par un des syndicats représentant les pharmaciens d'officine (28), 80.5% des pharmaciens ont déjà réalisé un entretien AVK depuis 2013. 19.5% n'en ont pas effectués, principalement par manque de temps. La deuxième raison évoquée regroupe le mode de rémunération, l'absence de demande des patients et l'environnement médical. L'absence de zone de confidentialité figure aussi parmi les causes.

Les bénéfices retirés de ces entretiens (27,28) sont l'amélioration des connaissances, du suivi et de l'observance des patients ainsi que des relations pharmaciens-patients. Le bilan des entretiens AVK est donc, à première vue, positif.

Cependant, 41.2% des pharmaciens s'étant entretenu avec leurs patients ne souhaitent pas continuer cet accompagnement en 2015 (28). Ce chiffre diverge avec celui communiqué par l'Assurance maladie, qui est de 8% seulement (27). Les raisons ne sont pas évoquées. Néanmoins, le mode de rémunération semble être l'une d'entre elles puisque 92% des professionnels ayant effectué les entretiens ne le trouvent pas adapté. En effet, la majorité des patients n'ayant pas participé aux deux rendez-vous, la rémunération, d'un montant trop faible selon certains pharmaciens, n'est alors normalement pas envisageable par l'Assurance Maladie.

4.2- Bilan des entretiens « asthme »

4.2.1- Bilan général

Selon l'enquête réalisée au printemps 2015 par le syndicat (28), soit quelques mois après la mise en place des entretiens chez les patients asthmatiques, seulement 4% des pharmaciens ont réalisé au moins un entretien. Parmi les 96% n'en ayant pas effectués, 66% n'ont pas l'intention de démarrer. Plusieurs arguments sont mis en avant pour expliquer ce faible succès des entretiens « asthme ».

4.2.2- Causes de l'échec des entretiens

Le sondage a été réalisé chez les pharmaciens ne souhaitant pas démarrer les entretiens asthme en 2015 (28). Plusieurs arguments ont été évoqués :

Les critères d'inclusion des patients et le recrutement

74% des pharmaciens déclarent avoir pris cette décision face au recrutement compliqué des patients. En effet, les conditions trop restrictives (initiation d'un corticoïde inhalé ou reprise après 4 mois d'arrêt, pour une durée minimale de six mois de traitement) rendent le nombre de patients éligibles aux entretiens trop faible : le nombre moyen de personnes rentrant dans les critères serait de 7.2 par officine. Certaines pharmacies (16.4%) n'ont aucun patient répondant aux conditions.

Les entretiens AVK, ayant eu un succès bien plus prononcé que celui des entretiens « asthme », n'ont pas cette problématique là. En effet, tous les patients traités par antivitamines K pour une durée minimale de 6 mois sont acceptés pour les entretiens. De plus, l'Assurance maladie les informe par courrier de la possibilité de participer à ces rendez-vous et de leurs finalités. Les pharmaciens peuvent alors en reparler au comptoir quand ils sont face à une ordonnance comportant de tels traitements, aucun délai n'étant demandé pour la décision du patient.

Pour les entretiens « asthme », le recrutement est directement effectué par l'équipe officinale, les patients ne sont pas informés par l'Assurance maladie. Si les médecins ne le sont pas non plus, ou s'ils ne souhaitent pas ou ne pensent pas à promouvoir ces entretiens auprès de leurs patients, les pharmaciens sont alors les seuls interlocuteurs face aux personnes asthmatiques. Le rôle de relai du pharmacien dans l'accompagnement du patient en maladie chronique peut donc être perçu comme un court-circuit du médecin traitant ou du pneumologue.

Le pharmacien doit donc à chaque délivrance de corticoïdes inhalés :

- Vérifier l'historique du patient afin d'être sûr de son éligibilité (initiation ou reprise d'un corticoïde inhalé après un arrêt de quatre mois) ;
- Être certain que le traitement va être instauré pour six mois minimum. Or, de nombreuses ordonnances d'initiation de corticoïdes ne sont prescrites que pour une durée d'un mois afin de permettre le suivi et l'adaptation du traitement par le médecin ;
- Informer le patient de l'existence des entretiens et prendre le temps de lui expliquer leur intérêt et leur fonctionnement ;
- Lui faire part du délai de 60 jours à compter de la délivrance des traitements pour décider de son adhésion ou non.

De plus, l'intérêt de ces entretiens peut être remis en question par les professionnels de santé à cause des critères d'inclusion. En effet, de nombreux patients non éligibles pourraient retirer des bénéfices de ce suivi. Il s'agit notamment des personnes :

- Traitées par corticoïdes depuis longtemps, mais ayant recours bien trop souvent au traitement de la crise ;
- Ayant uniquement un médicament pour la crise alors qu'elles nécessiteraient un traitement de fond.

Le déroulement des entretiens

53.5% des pharmaciens déclarent la durée du rendez-vous trop longue et donc l'impossibilité de s'y investir. La durée conseillée est de 45 minutes minimum pour l'asthme, elle est de 30 minutes pour le premier entretien AVK, 20 minutes pour le second.

La rémunération

Le problème de la rémunération est fréquemment cité. En effet, 61% des pharmaciens déclarent ne pas démarrer les entretiens car ils trouvent la gratification insuffisante. Elle n'est versée que si le pharmacien réalise deux entretiens par patient et par an. Or, comme il a été dit précédemment, de nombreux patients ne participent qu'à un rendez-vous, pensant souvent le second inutile. Les pharmaciens ne sont alors pas rémunérés pour ces actes. De plus, quand les deux entretiens sont réalisés, le paiement n'a lieu que l'année suivante.

La zone de confidentialité

7.5% des pharmaciens ne disposent pas d'une zone assurant la confidentialité de l'entretien. Or, cet espace est obligatoire pour assurer un entretien optimal et préserver le secret médical.

Parmi les officines ayant réalisé des entretiens AVK, 18% ont déclaré avoir créé un espace spécialement dédié à cette mission. Cela n'est cependant pas réalisable dans toutes les officines par manque de place ou de possibilités financières pour effectuer les travaux.

L'absence d'intérêt

Enfin, presque 9% des pharmaciens déclarent ne pas trouver d'utilité à réaliser des entretiens pharmaceutiques. Il serait intéressant de savoir pourquoi ils ne considèrent pas ces rendez-vous bénéfiques :

- Les patients asthmatiques de ces officines sont globalement bien contrôlés ?
- L'éducation thérapeutique est très développée au comptoir lors des délivrances ?
- Les enjeux de santé publique ne sont pas assez perçus ?
- Les pharmaciens préfèrent s'investir dans d'autres missions que l'éducation thérapeutique ?

4.3- Modifications prévues en 2016

Devant l'échec des entretiens pharmaceutiques, diverses modifications doivent permettre de les relancer :

- Les entretiens « Anticoagulants oraux » vont s'élargir aux anticoagulants oraux directs en plus des AVK, avec une durée minimale de traitement de six mois ;
- Les entretiens « Asthme » seront désormais ouverts à tous les patients asthmatiques (majeurs) traités par corticoïdes inhalés, et non plus qu'à ceux initiant ou reprenant un traitement après un arrêt de quatre mois. La durée minimale de traitement doit être de six mois ;
- Le rythme de suivi va être revu pour permettre un accompagnement à plus long terme. Deux entretiens sont toujours prévus la première année (un seul si l'adhésion a été effectuée au second semestre). Ensuite, au moins un rendez-vous est programmé chaque année ainsi que deux évaluations de l'observance à l'aide d'un questionnaire disponible sur le site www.Ameli.fr ;
- La rémunération sera celle prévue jusqu'à présent, soit 40 euros par an et par patient, à laquelle s'ajouteront 30 euros par an et par patient pour le suivi au-delà de la première année ;
- Le recrutement sera modifié puisque l'Assurance maladie s'engage à informer tous les patients concernés sur le contenu et les modalités d'accompagnement prévus, et à les orienter vers les pharmaciens pour intégrer ce dispositif.

Ces modifications sont parues dans diverses revues d'actualités (29) fin 2015-début 2016. Un avenant à la convention pharmaceutique devrait bientôt être édité afin de les officialiser. Un autre bilan devra donc être réalisé pour évaluer le bénéfice de ces modifications et ainsi montrer l'intérêt des entretiens en officine.

III- Enquête auprès de patients asthmatiques

1- Objectifs

L'enquête a pour finalité d'évaluer la nécessité des entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques majeurs. Il s'agit de déterminer si ces rendez-vous peuvent avoir une réelle utilité chez cette population cible et si l'ouverture des entretiens à tous les patients atteints de cette pathologie (présentant un traitement de la crise et/ou un traitement de fond, en initiation ou non) est alors indispensable.

2- Méthodes

2.1- Type d'enquête

Il s'agit d'une étude :

- Bicentrique, réalisée dans deux officines du Tarn (81) situées dans une ville et un village de respectivement 42 000 et 2 200 habitants ;
- Transversale, c'est-à-dire basée sur l'observation d'une population dans sa globalité (ou d'un échantillon représentatif), à un instant t.

2.2- Population ciblée

Le questionnaire a été présenté :

- Aux patients souffrant d'asthme ou de bronchites asthmatiformes, majeurs, se présentant dans les pharmacies pour le renouvellement de traitements de crise ou de fond ;
- Aux patients ne venant pas à l'officine pour leurs traitements antiasthmatiques mais dont l'historique ou l'interrogatoire a permis de constater la présence de la pathologie et de tels médicaments.

Le formulaire n'a malheureusement pas été proposé à tous les sujets répondant à ces critères. On doit donc tenir compte du fait que les personnes interrogées lors de cette enquête ne représentent qu'un échantillon de la population asthmatique des deux officines.

Les patients asthmatiques en instauration de traitement ont été exclus de l'enquête. Ils étaient au nombre de trois. En effet, certaines questions n'auraient pas été complétées par les sujets (facilité de manipulation des dispositifs, observance des traitements). D'autres auraient été faussées par l'absence de traitements (évaluation du contrôle de l'asthme) ou par le diagnostic trop récent de la pathologie (comportement du patient vis-à-vis de sa maladie : médication, tabac...). Il aurait pourtant été intéressant de recueillir l'avis de ces personnes sur l'existence des entretiens pharmaceutiques, de connaître leur souhait d'y participer ou non, ainsi que la teneur du suivi médical au moment de la découverte de la maladie et de l'instauration des traitements.

J'ai également écarté de cette enquête les patients asthmatiques mineurs et ceux présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), sans asthme, car ils ne sont pas éligibles aux entretiens pharmaceutiques.

Ainsi, j'ai obtenu un échantillon des patients potentiellement admis dans ce programme. L'enquête n'est donc pas faussée par des réponses et des avis de personnes qui ne pourraient, malgré les modifications des conditions prévues en 2016, participer à ces rendez-vous.

L'enquête a été réalisée du 4 Février 2016 au 25 Mars 2016 dans la première pharmacie et du 29 Mars 2016 au 29 Avril 2016 dans la seconde, soit sur une période totale de 12 semaines.

2.3- Outils utilisés

(cf. Annexe, Annexe 8)

Pour m'aider dans cette enquête, j'ai conçu un questionnaire synthétisant les différents points abordés lors des entretiens pharmaceutiques. Le but était de pouvoir balayer ces diverses questions rapidement afin que le patient remplisse une partie du formulaire pendant la délivrance de ses traitements. En effet, de nombreuses personnes se rendent à la pharmacie avant le travail ou un rendez-vous et ne peuvent donc consacrer beaucoup de temps à ces sondages. Concevoir un interrogatoire de 5 minutes m'a permis de réduire au maximum les refus de patients.

Avant d'être distribué, j'ai soumis ce questionnaire à la « responsable régionale partenariats institutionnels » d'un laboratoire ainsi qu'à un médecin pneumologue. Ils m'ont permis d'améliorer cet outil et m'ont apporté certaines connaissances nécessaires pour le questionnement des patients (mesure du DEP...etc).

Le formulaire, anonyme, est composé de 17 questions regroupées en 5 parties :

- La première concerne le patient : âge, sexe, âge de début ou de diagnostic de la pathologie et suivi médical. Ces diverses questions permettent d'analyser la suite du questionnaire et d'interpréter les résultats en fonction des caractéristiques des sujets ;
- La seconde étudie la pathologie du sujet et les connaissances qu'il en a, ainsi que son comportement au quotidien : forme d'asthme, facteurs déclenchants ou aggravants, tabagisme actif, médication, hospitalisations ;
- La troisième évalue le contrôle de l'asthme grâce aux critères du GINA ainsi qu'au ressenti des patients. Je me suis isolée dans un espace de confidentialité avec eux pour leur faire réaliser une mesure du DEP. Un peak-flow pour adultes, à embouts jetables, a été utilisé. La valeur mesurée permet de conforter ou non les autres critères de contrôle du GINA ainsi que la perception qu'a le sujet de sa maladie ;
- La quatrième s'intéresse aux traitements des personnes : traitements de crise et/ou de fond, fréquences de délivrance, adhésion et observance ;
- Enfin, après avoir expliqué au début du questionnaire la finalité des entretiens pharmaceutiques ainsi que l'objectif de ma thèse, j'ai posé une dernière question concernant le souhait du patient sur le rôle que peut jouer le pharmacien dans l'accompagnement de sa pathologie. En effet, même si la convention pharmaceutique est modifiée afin de relancer le programme, ce dernier est basé en premier lieu sur la volonté des patients. Il est donc important d'avoir l'avis de ces derniers.

3- Résultats et discussions

3.1- Nombre de questionnaires obtenus

Le questionnaire a été présenté à 42 patients asthmatiques. Trois personnes ont refusé de répondre dont deux par manque de temps. 39 questionnaires ont donc été remplis, 21 dans l'officine de ville et 18 dans la seconde pharmacie. Comme il a été dit dans la partie III-2-2, le formulaire n'a malheureusement pas pu être proposé à tous les patients répondant aux critères que j'avais définis et les trois patients en initiation de traitement n'ont pas été inclus.

Actuellement, en moyenne 7 patients par officine sont éligibles aux entretiens (28). Si ces derniers étaient ouverts à tous les asthmatiques majeurs, quelque soit leur stratégie thérapeutique (traitement de fond instauré depuis longtemps ou en initiation, mais aussi traitement de crise seul), la population pouvant participer aux entretiens serait bien plus importante (au moins vingt personnes par officine, d'après mon enquête). Une des contraintes auxquelles font face les pharmaciens actuellement pour le lancement de ce dispositif ne serait donc plus présente.

Le formulaire a été proposé à plus de 42 personnes. Certains patients étaient traités pour une BPCO et non pour un asthme. En effet, de nombreux aérosols sont indiqués dans les deux pathologies. D'autres sujets présentaient une prescription de corticoïde inhalé pour un épisode de bronchite aiguë. Tous ces patients n'ont donc pas été inclus dans l'enquête. Lors de l'identification des sujets, il est apparu quelques discordances :

- Une personne s'est présentée avec un traitement indiqué spécifiquement pour l'asthme (Montelukast) et a déclaré souffrir de bronchite chronique pure (pas de forme asthmatiforme) ;
- Une autre, âgée de 20 ans et présentant une ordonnance pour des aérosols à base de β 2-mimétique et de corticoïde ainsi qu'un antihistaminique (le profil correspondait donc plutôt à un asthme allergique), a là aussi affirmé l'absence de la pathologie et a précisé qu'il ne s'agissait que de simples allergies.

Il existe donc une difficulté au niveau du diagnostic de la pathologie : le patient ne sait-il pas qu'il est asthmatique parce que le médecin ne l'a pas officiellement déterminé ? Ou bien est-ce plutôt un problème de compréhension ou de déni de la maladie de la part du sujet ?

Si ces patients ne sont réellement pas asthmatiques, les utilisations hors-AMM de tels traitements posent alors problème. En effet, ces médicaments ont été étudiés uniquement pour certaines indications et ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour ces mêmes propriétés. On ne connaît pas l'efficacité de ces molécules dans la bronchite chronique (pour le Montelukast) ou dans le traitement ponctuel d'une allergie, ni les risques encourus par les patients.

3.2- Présentation des patients de l'enquête

3.2.1- Âge et sexe des patients de l'échantillon

Nombre de patients en fonction de l'âge et répartition des sujets par tranche d'âge et par sexe :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 1 et 2)

La population de l'enquête est âgée de 25 à 78 ans, la moyenne d'âge se situant à 50 ans. La maladie est présente à tous les âges. Les tranches de 46 à 60 ans (28.2% des patients) et de 61 à 78 ans (33.3%) sont les plus représentées ici en comparaison aux 18-30 ans (20.5%) et aux 31-45 ans (18%). En effet, 3 personnes asthmatiques sur 5 ont plus de 46 ans.

Le questionnaire a été rempli par 23 femmes, soit 59% des patients, et 16 hommes, soit 41%. Le sexe féminin de cet échantillon de population est globalement plus touché par la maladie, à l'exclusion de la tranche des 18-30 ans. Le sexe ratio (hommes/femmes), tout âge confondu, est de 0.7.

Nous pouvons donc remarquer que l'asthme est une pathologie qui concerne l'ensemble de la population. Elle touche tous les sujets quelque soit leur âge ou leur sexe. Il est donc important que les entretiens pharmaceutiques soient ouverts à tous les patients majeurs, féminins ou masculins, tout âge confondu, pour avoir un réel impact sur la santé publique.

3.2.2- Âge de diagnostic et forme de la pathologie

Répartition des patients par âge de diagnostic et par sexe :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 3)

L'âge de début ou de diagnostic de l'asthme est variable chez les personnes interrogées. La pathologie débute le plus fréquemment dans l'enfance, entre 0 et 14 ans (53.8% des patients, soit plus d'une personne asthmatique sur deux). À cette période, la maladie touche approximativement les deux sexes de façon indifférente (28.2% de garçons et 25.6% de filles, soit un sexe ratio de 1.1). À partir de l'adolescence, la maladie se déclare plus chez les sujets féminins. Les femmes sont en effet quatre fois plus touchées que les hommes entre 15 et 25 ans, trois fois plus entre 26 et 39 ans et deux fois plus au-delà de 40 ans.

La deuxième tranche d'âge la plus marquée par le diagnostic, les deux sexes confondus, est celle des plus de 40 ans (23.1%).

L'asthme débute donc peu chez les 15-25 ans (12.8%) et chez les 26-39 ans (10.3%).

Répartition des patients en fonction de la forme de la pathologie :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 4)

L'asthme allergique est la forme la plus représentée de la pathologie, avec 84.6% des patients atteints. Plus de la moitié de ces derniers (57.6%) présentent en plus un asthme d'effort (soit 48.7% de la totalité des patients). La forme allergique pure concerne 35.9% des personnes asthmatiques. Aucun patient de l'enquête ne présente un asthme d'effort sans une forme allergique associée. L'asthme non allergique est minoritaire, il touche 15.4% des sujets de l'enquête.

Répartition des formes d'asthme en fonction de l'âge de diagnostic :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 5)

La forme de la pathologie diffère selon l'âge de diagnostic :

- En effet, on remarque que les personnes ayant déclaré un asthme **dans l'enfance (0-14 ans)** ont tous une forme allergique, plus ou moins accompagnée d'asthme d'effort. Le graphique fait pourtant apparaître un profil non allergique chez 5% des patients diagnostiqués à cet âge (soit 2.6% de l'ensemble des personnes). Il s'agit en fait d'un unique sujet, asthmatique non allergique actuellement, mais pour lequel la maladie s'est dans un premier temps déclarée sous une forme allergique quand il était enfant. L'asthme a ensuite régressé pour se manifester à nouveau quelques années plus tard sans facteurs déclenchants allergiques ;
- Quand la pathologie débute **entre 15 et 39 ans**, il s'agit là aussi d'une forme allergique, pure ou associée à un asthme d'effort (pour les 15-25 ans) ;
- Enfin, **au-delà de 40 ans**, la maladie se manifeste sous les trois types. La forme non allergique est très présente (une personne sur deux diagnostiquées à cet âge). Une personne sur quatre a une forme allergique pure et une personne sur quatre y associe un asthme d'effort.

La forme allergique est le plus souvent accompagnée d'asthme d'effort (à l'exclusion de la tranche d'âge de diagnostic 26-39 ans). Ce dernier est très présent jusqu'à 25 ans. En effet, 61.9% et 79.8% des personnes diagnostiquées respectivement entre 0 et 14 ans et entre 15 et 25 ans en présentent.

Répartition des formes d'asthme en fonction de l'âge des patients :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 6)

Les patients, au moment de l'enquête, n'ont pas tous la même forme d'asthme. Les sujets de moins de 60 ans ont tous une forme allergique (à l'exclusion d'un patient de 40 ans, non allergique). La forme non allergique est présente chez les patients âgés de 61 ans ou plus mais est minoritaire (38.4% des plus de 60 ans). L'asthme d'effort, associé aux allergies, est présent dans toutes les tranches d'âge.

Le pharmacien doit aménager le contenu de ses entretiens selon le profil du patient. La forme allergique étant majoritaire, il doit mettre l'accent sur les facteurs déclenchants allergiques dans la majorité de ces rendez-vous. Cependant, les patients diagnostiqués tôt connaissent peut-être mieux ces facteurs et n'auront pas besoin de les rechercher pour le second rendez-vous. Le travail d'éviction pourra alors être entrepris dès le premier entretien. Enfin, le pharmacien doit adapter son discours à l'âge de la personne. En effet, les patients très âgés n'ont parfois pas les mêmes capacités de compréhension que les adultes jeunes.

3.3- Suivi médical des patients interrogés

Suivi médical par les généralistes ou les pneumologues/allergologues et fréquences des consultations :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 7, 8 et 9)

Les patients n'ont pas le même suivi médical malgré les recommandations (tous les trois mois par le généraliste et au moins une fois par an par le pneumologue).

Les patients consultent à 97.4% un médecin généraliste au moins une fois par an. Un des sujets ayant répondu au questionnaire ne consulte pas le médecin traitant pour son asthme (ou moins d'une fois par an), il est suivi tous les trois mois par son pneumologue. 43.6% des personnes sont suivies par le généraliste au moins tous les trois mois comme il est indiqué dans les recommandations. 17.9% s'y rendent quand c'est nécessaire au niveau clinique, lors d'une crise par exemple. Ils ne savent donc pas à quelle fréquence ils consultent.

Seulement deux patients sur trois (66.7%) consultent un pneumologue et/ou allergologue (contre 10% selon le rapport (20) de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé). Cependant, 34.6% des patients suivis par un spécialiste ne le consultent au maximum qu'une fois tous les deux ans. Seulement 41% de l'ensemble des patients suivent donc les recommandations du suivi par le spécialiste.

Seulement 35.9% des personnes ont un suivi optimal (généraliste et pneumologue, aux fréquences recommandées). L'absence d'accompagnement peut constituer un facteur de mauvais contrôle de la pathologie. Le pharmacien peut être un acteur indispensable pour dépister ces consultations irrégulières et promouvoir une bonne prise en charge médicale.

3.4- Connaissances des facteurs déclenchant ou aggravant la pathologie

Connaissance des facteurs déclenchants ou aggravants :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 10 et 11)

Les facteurs déclenchants ou aggravants sont connus par 89.7% des patients. Les quatre sujets déclarant ne pas les connaître ont tous un profil non allergique de la pathologie. Ces personnes ont déclaré ne pas faire de crises d'asthme (dyspnée expiratoire sibilante, toux sèche...) mais plutôt présenter une gêne respiratoire ou un essoufflement. Cette forme d'asthme paraît donc plus complexe cliniquement. Les patients ne connaissent généralement pas les facteurs déclenchant les crises car ils n'en subissent pas vraiment. Les deux autres patients non allergiques reconnaissent les éléments déclencheurs : les sinusites pour la première personne et le stress pour la seconde. Les patients allergiques, plus ou moins accompagnés d'asthme d'effort, ont tous su citer quelques facteurs aggravants.

Facteurs déclenchants ou aggravants cités par les patients :

(cf. Annexe, Annexe 9, Tableau 1)

Dix neuf facteurs ont au total été cités par les patients. Deux d'entre eux se distinguent des autres : le pollen (cité 19 fois, soit par 48.7% des patients) et les acariens (15 fois, soit par 38.5% des sujets). Derrière eux, figurent la poussière (28.2%), l'effort (23.1%), le froid et le stress (12.8% chacun). Certains éléments déclencheurs sont peu cités voire pas du tout (tabac). Cela ne signifie pas qu'ils ne sont pas présents chez ces patients. Nous pouvons juste supposer qu'ils ne sont pas déclarés car ils concernent moins fréquemment les patients ou que ces derniers nient leur implication (ou n'en sont pas conscients).

Même si tous les patients allergiques connaissent leurs facteurs aggravants, les entretiens pharmaceutiques peuvent se révéler bénéfiques : ils peuvent compléter ces connaissances. En effet, le pharmacien distribue à la première séance une liste de facteurs. Le patient doit y relever ses propres éléments déclencheurs pour le second rendez-vous. Ce dernier peut alors être axé sur leur éviction, afin d'obtenir un meilleur contrôle de la pathologie. En effet, de nombreux éléments sont évitables, au moins en partie.

Il peut être difficile d'aborder ce point chez les asthmatiques non allergiques dont la pathologie ne se manifeste pas de la même façon.

3.5- Comportement des patients : médicaments, huiles essentielles et tabagisme

Il est important d'évaluer le comportement du patient au quotidien au regard de sa pathologie. En effet, certains facteurs de mauvais contrôle sont réellement évitables.

Le questionnaire étudie ici la présence de tabagisme actif ainsi que l'utilisation de certains médicaments et des huiles essentielles :

- L'Ibuprofène et l'Acide acétylsalicylique, contre-indiqués en cas d'antécédents d'asthme lors de l'utilisation de ces traitements ;
- La Codéine et les sirops opiacés, contre-indiqués chez tout asthmatique ;
- Les HE contre-indiquées ou déconseillées de fait de leur teneur en 1,8-cinéole (eucalyptol) ou de leurs voies d'administration (diffusion ou inhalation).

Proportion de fumeurs parmi les patients :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 12)

Plus d'un patient sur 4 (25.6%) a déclaré fumer actuellement. Le nombre moyen de cigarettes consommées par jour est de 8.6 tandis que celui des paquets-années (PA) s'élève à 5.4. Un PA correspond à la consommation d'un paquet (20 cigarettes) par jour pendant un an. Cette valeur a surtout une importance dans l'évaluation du risque de développement de cancer du poumon.

Tous les patients fumeurs ont affirmé que la cigarette ne déclenchait pas ou n'aggravait pas leurs crises d'asthme. Il est pourtant démontré que le tabac est un des principaux facteurs irritants connus.

Utilisation de médicaments déconseillés ou contre-indiqués :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 13)

L'Ibuprofène et la Codéine en comprimé sont les deux médicaments contre-indiqués les plus utilisés (30.8% des patients pour chacun des deux). L'Acide acétylsalicylique et les sirops opiacés sont respectivement consommés par 23.1% et 17.9% des sujets.

Utilisation d'huiles essentielles :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 14 et 15)

Huit patients (20.5%) sont concernés. Ces personnes consomment toutes des HE déconseillées ou contre-indiquées en présence d'asthme :

- L'une d'entre elles (12.5%) a recours à de l'HE de Ravintsara.
- Trois sujets (37.5%) consomment des HE de Lavande, Romarin ou Eucalyptus, mais n'ont pas précisé leur variété (Lavande aspic ? Romarin à camphre, à cinéole ? Eucalyptus globuleux, radié ?). Il est donc probable que ces huiles employées soient déconseillées.
- Sept patients (87.5%) ont recours à la diffusion ou l'inhalation, dont deux ne savent pas quelles huiles ils utilisent.

Rôles du pharmacien dans l'utilisation de ces « produits de santé » :

L'utilisation des HE peut s'avérer très bénéfique, y compris chez les patients asthmatiques. Ces produits doivent cependant être manipulés avec précaution. Le pharmacien est là pour guider le patient dans cet emploi.

Il n'y a pas vraiment de problèmes avec l'Ibuprofène et l'Acide acétylsalicylique si les patients tolèrent bien ces molécules. Ils doivent néanmoins rester prudents. Le pharmacien doit déconseiller l'utilisation de ces traitements en automédication par les patients asthmatiques.

La difficulté se trouve ici dans la consommation de codéine ou de dérivés opiacés dans les sirops pour la toux sèche par exemple. Ils sont formellement contre-indiqués. Le pharmacien doit toujours questionner le patient sur ses antécédents quand il est confronté à une demande spontanée de ces molécules ou pour un conseil nécessitant potentiellement leur utilisation. Il doit expliquer aux patients pourquoi leur utilisation est interdite et profiter de ce moment pour rappeler les autres traitements déconseillés au regard de leur pathologie. Mais ces médicaments sont parfois prescrits par les médecins. Le pharmacien se doit de faire l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Pour autant, il ne peut vérifier toutes les contre-indications des traitements vis-à-vis des antécédents médicaux.

Les entretiens pharmaceutiques, en éduquant les patients, peuvent permettre d'anticiper ces problèmes. En effet, les pharmaciens apprennent ou rappellent les molécules contre-indiquées aux patients et leur font acquérir le réflexe de déclarer tout antécédent médical à leur médecin lors d'une prescription de traitements. Ces rappels semblent nécessaires puisque 27 des 39 patients, soit 69.2%, n'ont pas un comportement parfaitement adapté à leur pathologie (médicaments et huiles essentielles ; 74% des patients si l'on inclut le tabac). Pourtant, aucun de ces patients ne vient d'être diagnostiqué (ce qui expliquerait que certains points ne soient pas encore acquis), les rendez-vous doivent donc être ouverts à tous les patients asthmatiques, quelque soit la date d'initiation des traitements.

3.6- Hospitalisations

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 16)

Quinze patients (38.5%) ont déjà été hospitalisés pour leur asthme. La majorité d'entre eux n'a en fait été admis à l'hôpital qu'une fois. C'est lors de cet événement qu'ils ont été diagnostiqués comme asthmatiques. Un sujet a vécu cependant plusieurs passages aux urgences dont un qui s'est avéré presque fatal.

Les hospitalisations, hormis celles liées au diagnostic de la pathologie, ne sont donc pas ici majeures. L'éducation thérapeutique peut tout de même limiter l'admission aux urgences ou l'hospitalisation en réanimation de ces rares patients concernés.

3.7- Évaluation du contrôle de l'asthme

3.7.1- Outils utilisés

J'ai souhaité réaliser ici une évaluation du contrôle de l'asthme à l'aide de deux techniques différentes :

- La première est une appréciation du contrôle de la pathologie sur les sept derniers jours. Elle se base sur cinq des six critères du GINA. Celui des exacerbations n'a pas été traité. En effet, il aurait été nécessaire de commencer par définir les exacerbations aux patients avant de leur demander leurs fréquences. Le questionnaire aurait donc été un peu plus long. De plus, certaines personnes (patient âgés, catégories sociales défavorisées) n'auraient peut-être pas compris le sens du mot et les résultats auraient donc été faussés.

Critères du GINA	Reflet du mauvais contrôle de l'asthme
Symptômes diurnes	> 2 fois dans la semaine
Limitation des activités	Oui
Symptômes nocturnes/au réveil	Oui
Recours au traitement de la crise	> 2 fois dans la semaine
DEP	< 80% de la valeur théorique

Interprétation :

- 0 critère : asthme **totalément contrôlé**
- 1 à 2 critères : asthme **partiellement contrôlé**
- ≥ 3 critères : asthme **non contrôlé**

Une des contraintes de ce test est l'intervalle de temps étudié (sept jours). Un patient peut, sur cette période uniquement, avoir un asthme non contrôlé (par exemple car il s'agit d'une période pollinique très importante), le reste de l'année se déroulant sans crises. À l'inverse, un patient peut ponctuellement bien gérer sa maladie sur quelques jours alors qu'elle n'est en fait que très peu contrôlée le reste du temps. Cette évaluation est donc intéressante mais ne peut se suffire en elle-même.

- Le deuxième moyen est d'évaluer le contrôle de la pathologie par la perception qu'en a le patient :

- Pas du tout
 - Très peu
 - Un peu
 - Bien
 - Totalement
- } Contrôlé

⇒ Il est intéressant de confronter les deux évaluations. En effet, le ressenti du patient ne correspond souvent pas à l'évaluation concrète de la maladie.

3.7.2- Critères du GINA

Évaluation globale par le GINA :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 17,18 et 19)

Les trois stades de contrôle sont représentés dans cet échantillon de population :

- En effet, 41% des patients sont totalement contrôlés. Ils n'ont aucun élément de mauvais contrôle de la pathologie ;
- Près de trois personnes sur cinq (59%) n'ont pas un contrôle optimal :
 - L'asthme partiellement contrôlé est présent chez 33.3% des sujets. 76.9% d'entre eux (25.6% de l'ensemble des personnes) présentent un critère de mauvais contrôle de l'asthme, 23.1% (7.7% des patients totaux) en ont deux ;
 - L'asthme non contrôlé concerne 25.6% des patients. Trois critères de mauvais contrôle se retrouvent chez 20% des sujets non contrôlés (5.1% de l'échantillon total), quatre éléments chez 50% (12.8% de l'ensemble des sujets) et cinq critères chez 30% (7.7% de tous les patients).

Le critère de mauvais contrôle le plus fréquent est la présence de symptômes nocturnes sur les sept derniers jours (43.6% des patients). S'ensuivent le recours au traitement de la crise plus de deux fois dans la semaine (33.3%) et la limitation des activités (28.2%). Les symptômes diurnes d'une fréquence supérieure à deux par semaine sont moins présents (20.5%). Le DEP est inférieur à 80% de la valeur théorique chez 23.1% des patients.

Débit expiratoire de pointe :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 20)

Seulement trois patients (7.7%) utilisent un peak-flow à la maison pour auto-évaluer le contrôle de leur asthme. La manipulation est le plus souvent uniquement réalisée lorsque le patient ressent une aggravation de la pathologie.

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 21, Tableaux 2 et 3)

J'ai commencé par expliquer au patient, à l'aide de mots simples, comment utiliser le peak-flow, avant de lui faire une démonstration.

La majorité des sujets a réussi à utiliser ce dispositif. Deux patients, assez âgés, ont eu des difficultés. Ils réalisaient en fait une expiration très longue au lieu de souffler intensément et rapidement dans le dispositif.

Trois personnes sur quatre (76.9% des patients) ont obtenu un DEP correct.

Cinq sujets (12.8%) ont eu un débit en zone jaune :

- Deux d'entre eux avaient un épisode de bronchite aigüe ;
- Une personne avait effectué un effort avant la mesure ;
- Les deux derniers patients ont eu des difficultés à réaliser le test. L'un d'entre eux, au bout de plusieurs essais, a finalement obtenu un DEP effleurant la limite des 80% de valeur théorique.

Quatre patients (10.3%) ont été alertés d'un DEP en zone rouge.

- L'un était malade au moment du test ;
- Les trois autres ont signalé avoir un très mauvais souffle de base. Nous avons cependant redirigé un des trois patients vers son médecin car il se sentait un peu essoufflé à ce moment là (un vent assez intense était présent). Nous avons alerté un deuxième sujet car il partait le lendemain en vacances en altitude. Il s'agit du patient ayant été hospitalisé plusieurs fois pour son asthme, lequel se déclenche principalement par le stress. Les soucis du départ associés à l'altitude du lieu pouvaient donc décompenser sa pathologie. Nous lui avons rappelé quelques consignes de sécurité (avoir toujours son traitement de crise sur lui, alerter les secours le plus rapidement possible, au vu de ses antécédents, continuer son anxiolytique durant son voyage...etc.).

Cette évaluation, facile à réaliser pour la plupart des patients, devrait être promue. En effet, elle permet de dépister une aggravation de l'asthme ou au contraire l'amélioration suite à une modification de la prise en charge médicamenteuse par exemple. Le patient peut alors ensuite s'orienter vers son médecin pour un bilan plus complet. Les entretiens pharmaceutiques peuvent favoriser l'utilisation de ce dispositif en expliquant au patient son intérêt et son fonctionnement. Ce dernier point est majeur puisque l'on remarque une amélioration du DEP lorsque le patient s'entraîne à utiliser un peak-flow. En effet, une utilisation incorrecte du dispositif peut totalement fausser les mesures. Il est donc important que les personnes s'approprient cet appareil. Le pharmacien peut également proposer au patient de réaliser régulièrement la mesure à ses côtés. Il peut alors avoir un suivi du DEP et rediriger le patient vers son médecin si besoin. Le pourcentage élevé de patients n'utilisant pas de peak-flow chez eux, ainsi que le nombre de mesures ayant révélé un DEP moyen ou mauvais, justifient la nécessité de ces entretiens en officines.

3.7.3- Discordances apparues dans l'évaluation du contrôle de l'asthme par le GINA

Certaines incohérences apparaissent dans les résultats.

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 22, 23 et 24)

Quatre patients (10.3%) ont obtenu un DEP correct (> 80% de la valeur théorique) malgré la présence des quatre autres critères de mauvais contrôle de la pathologie. La perception de ces patients concorde plus avec le résultat du DEP qu'avec les autres critères, puisque les sujets se considèrent comme totalement (25%), bien (50%) et un peu (25%) contrôlés.

Sept patients (17,9%) ont obtenu une valeur > 80% du DEP théorique (DEP_{th}) et ont pourtant déclaré avoir été limités dans les activités quotidiennes sur les sept derniers jours. Leur ressenti général de la pathologie correspond plutôt au résultat du DEP puisque ils se définissent comme un peu (14.2%), bien (42.9%) et totalement (42.9%) contrôlés.

Deux patients (5.1%) ont obtenu un DEP < 80% de la valeur théorique sans présenter d'autres critères de mauvais contrôle de la pathologie. L'une de ces personnes a affirmé avoir un mauvais souffle de base, sans forcément se sentir essoufflée ou présenter des signes de crises. La deuxième venait de faire un effort avant d'effectuer la mesure. Leur perception générale s'accorde ici avec les critères du GINA autres que le DEP. En effet, ces sujets se considèrent comme totalement contrôlé pour un des patients et bien contrôlé pour l'autre.

Il est donc très important de ne pas interpréter les critères du GINA indépendamment les uns des autres. Il faut les étudier dans leur ensemble (symptômes et DEP) et les confronter aussi au ressenti général des patients.

3.7.4- Perception générale par le patient

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 25)

À la question, « globalement, comment évaluez-vous le contrôle de votre asthme ? », j'expliquais aux patients qu'il s'agissait ici de répondre par rapport à la fréquence des crises, à la gestion de ces dernières lorsqu'elles surviennent...Etc. Cinq choix étaient possibles : pas du tout contrôlé, très peu, un peu, bien et totalement. La difficulté ici est l'influence que l'on peut avoir sur les réponses des patients en posant la question. J'utilisais donc les mêmes termes pour chaque patient afin de ne pas biaiser les résultats. Mon intention était d'obtenir des réponses franches, sans que les patients ne réfléchissent trop, afin de savoir quelle était leur première pensée concernant le contrôle de leur asthme. Cette question, contrairement à l'évaluation par le GINA, n'était pas basée sur un intervalle de temps limité.

La majorité des personnes (38.5%) se considèrent comme bien contrôlées. S'ensuivent les perceptions « totalement » (35.9%) et « un peu » (20.5%). Deux patients (5.1%) se définissent comme très peu contrôlés, aucun ne déclare être « pas du tout contrôlé ».

3.7.5- Confrontation des évaluations du contrôle de la pathologie par le GINA et par le patient

Voici une correspondance possible des résultats donnés par les deux évaluations :

GINA	Perception du patient
Totalement contrôlé	Totalement contrôlé
Partiellement contrôlé	Bien/un peu contrôlé
Non contrôlé	Très peu/pas du tout contrôlé

Comparaison des niveaux de contrôle donnés par le GINA et par le patient :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 26)

Si l'on étudie les résultats des deux évaluations indépendamment l'une de l'autre, nous constatons que 41% des patients sont totalement contrôlés selon le GINA, 35.9% selon les sujets eux-mêmes. Les résultats sont donc ici assez similaires. Le GINA définit 33.3% des patients comme partiellement contrôlés tandis qu'ils sont approximativement deux fois plus (59%) à se considérer comme tels. Enfin, près d'un patient sur quatre serait non contrôlé selon le GINA (25.6%) alors que seulement deux patients (5.1%) ont ce ressenti général, soit cinq fois moins.

Le nombre de patients défini pour chaque niveau de contrôle de l'asthme n'est donc pas le même selon le GINA et les sujets eux-mêmes. De surcroît, si l'on croise les données de ces évaluations, les résultats révèlent des incohérences encore plus importantes.

Confrontation des évaluations du contrôle de l'asthme par le GINA et par le patient :

(cf. Annexe, Graphiques 27 et 28)

En effet, si l'on se base sur les résultats du GINA (Graphique 28) :

- 25.6% des patients sont non contrôlés. Parmi eux, 10% se considèrent pourtant comme totalement contrôlés et 80% comme partiellement (60% « bien », 20% « un peu »). Seulement 10% d'entre eux se définissent réellement comme non contrôlés (« très peu ») ;
- 33.3% des patients sont partiellement contrôlés. Or, seulement 69.2% d'entre eux se définissent comme tels (53.8% « bien » et 15.4% « un peu »). Le ressenti « totalement contrôlé » est présent chez 30.8% d'entre eux ;

- Enfin, 41% des sujets sont totalement contrôlés. Cependant, seulement un peu plus de la moitié (56.2%) d'entre eux ont ce ressenti. En effet, 37.5% de ces patients pensent être partiellement contrôlés (« un peu » pour un patient sur quatre, « bien » pour un patient sur huit). Ils sont 6.3% à se définir comme très peu contrôlés.

On est donc confronté à des patients dont le ressenti est négatif alors que le contrôle de leur asthme est très satisfaisant sur les sept derniers jours. Au contraire, certains patients, pour lesquels le GINA démontre un mauvais contrôle de la pathologie, estiment cette dernière bien gérée. Alors qu'en est-il vraiment ?

- L'intervalle de temps étudié par le GINA est-il trop restrictif pour obtenir une évaluation globale du contrôle de la pathologie ? En effet, l'appréciation du contrôle sur sept jours ne reflète pas nécessairement le contrôle sur l'ensemble de l'année.

Quatre patients non contrôlés selon le GINA étaient malades au moment du questionnaire (infection bronchique ayant exacerbé leur asthme). L'un d'entre eux avait en plus consommé une cigarette juste avant la mesure du DEP. Ces personnes peuvent très bien contrôler totalement ou partiellement leur pathologie la majorité du temps. Une patiente, partiellement contrôlée selon le GINA, avait en effet ressenti des crises cette semaine là. Nous étions en période pollinique. Elle m'a signalé que son asthme ne se déclenchait que durant cette saison et qu'elle ne présentait aucun signe le reste de l'année ;

- Les patients sous-estiment-ils le contrôle de leur asthme ?

Plusieurs patients ont déclaré se définir comme totalement contrôlés, non pas car la fréquence de leurs crises est faible, mais parce qu'ils arrivent très bien à gérer ces dernières lorsqu'elles surviennent. Ils semblent se contenter d'un contrôle partiel ou d'une absence totale de contrôle dès lors qu'ils gèrent les symptômes quand ils apparaissent. Ils ne conçoivent pas que leur pathologie pourrait être mieux voire totalement gérée. Ils ne sont pas non plus conscients qu'une de leur crise peut se manifester sous forme d'AAG, pouvant conduire à une hospitalisation et au décès.

Il est donc indispensable que les professionnels de santé utilisent plusieurs outils et qu'ils les confrontent, afin d'évaluer le contrôle de l'asthme des patients. Les entretiens pharmaceutiques en officine peuvent présenter plusieurs avantages :

- D'une part, le pharmacien, à l'aide de ces différentes questions, a la faculté d'effectuer un premier contrôle de la maladie et de dépister les incohérences entre le GINA et le ressenti du patient. Il peut élargir l'intervalle de temps du GINA d'une semaine à un mois, par exemple, afin d'obtenir un aperçu plus général. À la suite de ces questions, il peut orienter le patient vers son médecin traitant ou son pneumologue, pour une évaluation plus poussée et une amélioration de la prise en charge ;
- D'autre part, le pharmacien peut, par exemple en montrant au patient le tableau d'évaluation du GINA, s'évertuer à lui faire prendre conscience de :
 - o La définition du « mauvais contrôle de la pathologie » ;
 - o La possibilité d'une réduction maximale de la fréquence des crises d'asthme ou de la limitation des activités.

Ces entretiens peuvent donc modifier la vision que le patient a de sa pathologie et ainsi obtenir de sa part la volonté d'un meilleur contrôle. En effet, la prise de conscience du sujet sur son état actuel est la première étape vers une amélioration du niveau de contrôle de la pathologie.

Le pourcentage de patients à priori non contrôlés (selon le GINA ou les patients eux mêmes) démontre la nécessité des entretiens pharmaceutiques. L'interrogatoire du patient mais aussi l'échange entre celui-ci et le pharmacien peuvent permettre d'identifier les sources du mauvais contrôle de la pathologie (évitement des facteurs aggravants insuffisante, inobservance des traitements, mauvaise manipulation des dispositifs d'inhalation, prise de poids...). Une fois ces facteurs identifiés, un travail afin de les limiter peut alors être réalisé, suivi d'une évaluation des bénéfices des démarches mises en œuvre.

3.7.6- Rôle du tabagisme actif dans le contrôle de l'asthme

Les patients fumeurs ont tous précisé combien de cigarettes par jour ils consomment actuellement. L'évaluation du contrôle de l'asthme par le GINA sur les sept derniers jours peut donc être étudiée en fonction de cette consommation, afin de déterminer si le tabagisme est un réel facteur déclenchant ou aggravant la pathologie.

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 29 et 30)

La majorité des patients fumeurs sont partiellement contrôlés (40%). Les 60% restant se répartissent à égalité entre un asthme non contrôlé (30%) et totalement contrôlé (30%). La répartition chez les non fumeurs est différente. Le contrôle de la pathologie est meilleur puisque 44.8% des patients non fumeurs sont totalement contrôlés, 31% partiellement, et 24.2% sont non contrôlés.

D'autres facteurs que le tabac différencient certainement ces deux populations, des biais sont présents. On peut donc juste supposer que le tabagisme actif est un élément de mauvais contrôle de la pathologie. Pour l'affirmer, il faudrait disposer de deux groupes de personnes qui se distinguent uniquement par la consommation ou non de tabac. Aucun des patients fumeurs n'a cité le tabac comme facteur déclenchant ou aggravant leur asthme. Est-ce vraiment objectif ? Les patients nient-ils l'implication du tabac dans la fréquence et l'intensité de leurs crises ou n'en ont-ils réellement pas conscience ?

Les entretiens pharmaceutiques, au moyen de discussions sans tabou avec les patients, peuvent tenter de répondre à ces questions. Le pharmacien peut ensuite expliquer le rôle du tabac dans la physiopathologie de la maladie et s'évertuer à faire prendre conscience aux patients des risques de cette consommation, mais aussi des effets bénéfiques qu'aurait l'arrêt de la substance. Si le patient entreprend un sevrage, il serait alors intéressant de voir l'évolution du contrôle de l'asthme à court et moyen terme, au moyen de l'évaluation par les critères du GINA mais aussi de l'autocontrôle par l'ACT. Les entretiens sont nécessaires puisque le pourcentage d'asthmatiques fumeurs, même s'il n'est pas majeur, est trop élevé. Le tabac étant considéré comme l'un des principaux facteurs aggravants, l'objectif est de réduire au maximum le taux de tabagisme actif chez les patients asthmatiques.

3.8- Traitements des patients

3.8.1- Connaissances des traitements

Tous les patients questionnés connaissent le nom de leurs traitements ainsi que les conditions dans lesquelles ils les utilisent (traitement de crise, de fond).

3.8.2- Traitements de crise prescrits

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 31)

La majorité des patients (69.2%) traite leurs crises avec un médicament de la classe des β 2-mimétiques d'action brève. Les autres traitements prescrits sont les associations β 2-mimétique d'action prolongée + corticoïde inhalé (2.6% des sujets) et β 2-mimétique d'action brève + β 2-mimétique d'action prolongée + corticoïde inhalé (7.7%). Les corticoïdes oraux sont utilisés en complément d'un β 2-mimétique d'action brève lors d'une exacerbation, chez deux patients. Nous pouvons supposer ici que seuls ces deux sujets ont pensé à ce traitement complémentaire, lors de l'enquête. En effet, au vu de l'historique, d'autres patients ont déjà eu une prescription ponctuelle de Prednisolone pour leur asthme. Un patient (2.6%) utilise systématiquement un corticoïde oral lors de ses crises. Enfin, cinq patients (12.8%) n'ont pas de traitement de crise. Trois d'entre eux présentent un asthme non allergique qui ne se manifeste pas vraiment sous forme de crises. Aucun sujet ne traite ses crises avec uniquement des corticoïdes inhalés ou des β 2-mimétiques d'action prolongée.

Pour rappel, les seuls traitements recommandés lors de la survenue d'une crise sont les β 2-mimétiques d'action brève (Salbutamol, Terbutaline).

Les recommandations sont donc suivies chez 32 personnes (82.1%). En effet, 29 patients traitent leurs crises uniquement par un β 2-mimétique d'action brève (deux sujets ont un corticoïde oral en complément, en cas d'exacerbation) et 3 n'ont pas de traitement mais ont une forme d'asthme non allergique (ils ne font pas vraiment de crises). Sept personnes ont donc un traitement de crise non recommandé, six d'entre elles sont pourtant suivies par leur médecin traitant et leur spécialiste, la dernière ne consultant que le généraliste.

Y a-t-il une explication à ces prescriptions ? Certains patients utilisant leur traitement de fond en cas de crises ne subissent en réalité que très peu ces dernières. Or, le risque qu'elles surviennent est tout de même présent. Ne faudrait-il donc pas que le patient ait toujours avec lui un réel traitement de crise, dans l'hypothèse où l'une d'elles apparaîtrait ?

(cf. Annexe, Annexe 9, Tableau 4)

La molécule la plus prescrite pour le traitement de la crise est le Salbutamol (71.8% des patients). Elle est utilisée sous forme d'aérosol doseur chez vingt-sept patients et en autohaler chez une patiente. Le traitement par Terbutaline concerne quatre patients (10.3%). Il s'agit d'un turbuhaler. Arrivent ensuite les β 2-mimétiques d'action prolongée et les corticoïdes.

3.8.3- Traitements de fond prescrits

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 32)

Les traitements de fond sont très variables d'un patient à un autre. Plus de la moitié des patients (56.4%) ont un traitement par β 2-mimétique d'action prolongée associé à un corticoïde inhalé. La même association est présente avec une prescription complémentaire de Montélukast (chez 12.8% des sujets), β 2-mimétique d'action brève (2.6%) ou d'anticholinergique (2.6%). Les corticoïdes inhalés sont prescrits seuls chez 5.1% des personnes interrogées ou associés au Montelukast (2.6%). Ce dernier médicament est le seul traitement de fond de 2.6% des patients, tout comme les β 2-mimétiques d'action prolongée utilisés seuls. Aucun patient n'est traité par de l'Omalizumab ou un corticoïde oral au long cours. Quatre patients (10.3%) n'ont pas de traitement de fond.

(cf. Annexe, Annexe 9, Tableau 5)

Les anti-inflammatoires les plus prescrits sont le Fluticasone (51.3%) et le Budésonide (28.2%), suivis de la Béclométazone (7.7%). Chez les β 2-mimétiques d'action prolongée, le leader est le Salmétérol (51.3%), précédant le Formotérol (23%). Sont aussi prescrits le Salbutamol (7.7%) et le Tiotropium (2.6%). Les prescriptions les plus courantes sont des associations de corticoïde inhalé et de β 2-mimétique d'action prolongée : Fluticasone et Salmétérol (48.7% des patients), Budésonide et Formotérol (17.9%).

Niveaux de contrôle de la pathologie (GINA) en fonction du traitement de fond :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 33 et 34)

Comme pour le traitement de crise, il existe des recommandations pour la prescription de médicaments de fond. Mais ces dernières dépendent du niveau de contrôle de la pathologie. Il ne faut donc pas interpréter la prescription individuellement (la stratégie répond-elle oui ou non à une des recommandations de traitement de fond ?) mais plutôt la confronter à l'état du patient.

Un seul des quatre patients ne détenant pas de traitement de fond est totalement contrôlé (sur les sept jours précédant le questionnaire). Il serait donc judicieux d'avoir une nouvelle réévaluation, plus poussée, et d'instaurer en fonction un traitement de fond.

Les patients sous β 2-mimétique d'action prolongée associé à un corticoïde inhalé et un anticholinergique ou un β 2-mimétique d'action brève sont non contrôlés. L'association corticoïde inhalé et Montélukast ne semble pas être optimale pour le patient concerné par ce traitement. Le Montélukast seul ne suffit pas non plus au contrôle de l'asthme du sujet traité uniquement par cette molécule. Aucun des deux patients traités par un corticoïde inhalé seul n'est totalement contrôlé. Un l'est partiellement, le second pas du tout. En ce qui concerne l'association β 2-mimétique d'action prolongée, corticoïde et Montélukast, elle permet le contrôle d'un seul patient sur cinq. Une réévaluation de l'état de tous ces patients serait donc nécessaire afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse.

Le traitement de fond par corticoïde associé à un β 2-mimétique d'action brève, pourtant non recommandé, permet le contrôle optimal de la maladie des deux patients concernés. Plus de la moitié (54.5%) des patients traités par l'association β 2-mimétique d'action prolongée et corticoïde inhalé sont totalement contrôlés. Seulement trois sujets ne le sont pas du tout avec ce traitement.

La stratégie permettant le meilleur taux de patients totalement contrôlés (30.8%) est l'association β 2-mimétique d'action prolongée et corticoïde inhalé. Les deux autres traitements de fond aboutissant à un contrôle optimal de la pathologie sont les combinaisons β 2-mimétique d'action prolongée, corticoïde, Montélukast et β 2-mimétique d'action brève, corticoïde.

On remarque que les traitements de fond ne suivent pas toujours les recommandations. Ces prescriptions ont-elles lieu d'être ? Les médecins ont-ils commencé par instaurer les traitements les plus préconisés aux patients, avant de les modifier face aux échecs successifs ? Ou n'ont-ils jamais suivi les directives pour ces patients là ? Auquel cas, nous ne pouvons conclure de l'inefficacité des stratégies thérapeutiques recommandées.

Plus important encore, ces traitements, préconisés ou non, ne permettent pas le contrôle optimal de tous les patients. L'évaluation du GINA réalisée lors du questionnaire ne se basant que sur sept jours, on ne peut pas conclure à l'absence totale de résultats de ces médicaments. Une réévaluation globale de l'état des patients doit être menée par les médecins avant toute modification de la prise en charge médicamenteuse. Cette dernière peut se traduire par une augmentation de posologie, un remplacement, une suppression ou un ajout d'une classe de médicaments. Néanmoins, avant même la réévaluation du niveau de contrôle de la pathologie, l'observance des traitements doit être étudiée.

3.8.4- Observance du traitement de fond et recours au traitement de crise

Fréquences de prise du traitement de fond :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphique 35)

Parmi les 35 patients possédant un traitement de fond au moment de l'enquête, sept ont déclaré ne pas l'utiliser tous les jours :

- Pour cinq d'entre eux, un traitement de fond n'est instauré ou complété (ajout d'une ou plusieurs molécules à celle déjà prescrite toute l'année) que ponctuellement, le plus souvent en période pollinique. Ce sont donc des patients qui prennent bien leur traitement tous les jours, mais uniquement à certaines périodes de l'année ;
- Deux des sept patients ne sont pas observants. Le premier sujet ne prend le Formotérol que ponctuellement (le Budésonide est pris tous les jours). La deuxième patiente ne prend pas son Budésonide (seul traitement de fond prescrit) tous les jours. Elle m'a confié qu'elle ne ressentait pas l'effet du corticoïde de suite et qu'elle arrêtaient donc souvent de l'utiliser. Je lui ai alors expliqué le fonctionnement du traitement de fond et son utilité.

Je lui ai précisé qu'il mettait quelques jours ou semaines à agir, que l'on ne ressentait pas un effet immédiat sur la respiration mais qu'il permettait de diminuer la fréquence et l'intensité des crises sur le long terme.

Un patient a signalé avoir arrêté le Montélukast car, après plusieurs mois de traitement, il ne ressentait pas d'amélioration. Cette modification de prise en charge n'a, au début, pas été supervisée par son médecin.

Plusieurs patients ont déclaré être satisfaits des associations fixes entre β 2-mimétique d'action prolongée et corticoïde, diminuant ainsi le nombre de prises.

L'adhésion au traitement de fond semble donc globalement satisfaisante. Pour autant, un entretien de cinq minutes avec les patients ne peut l'affirmer. En effet, les patients ont tous paru sincères lors de l'interrogatoire et ont semblé comprendre l'enjeu de cette thèse. Ils savaient qu'ils répondaient de façon anonyme et que l'objectif était de donner des réponses authentiques afin de réaliser une interprétation correcte de l'état actuel de la pathologie asthmatique. Cependant, on ne peut affirmer que toutes les réponses communiquées sont véridiques ou objectives. Par ailleurs, il est important de noter que plusieurs patients n'adhèrent pas à leur traitement de fond car ils n'en connaissent pas les mécanismes, d'autres modifient leur stratégie thérapeutique sans consulter au préalable leurs médecins.

Fréquences de délivrance du traitement de fond :

À la question, « à quelle fréquence venez-vous chercher votre traitement de fond à la pharmacie ? », trois choix de réponses étaient possibles : < 1fois/mois, 1fois/mois, >1fois/mois. Lorsque c'était possible, j'ai vérifié la réponse grâce à l'historique de délivrances ou en confrontant la posologie prescrite au nombre de doses ou de comprimés disponibles dans une boîte de traitement. La majorité des réponses peut être considérée comme correcte.

Fréquences de délivrance du traitement de la crise et niveaux de contrôle :

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 36 et 37)

Près de trois patients sur quatre (73.5%) ayant un traitement en cas de crise viennent le chercher moins d'une fois par mois. 17.6% des patients ont une délivrance régulière, tous les mois, tandis que 8.8% viennent plus souvent.

Si l'on confronte les fréquences de délivrance avec le niveau de contrôle de la pathologie sur les sept derniers jours :

- On remarque que 25% des patients totalement contrôlés viennent pourtant chercher leur traitement une fois par mois (une de ces personnes l'utilise également en traitement de fond) et que 8.3% viennent plus souvent. Seulement 66.7% des patients totalement contrôlés sur les sept derniers jours semblent donc l'être toute l'année. Il ne faut cependant pas oublier que de nombreux patients préviennent l'asthme d'effort par un β 2-mimétique, expliquant alors une fréquence de délivrance du traitement de crise plus élevée que prévue ;
- A contrario, respectivement 80% et 75% des patients non et partiellement contrôlés viennent tout de même moins d'une fois par mois chercher leur traitement. On peut donc supposer que le nombre de sujets insuffisamment contrôlés est en réalité plus faible que celui donné par l'enquête sur les sept derniers jours.

Manipulation des dispositifs d'inhalation :

Tous les patients ont déclaré ne pas avoir de difficultés pour utiliser les dispositifs d'inhalation. Néanmoins, un patient m'a confié avoir du changer de système car il n'obtenait pas d'efficacité. En effet, le premier traitement de fond prescrit était un « diskus ». Le patient avait un aérosol doseur comme traitement de crise. Au bout d'un certain temps sous corticoïde inhalé, il ne ressentait toujours pas d'amélioration. Était-ce une difficulté à manipuler cet appareil ? Était-il habitué à l'aérosol doseur et à la perception de la prise ? Ou n'avait-il pas un débit inspiratoire assez important pour le système « diskus » ? Son médecin lui a alors modifié le traitement : il a gardé la même association de molécules mais a opté pour un aérosol doseur. Depuis, le patient ressent l'efficacité du traitement de fond et n'a quasiment plus recours à celui de la crise. Une deuxième patiente, asthmatique et mère d'un enfant asthmatique, m'a confié que le système « diskus », qui lui convient parfaitement, n'a pas été adapté à son fils. Il a du repasser à un aérosol doseur.

Les dispositifs doivent être sélectionnés selon les caractéristiques des patients (dextérité, débit inspiratoire...etc.) et doivent être réévalués après l'instauration, afin d'être les plus adaptés possibles aux sujets. En effet, l'adhésion à ces systèmes permet l'adhésion globale aux traitements.

3.8.5- Conclusion sur l'intérêt des entretiens pharmaceutiques concernant la prise en charge médicamenteuse des patients

Concernant les traitements des patients, les entretiens pharmaceutiques en officine peuvent présenter plusieurs avantages :

- Ils permettent de faire le point sur les médicaments du patient : quel est son traitement de crise ? quel est celui de fond ? L'enquête a démontré que les patients le savent. Néanmoins, le pharmacien peut à ce moment là questionner le patient sur ce qu'il connaît de ses médicaments et lui expliquer le mécanisme d'action de chacun d'eux afin de bien distinguer les deux catégories de traitement et ainsi de bien comprendre leur indication respective ;
- Si le patient ne respecte pas les recommandations actuelles (il utilise un traitement de crise à la place de celui de fond et inversement), ce qui est fréquent dans la population étudiée pour l'enquête, il est alors judicieux de vérifier comment sont prescrits les traitements. Si le patient suit les indications de l'ordonnance et que le contrôle de la pathologie ne paraît pas être optimal, le pharmacien doit rediriger le patient vers son médecin ;
- Lorsqu'une prescription est conforme aux recommandations et que le patient ne semble tout de même pas être bien contrôlé, la première chose à faire est d'évaluer l'observance. Le pharmacien, connaissant souvent bien les patients, peut les amener à se confier sur ce sujet. Les personnes peuvent admettre ne pas adhérer à leurs traitements. Le pharmacien doit essayer durant ces rendez-vous de comprendre pourquoi :
 - Le patient ne prend-il pas ses traitements car il ne connaît pas leurs intérêts ? L'absence d'effet immédiat du traitement de fond est-elle une des raisons de cette inobservance ?
 - Le nombre de prises est-il trop important pour le patient ? Auquel cas le pharmacien peut vérifier l'existence d'associations fixes pour les molécules prescrites et en référer au médecin.

- Ou bien le patient n'arrive-t-il pas à manipuler un des dispositifs ? Le pharmacien est un acteur de santé indispensable ici. Il doit prendre le temps de réexpliquer le fonctionnement de l'aérosol et regarder la démonstration que lui fait le patient. Si, lors du prochain entretien ou d'une délivrance ultérieure, le problème persiste, il doit alors diriger le patient vers son médecin dans le but d'un changement du dispositif.

Une fois la cause de l'inobservance définie, le professionnel de santé peut encourager le patient à se confier à son médecin afin d'améliorer sa prise en charge, ou proposer de lui en parler lui-même. La coopération interdisciplinaire est alors très utile.

L'enquête a ici révélé une adhésion assez importante des patients à leurs traitements. Pour autant, les entretiens peuvent quand même être bénéfiques :

- Chez les rares personnes n'adhérant pas à leurs traitements ;
- En approfondissant le sujet afin de déterminer la réelle observance des patients asthmatiques, qui est de seulement 30 à 60% selon plusieurs enquêtes (22,23) et de l'améliorer. Le questionnaire de Morisky peut ici être utilisé.

3.9- Intérêt que prètent les patients aux entretiens pharmaceutiques

Pour conclure l'interrogatoire, j'ai souhaité recueillir l'avis des patients sur cinq points pouvant être abordés lors des entretiens pharmaceutiques :

- L'explication de la physiopathologie de la maladie ;
- Les différentes manifestations des crises d'asthme ;
- La prévention des crises via l'éviction des facteurs déclenchants ;
- La différence entre les mécanismes d'action d'un traitement de crise et de fond ;
- Le fonctionnement des dispositifs d'inhalation.

Je leur ai précisé que je souhaitais avoir leur avis personnel sur la question afin d'obtenir un réel aperçu des souhaits des patients concernant le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de leur pathologie chronique.

(cf. Annexe, Annexe 9, Graphiques 38 et 39)

Près d'un patient sur deux (46.2%) n'est intéressé par aucun des points cités. Certaines personnes ont déclaré que le suivi par le médecin pneumologue leur suffisait, d'autres m'ont signalé qu'ils se sentaient bien contrôlés et qu'ils ne trouvaient donc pas d'utilité à être accompagnés par leurs pharmaciens. Une patiente m'a déclaré qu'elle ne trouvait pas d'intérêt à ces rendez-vous actuellement, mais qu'elle aurait été intéressée il y a deux ans, lorsque son asthme s'était aggravé pendant quelques mois.

Il serait pourtant bénéfique pour la majorité des sujets non intéressés de revoir certains points. En effet :

- 9 d'entre eux (50%) ne consultent pas de médecin pneumologue ;
- 14 (77.8%) n'ont pas un comportement parfaitement adapté à leur pathologie (tabac, médication...) ;
- 8 (44.4%) n'ont pas un contrôle optimal de la pathologie sur les sept derniers jours.

Un patient sur cinq (20.5%) souhaiterait aborder tous les sujets lors d'entretiens pharmaceutiques.

Au total, 53.8% des patients interrogés seraient globalement intéressés par le principe des entretiens pharmaceutiques.

Les deux points intéressant le plus les patients sont le travail sur l'éviction des facteurs déclenchants ou aggravants afin de prévenir les crises ou d'en modérer leur intensité, et la distinction entre les traitements de crise et de fond. S'ensuivent l'explication de la pathologie et la reconnaissance des crises (35.9% pour chacun des sujets). Enfin, le fonctionnement des dispositifs d'inhalation n'intéresse que 25.6% des personnes interrogées.

De nombreux patients, semblant bien connaître et contrôler leur pathologie, déclarent trouver un intérêt à ces rendez-vous. Ces derniers permettent de revoir les points déjà acquis, de les approfondir, et de traiter d'autres sujets peut-être non connus du patient.

Inversement, des patients non contrôlés sur les sept derniers jours ou n'ayant pas un comportement adapté à leur pathologie ni un suivi médical optimal, ont déclaré ne trouver aucune utilité à ces entretiens.

Les pharmaciens doivent donc, lorsqu'ils proposent l'entretien à un patient, le questionner sur ces différents problèmes : le suivi médical, la médication, le tabac, le contrôle de l'asthme... Si un patient déclare ne pas trouver d'intérêt au programme, alors qu'il aurait manifestement besoin de cet apport de connaissances, le pharmacien doit prendre le temps de réexpliquer l'intérêt des entretiens, notamment en proposant une évaluation du contrôle de leur asthme au moyen d'un test simple à faire au comptoir : l'ACT. Le patient, s'il prend conscience de l'existence de points négatifs concernant sa pathologie, peut alors changer d'avis.

Au total, de nombreux patients (plus d'un sur deux) sont intéressés par les entretiens pharmaceutiques. Plusieurs patients ont déclaré que ce programme fait partie intégrante des missions du pharmacien. Ils ont un avis positif sur ce professionnel et pensent que c'est un acteur incontournable dans le suivi d'une pathologie chronique. Le dispositif peut donc avoir un avenir en officine. En effet, la volonté du patient de participer aux entretiens est la première étape vers le succès de ce programme.

4- Conclusion de l'enquête

Les entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques (quelque soit leurs traitements) sont-ils donc nécessaires ?

Nous avons vu précédemment que l'asthme est une pathologie qui touche beaucoup de sujets. Les deux officines ont une vingtaine de patients majeurs concernés. Le chiffre est en réalité sous-estimé puisque je n'ai pas pu proposer le questionnaire à tous les patients. Au vu de l'historique de ventes des traitements antiasthmatiques, chacune des deux pharmacies présente en réalité une quarantaine de patients majeurs souffrant de la maladie. Si les entretiens étaient ouverts à tous les asthmatiques majeurs, de nombreux patients pourraient donc y participer.

La prise en charge des patients ne paraît souvent pas être optimale :

- Le suivi médical par un pneumologue/allergologue est trop peu présent et le médecin traitant n'est parfois consulté que trop rarement.
- Les connaissances des patients sur les médicaments et autres produits de santé déconseillés ou contre-indiqués en présence d'asthme sont insuffisantes. Le tabagisme actif est très présent dans cette population.
- Quelques patients sont régulièrement hospitalisés pour leur asthme.
- Les thérapeutiques ne suivent pas toujours les recommandations actuelles, que ce soit le traitement de fond ou celui utilisé en cas de crise.
- L'observance semble ici correcte. De nombreuses enquêtes démontrent pourtant qu'elle est insuffisante. Il faudrait donc une évaluation plus poussée de l'adhésion aux traitements des patients interrogés. En effet, l'observance est indispensable pour qu'un médicament obtienne l'efficacité attendu. *« Améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique et résoudre le problème de la non observance thérapeutique représenteraient un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale » (OMS).*
- L'autoévaluation de l'état du patient via les questionnaires ou le peak-flow n'est pas assez développée.
- Concernant le contrôle de la pathologie, il ne paraît pas être optimal pour la plupart des patients. Pourtant, ces derniers l'estiment souvent suffisant. Une enquête a démontré l'existence de quatre profils de patients asthmatiques (30) : les « maitrisés », les « insoucians », les « réfractaires » et les « dominés ».

Les premiers sont acteurs de leur pathologie et la contrôlent plutôt bien ; les seconds ont un stade assez léger et se sentent donc moins concernés, ils prennent souvent leur traitement qu'en cas d'aggravation ; les réfractaires ne sont pas convaincus des conseils prodigués par les professionnels de santé ; enfin, les derniers sont dominés par leur pathologie, ils souffrent de multiples crises. J'ai retrouvé ces quatre personnalités dans la population interrogée.

- Environ la moitié des patients trouvent un intérêt dans cette éducation thérapeutique (notamment concernant l'éviction des facteurs déclenchant l'asthme et la distinction des deux catégories de traitement). Il peut donc y avoir une réelle demande de la part des personnes asthmatiques.

Tous ces points constituent des arguments en faveur de la nécessité de l'éducation thérapeutique chez tous les patients asthmatiques. En effet, les personnes traitées depuis longtemps ont autant besoin de ce suivi que celles en initiation de traitement. Il est donc louable que ce programme ait vu le jour début 2015 pour les patients initiant un traitement de fond. Mais il est indispensable qu'il s'ouvre, dans un futur proche, à tous les patients, pour avoir un réel impact sur la santé publique.

De plus, il est nécessaire que le pharmacien ne soit pas le seul professionnel de santé à promouvoir ces entretiens. L'Assurance maladie, partenaire du projet, doit absolument informer les patients sur l'existence et l'intérêt d'un tel programme. Un acteur apparaît plus important encore, le médecin. La relation médecin-patient est développée depuis longtemps. Ces professionnels ont su créer un climat de confiance et le patient prête donc très souvent attention à ce que le docteur lui dit. Le pharmacien, dans le cadre de ses nouvelles missions, ne se substitue en aucun cas au médecin. Il s'agit d'un acteur supplémentaire dans le suivi des pathologies chroniques. Il se présente comme un relai d'information et d'accompagnement entre les différentes consultations. Le médecin ne doit donc pas voir sa profession en danger ni considérer que le pharmacien n'a pas sa place dans l'éducation thérapeutique. Il doit, au contraire, montrer au patient qu'un atout majeur de sa prise en charge peut être la coopération interdisciplinaire et doit donc promouvoir ces entretiens.

Conclusion

L'enquête effectuée dans le cadre de cette thèse démontre la nécessité des entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques majeurs. Je suis convaincue que les patients peuvent retirer de nombreux bénéfices de cette éducation thérapeutique, si les entretiens sont adaptés à chacun d'entre eux et à leurs besoins.

Pourtant, l'échec de ce programme est aujourd'hui indiscutable. Des modifications des règles régissant les entretiens (éligibilité des patients, information de ces derniers, rémunération) peuvent permettre de relancer le dispositif. Mais cela ne représentera qu'un appui au développement des nouvelles missions du pharmacien. À nous de saisir cette chance et de montrer que nous sommes des acteurs idéaux pour l'accompagnement des patients dans leurs pathologies chroniques.

Nous devons montrer aux autres professionnels de santé, en particulier aux médecins, notre envie de nous investir dans ces missions ainsi que les connaissances que nous détenons pour mener à bien ce projet. Mais cela passe d'abord par la pratique du comptoir. L'éducation thérapeutique est très développée durant les entretiens pharmaceutiques. Néanmoins, nous ne devons pas oublier qu'elle débute à la première et lors de chaque délivrance de traitements, mais aussi lors de toute demande spontanée de conseils. Il faut donc continuer à montrer nos compétences dans les premières missions qui nous ont été confiées, afin de conserver notre crédibilité. C'est par ce moyen là que nous obtiendrons l'adhésion des patients, mais avant tout celle des prescripteurs. Ces derniers pourront alors promouvoir les entretiens pharmaceutiques en officine et les patients y verront peut-être plus d'intérêt.

L'éducation thérapeutique est un domaine dans lequel le pharmacien peut s'investir. Mais ce n'est pas le seul. Nous avons de nombreuses possibilités de développer nos compétences, à nous de choisir celui dans lequel nous nous épanouirons le plus. Quel qu'il soit, nos priorités devront toujours rester les patients et la santé publique.

Bibliographie

1. Delmas M-C, Fuhrman C. L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives. Rev Mal Respir. févr 2010;27(2):151-9.
2. Bourdin A, Chanez P. Asthme : physiopathologie, diagnostic et suivi d'une maladie chronique des voies aériennes. Pneumologie. oct 2013;10(4):1-16.
3. Battu V, Saint-Paul A. L'asthme : maladie et diagnostic. Actual Pharm. mai 2014;53(537S):1-4.
4. L'asthme - 1ère partie. Monit Pharm. 26 avr 2014;(3029).
5. Buxeraud J, Vincent F, Antonini M-T, Demiot C, Couvé É. Module 16 : l'asthme, maladie, traitement et accompagnement du patient. Actual Pharm. 8 avr 2010;48(16):1-24.
6. Humbert M. Asthme allergique et non allergique : similitudes et différences. Pneumologie. 2003;59(2-C1):84-8.
7. Asthme d'effort. Actual Pharm. juill 2006;(454):12-3.
8. Battu V, Saint-Paul A. L'asthme et son traitement. Actual Pharm. 19 mai 2014;53(537S):5-12.
9. Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. IRDES; 2011 janv. Report No.: 549.
10. GINA, global strategy for asthma management and prevention. 2006.
11. VIRCHOW JC. Comment se fait le choix d'un inhalateur dans le traitement de l'asthme ? Rev Pneumol Clin. 22 févr 2008;61(HS2):319-0.
12. ameli.fr - Liste des produits et prestations (LPP) [Internet]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp_aude.php
13. Gachelin E, Vecellio L, Dubus J-C. Evaluation critique des chambres d'inhalation commercialisées en France. Rev Mal Respir. 2015;32:672-81.
14. ameli.fr - appareil de nébulisation et aérosol [Internet]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-caisse-aude/en-ce-moment/valproate-et-derives-recommandations-et-rappel/appareil-de-nebulisation_aude.php
15. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
16. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.
17. Manaouil C, Lemaire-Hurtel A-S, Sénéchal A, Jardé O. Information du patient par le pharmacien en officine. Med Droit Paris. 2015;

18. ameli.fr - Avenant n°1 à la convention nationale [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>
19. ameli.fr - Avenant n°4 à la convention nationale [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale.php>
20. Com-Ruelle L, Da Poian M-T, Le Guen N. Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006. Quest Déconomie Santé IRDES. mars 2010;(152).
21. Observance thérapeutique et asthme. Rev Mal Respir. 30 avr 2008;62(2-C2):58-66.
22. Battu V, Saint-Paul A, Buxeraud J. Conduite de l'entretien pharmaceutique auprès du patient asthmatique. Actual Pharm. 19 mai 2014;53(537S):13-21.
23. Megas F, Benmedjahed K, Lefrançois G, Mueser M, Dusser D. Enquête « Compli'Asthme » : observance thérapeutique et bonne utilisation des médicaments inhalés dans l'asthme perçues par les médecins praticiens. Rev Pneumol Clin. 22 févr 2008;60(3):158-65.
24. Dolgin kevin, Fompeyrine D, Marceau J, Réach G, Saumon P, Sérénis D. L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé. Fondation Concorde; 2014.
25. Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/>
26. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Econ Stat - INSEE. 2012;(455-456).
27. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK, premier bilan à un an. 2014.
28. Enquête UPSO - Entretiens pharmaceutiques AVK et asthme [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.uspo.fr/>
29. Les entretiens pharmaceutiques relancés. Monit Pharm. 16 janv 2016;(3111).
30. C R, L B, A U. « Asthme au quotidien, asthme en questions ». Un vécu contrasté selon les profils des patients. Rev Mal Respir. janv 2016;33(S):A29.
31. Assurance maladie. Asthme, facteurs déclenchants et conseils pour les éviter. 2014.
32. Asthma Control test [Internet]. Disponible sur: <http://www.asthmacontroltest.com/>
33. Vital Durand D, Le Jeune C. Dorosz : guide pratique des médicaments 34ème édition. Maloine; 2015.
34. VIDAL : le dictionnaire, 2016 92ème édition. Lavoisier; 2016.

Table des annexes

Illustrations :

Figure 1 : taux standardisés d'hospitalisation pour asthme chez les enfants et les adultes, France métropolitaine, 1998-200783

Figure 2 : taux annuels standardisés de mortalité par asthme, France métropolitaine, 1980-1999 et 2000-200683

Figure 3 : taux de patients régulièrement traités pour asthme, taux standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la population84

Figure 4 : taux standardisés d'hospitalisation pour asthme, par région, séparément chez les enfants et les adultes84

Figure 5 : dépense médicale ambulatoire totale par personne en 2006 chez les non-asthmatiques et les asthmatiques selon le niveau de contrôle des symptômes85

Figure 6 : structure de la dépense ambulatoire totale par personne chez les non-asthmatiques et les asthmatiques selon le niveau de contrôle de leurs symptômes en 200685

Figure 7 : répartition des paliers de traitement selon le niveau de contrôle de l'asthme86

Annexes :

Annexe 1 : prévention des facteurs déclenchant ou aggravant l'asthme87

Annexe 2 : questionnaire ACT : Asthma control test88

Annexe 3 : les chambres d'inhalation89

Annexe 4 : dispositifs d'inhalation91

Annexe 5 : document d'information destiné aux patients97

Annexe 6 : fiche de suivi du patient98

Annexe 7 : guide d'entretien pharmaceutique102

Annexe 8 : questionnaire présenté aux patients dans le cadre de l'enquête106

Annexe 9 : résultats de l'enquête107

Annexes

Figure 1 : taux standardisés d'hospitalisation pour asthme chez les enfants et les adultes, France métropolitaine, 1998-2007 (1)

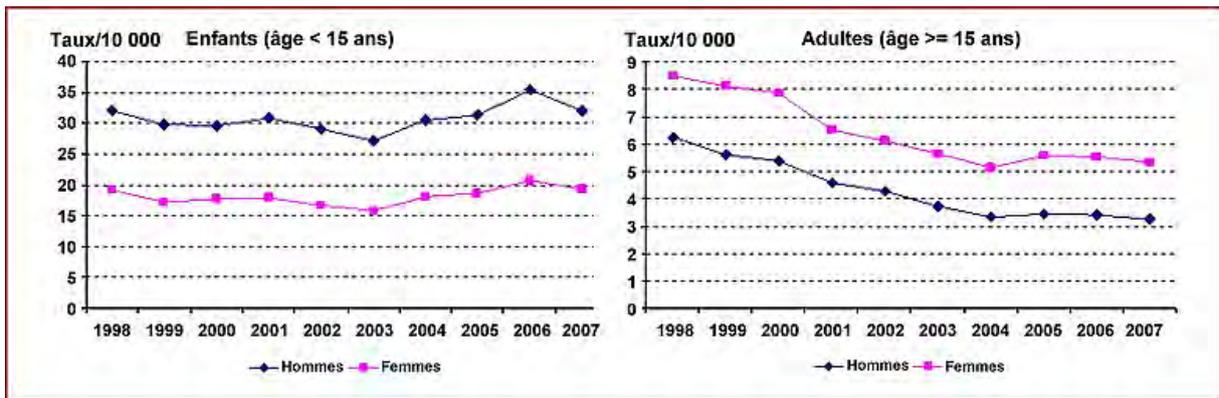


Figure 2 : taux annuels standardisés de mortalité par asthme, France métropolitaine, 1980-1999 et 2000-2006 (1)

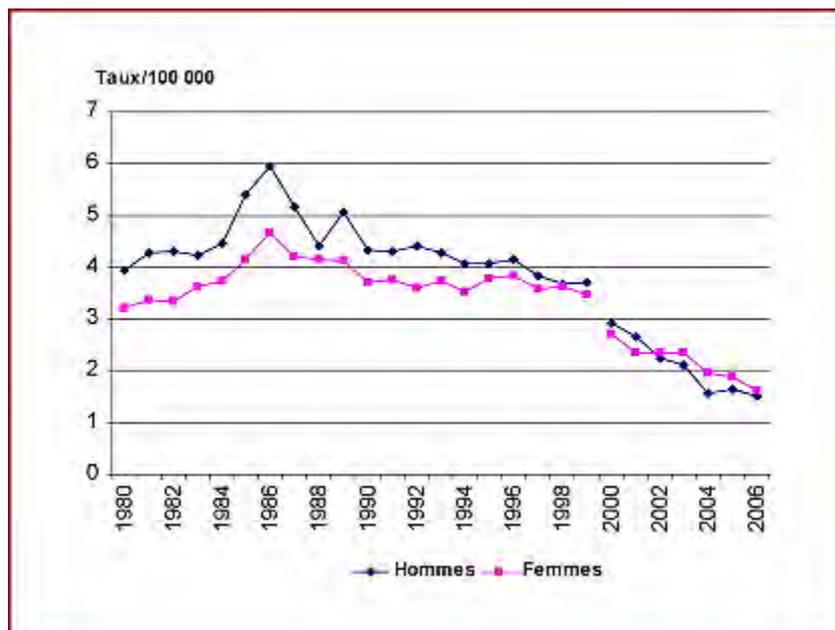


Figure 3 : taux de patients régulièrement traités pour asthme, taux standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la population (4)



Figure 4 : taux standardisés d'hospitalisation pour asthme, par région, séparément chez les enfants et les adultes (1)

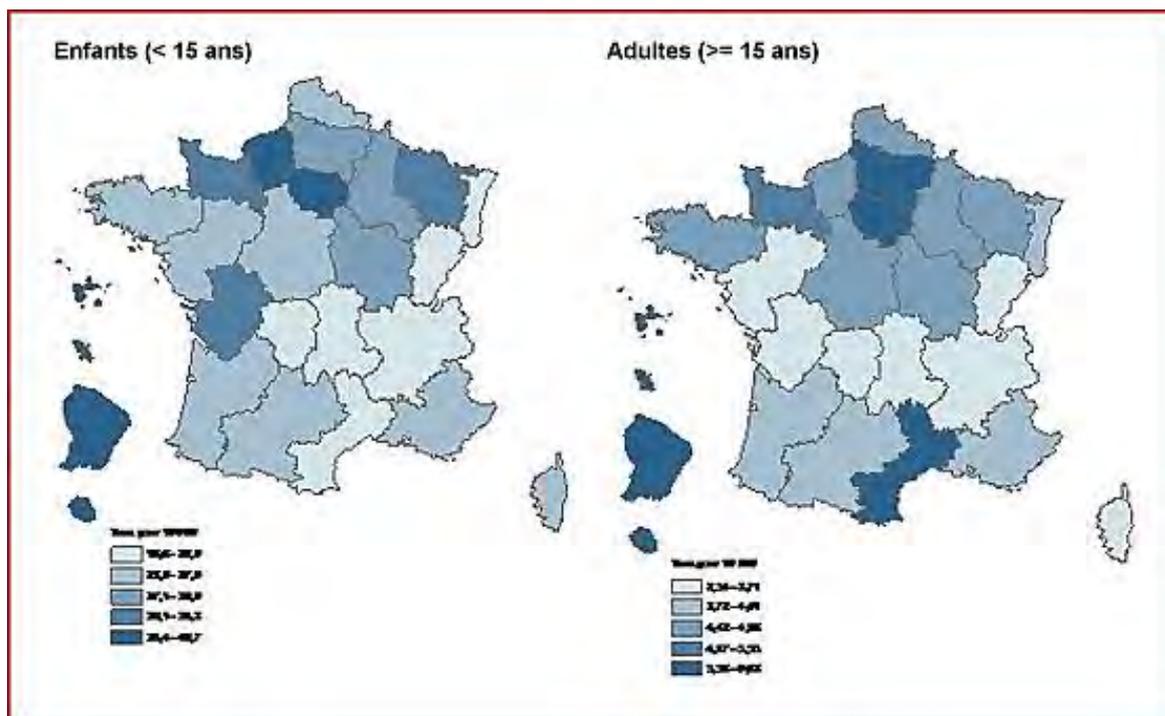


Figure 5 : dépense médicale ambulatoire totale par personne en 2006 chez les non-asthmatiques et les asthmatiques selon le niveau de contrôle des symptômes (20)

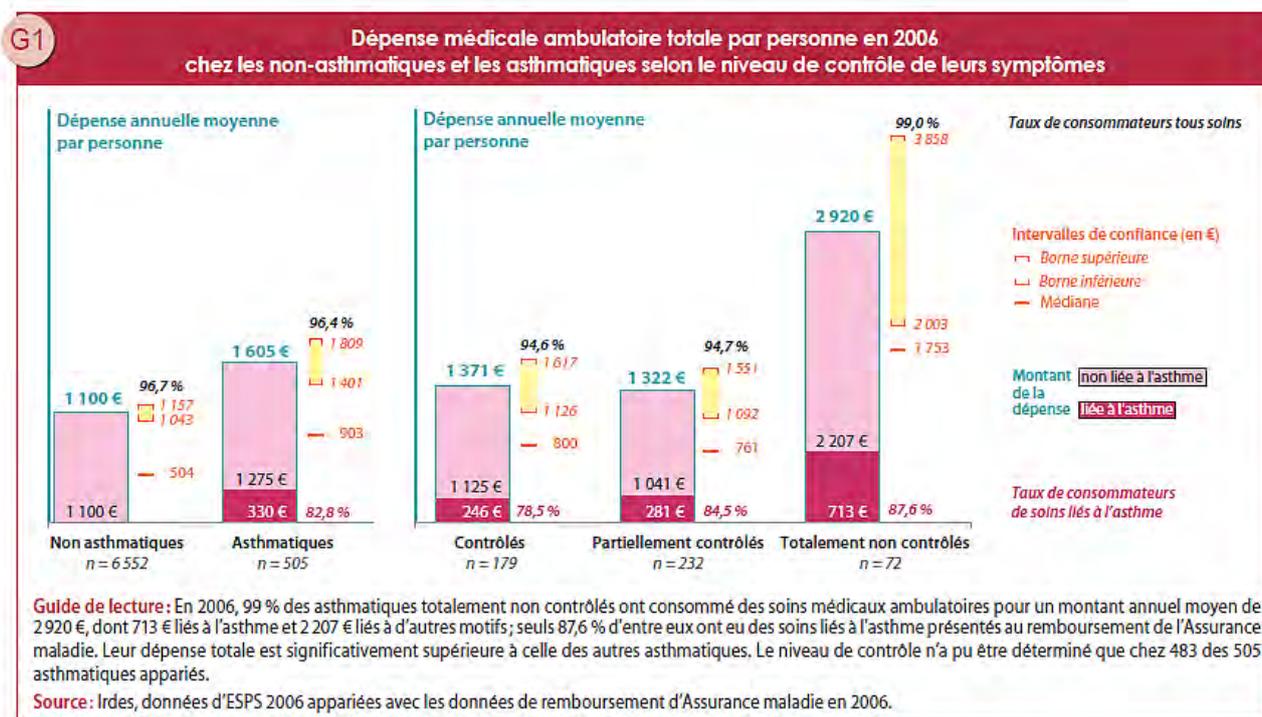


Figure 6 : structure de la dépense ambulatoire totale par personne chez les non-asthmatiques et les asthmatiques selon le niveau de contrôle de leurs symptômes en 2006 (20)

T1 **Structure de la dépense ambulatoire totale par personne chez les non-asthmatiques et les asthmatiques selon le niveau de contrôle de leurs symptômes en 2006**

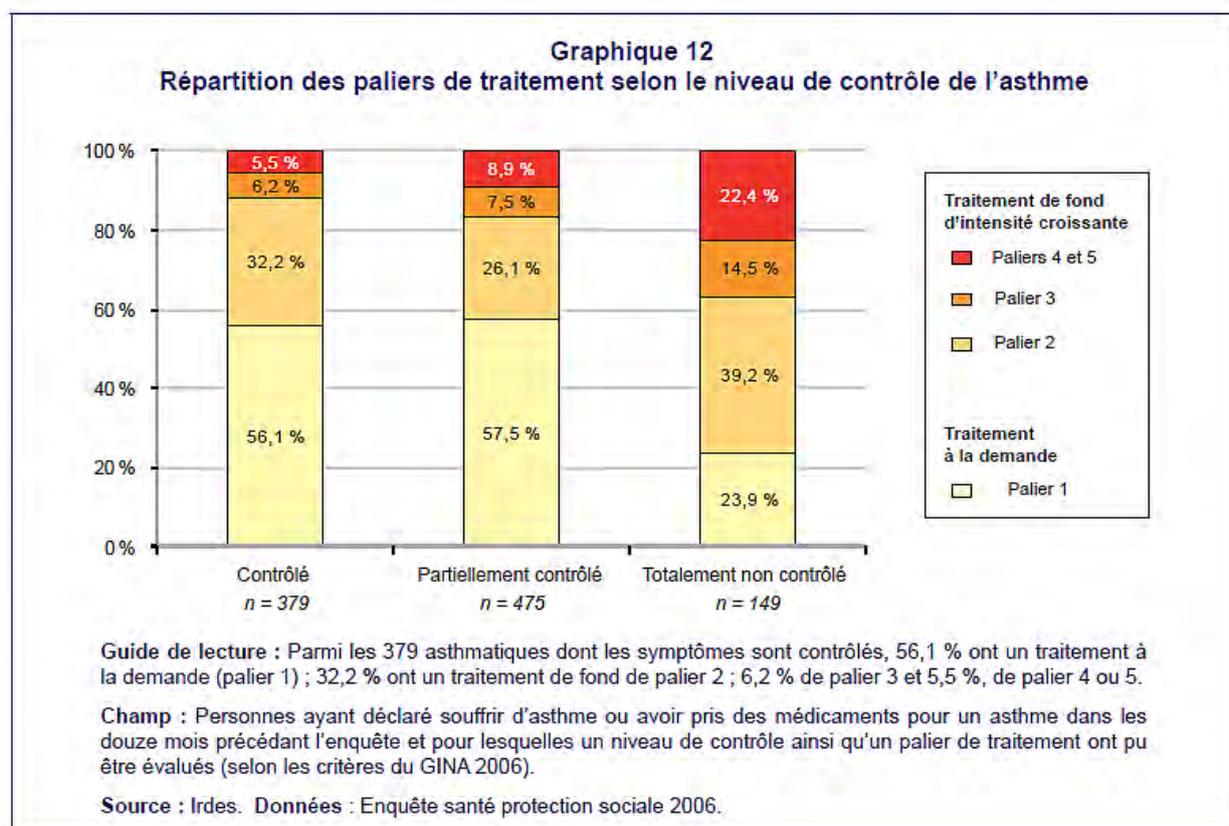
	Non-asthmatiques [NA]	Asthmatiques [A]	Test de Student A vs NA	Asthmatiques contrôlés [AC]	Asthmatiques insuffisamment contrôlés [AIC]	Test de Student AC vs AIC
	N = 6 552	N = 505		N = 179	N = 304	
Postes de soins						
Séances de médecins généralistes						
Taux de consommateurs	86,80 %	90,70 %		88,50 %	90,90 %	
Dépense moyenne	108 €	157 €	**	132 €	170 €	**
Intervalle de confiance	[105 ; 111]	[142 ; 172]		[113 ; 150]	[148 ; 191]	
Médiane	71	103		102	106	
Médicaments						
Taux de consommateurs	89,90 %	93,50 %		90,50 %	93,50 %	
Dépense moyenne	375 €	723 €	**	626 €	764 €	non significatif
Intervalle de confiance	[348 ; 401]	[619 ; 827]		[482 ; 772]	[618 ; 911]	
Médiane	83	265		193	317	
Autres soins						
Taux de consommateurs	85,60 %	85,20 %		82,80 %	85,10 %	
Dépense moyenne	617 €	725 €	*	613 €	767 €	non significatif
Intervalle de confiance	[578 ; 657]	[608 ; 841]		[491 ; 735]	[604 ; 930]	
Médiane	233	290		331	267	
Ensemble des soins ambulatoires						
Taux de consommateurs	96,7 %	96,4 %		94,6 %	95,7 %	
Dépense moyenne	1 100 €	1 605 €	**	1 371 €	1 701 €	*
Intervalle de confiance	[1 043 ; 1 157]	[1 401 ; 1 809]		[1 126 ; 1 617]	[1 414 ; 1 987]	
Médiane	504	903		800	956	

Guide de lecture : Tous motifs confondus, la dépense annuelle moyenne en séances de médecins généralistes des asthmatiques insuffisamment contrôlés est de 170 € en 2006, significativement supérieure à celle des asthmatiques contrôlés qui est de 132 €. Le niveau de contrôle n'a pu être déterminé que chez 483 des 505 asthmatiques appariés.

Significativité: * 5 %, ** 10 %

Source : Irdes, données d'ESPS 2006 appariées avec les données de remboursement d'Assurance maladie en 2006.

Figure 7 : répartition des paliers de traitement selon le niveau de contrôle de l'asthme (9)



Annexe 1 : prévention des facteurs déclenchant ou aggravant l'asthme (31)



Asthme

Facteurs déclenchants & conseils pour les éviter

Chez l'adulte, un asthme sur deux est dû à un facteur allergique.
Maîtriser son environnement en limitant les allergènes permet de prévenir les crises.

Facteurs pouvant déclencher une crise d'asthme	Comment éviter les facteurs déclenchants ?	Indiquer le/les facteur(s) identifié(s) comme déclenchant(s)
Allergènes		
Les acariens et moisissures 	<ul style="list-style-type: none"> Laver régulièrement la litière (1 fois par semaine). Éviter les éléments qui retiennent la poussière : moquette, doubles rideaux, tentures murales, canapé en tissu... Aérer les chambres quotidiennement. Aérer les pièces humides, telles que la salle de bains, afin de limiter la moisissure. 	
Les animaux domestiques 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la pertinence d'adopter un animal domestique au regard de votre asthme. Éviter de faire entrer l'animal dans l'habitation. Garder l'animal à distance de la chambre à coucher ou de la pièce principale. Laver les chats et les chiens deux fois par semaine, s'avère parfois utile. 	
Les pollens 	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de tondre la pelouse au printemps. Bannir les plantes allergisantes, telles que thuyas, bouleaux, cyprès... Passer régulièrement l'aspirateur. Enlever la poussière avec un chiffon humide. 	
Les aliments  <ul style="list-style-type: none"> Additifs alimentaires : sulfites, tartrazine (E102), acide benzoïque (E210)... Allergènes alimentaires : cacahuètes, noix, sésame, crustacés, produits laitiers, œufs... 	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de consommer les aliments identifiés comme déclenchant l'asthme. Ne jamais consommer l'aliment responsable de la crise, en cas d'allergie majeure déjà identifiée. Porter sur soi la liste des allergies connues (par exemple dans un porte-feuille). 	



La santé progresse avec vous



Facteurs déclenchants de l'asthme & conseils pour les éviter

	Pollution	
Atmosphérique 	<ul style="list-style-type: none"> Éviter l'exercice physique en cas de pic de pollution, notamment pour les personnes connues comme sensibles ou qui présenteraient une gêne à cette occasion. 	
De l'habitat  <ul style="list-style-type: none"> Fumée de cheminée Peintures • Solvants... 	<ul style="list-style-type: none"> Éviter d'utiliser des polluants domestiques (solvants, peintures, irritants...). En cas d'utilisation de ces produits, aérer les pièces de votre habitation. 	
Tabac		
Actif 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter le tabac et prendre rendez-vous avec votre médecin traitant ou un médecin spécialisé dans l'arrêt du tabac. Contacter le service « Tabac Info Service » pour plus d'informations : site tabac-info-service.fr ou appeler le 39 89. Limitier le contact avec les fumeurs. Demander aux fumeurs de ne pas fumer dans les lieux de vie communs tels que les pièces de votre habitation, la voiture... 	
Passif 	<ul style="list-style-type: none"> Si cela n'est pas possible, aérer les lieux de vie communs. 	
Autres facteurs		
Infection des voies respiratoires  <ul style="list-style-type: none"> Rhume • Grippe Bronchite • Sinusite... 	<ul style="list-style-type: none"> Se faire vacciner contre la grippe pour éviter les risques d'infections respiratoires qui pourraient aggraver votre asthme. Le vaccin antigrippal est gratuit pour les personnes asthmatiques. 	
Facteurs psychologiques  <ul style="list-style-type: none"> Anxiété • Stress Grandes émotions... 	<ul style="list-style-type: none"> Penser à toujours avoir sur soi le traitement de la crise. 	
Changements de temps  <ul style="list-style-type: none"> Froid • Humidité... 	<ul style="list-style-type: none"> Penser à toujours avoir sur soi le traitement de la crise. 	
Exercice physique 	<ul style="list-style-type: none"> Discuter avec votre médecin de la conduite à tenir. 	

Pensez à ramener ce document à l'occasion de chaque entretien de votre pharmacien.



La santé progresse avec vous

Annexe 2 : questionnaire ACT : Asthma control test (32)

1. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?

Tout le temps <input type="radio"/>	La plupart du temps <input type="radio"/>	Quelquefois <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Jamais <input type="radio"/>	Score <input type="text"/>
-------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------

2. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?

Plus d'une fois par jour <input type="radio"/>	Une fois par jour <input type="radio"/>	3 à 6 fois par semaine <input type="radio"/>	1 ou 2 fois par semaine <input type="radio"/>	Jamais <input type="radio"/>	Score <input type="text"/>
------------------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------	----------------------------

3. Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

4 nuits ou plus par semaine <input type="radio"/>	2 à 3 nuits par semaine <input type="radio"/>	Une nuit par semaine <input type="radio"/>	1 ou 2 fois en tout <input type="radio"/>	Jamais <input type="radio"/>	Score <input type="text"/>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------	----------------------------

4. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?

3 fois par jour ou plus <input type="radio"/>	1 ou 2 fois par jour <input type="radio"/>	2 ou 3 fois par semaine <input type="radio"/>	1 fois par semaine ou moins <input type="radio"/>	Jamais <input type="radio"/>	Score <input type="text"/>
-----------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------

5. Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?

Pas contrôlé du tout <input type="radio"/>	Très peu contrôlé <input type="radio"/>	Un peu contrôlé <input type="radio"/>	Bien contrôlé <input type="radio"/>	Totalement contrôlé <input type="radio"/>	Score <input type="text"/>
--------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------



1 point 2 points 3 points 4 points 5 points 1 -> 20

Annexe 3 : les chambres d'inhalation (4)

Mode d'emploi : Une fois la chambre montée (réservoir + interface),

- 1- Enlever le capuchon de l'embout buccal de l'aérosol doseur
- 2- Agiter l'aérosol
- 3- Insérer l'embout buccal de l'aérosol dans la chambre d'inhalation
- 4- Expirer profondément (si possible)
- 5- Placer l'embout buccal ou le masque facial
- 6- Appuyer sur la cartouche de l'aérosol
- 7- Inspirer **lentement** et **profondément** mais pas violemment (signalée par la plupart des chambres par un signal sonore). Retirer l'embout ou le masque, retenir sa respiration durant une dizaine de secondes si possible. Expirer
Alternative (chez les enfants+++): inspirer normalement dans la chambre qui se vide en moyenne en 2 à 5 cycles respiratoires selon la chambre. Attendre plutôt 5 à 10 cycles. La valve intérieure bouge à l'inspiration, l'extérieure à l'expiration
- 8- Nettoyer l'embout buccal ou le masque facial

Si une deuxième bouffée est nécessaire : attendre 1 à 2 minutes avant de recommencer l'opération à partir de l'étape n°4. Ne pas introduire deux bouffées dans la chambre.

Se rincer la bouche ou avaler un peu d'eau si inhalation de corticoïdes.

Entretien : une fois par semaine

- Laisser tremper toutes les pièces 15 minutes dans de l'eau tiède et du savon.
- Rincer les éléments (sauf exception : chambre en plastique non antistatique ou polycarbonate, car le dépôt de tensio-actif limite l'adhérence du médicament aux parois)
- Laisser sécher à l'air libre (sans essuyer pour limiter l'électrostatisme).



Tarifs LPP : (12)

Paragraphe 2 : Chambres d'inhalation pour l'administration de médicaments par aérosol-doseur dans les affections respiratoires.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	La prise en charge comprend la chambre et l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (valves, masque, embout...) Le renouvellement de la prise en charge de la chambre d'inhalation, du lot de valves de rechange ou de l'embout et du masque ne peut être assurée qu'au-delà d'un délai minimal de six mois par rapport à la prise en charge précédente.		
1134783 103C04.11	Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant avant le 6 ^e anniversaire. Elle est adaptée pour les enfants jusqu'à leur sixième anniversaire, quel qu'en soit le type.	18,14 €	31-07-2020
1128423 103C04.12	Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant au-delà du 6 ^e anniversaire. Elle est adaptée pour les patients au-delà de leur sixième anniversaire, quel qu'en soit le type.	8,84 €	31-07-2020
1179308 103C04.2	Chambre d'inhalation, respiratoire, valve de rechange. Le lot de valve inspiratoire et expiratoire de rechange pour chambre d'inhalation.	5,03 €	31-07-2020
1179596 103C04.3	Chambre d'inhalation, respiratoire, masque avec ou sans embout. Le masque avec ou sans embout, ou l'embout de rechange pour chambre d'inhalation.	6,86 €	31-07-2020

Tableau comparatif des chambres d'inhalation disponibles (4,13)

	Caractéristiques	Type d'interface, population cible
A2A pocket adulte	Chambre plastique, valve silicone, 210mL, pliable, signal sonore	Embout buccal : >6ans
Able spacer 2	Chambre plastique, valve silicone, 210mL, signal sonore	Masque : 0-1an / 1-6ans / >6ans
Aerochamber +	Chambre plastique, valve silicone, antistatique, 150mL, signal sonore	Masque : 0-18mois / 1-5ans Embout buccal : >6ans
Arrow chambre d'inhalation	Chambre plastique	Masque : 0-18mois / 1-6ans Embout buccal : >6ans
Babyhaler	Chambre plastique, 350mL, séparation du circuit inspiratoire et expiratoire <u>Utilisation exclusive avec aérosols du groupe GlaxoSmithKline (GSK)</u>	Masque : 0-3mois / 3mois-5ans
Flo+	Chambre plastique, valve au niveau de l'embout et non de la chambre, version antistatique ou non, 160mL	Masque : 0-18mois / 18mois-6ans / >6ans Embout buccal : >6ans
Funhaler	Chambre plastique, 226mL, signal sonore <u>S'utilise avec la plupart des aérosols doseurs</u>	Masque : 1-6ans, embout buccal
Inhal'air	Chambre polycarbonate, 175mL	Masque : 0-9mois / 9mois-6ans
Itinhaler	100% silicone, antistatique, 325mL	Masque : 0-9mois / 9mois-6ans Embout buccal : >6ans
L'espace	Polycarbonate, silicone, antistatique, 220mL	Masque : 0-2ans / 2-6ans Embout buccal : >6ans
Pocket chamber	Plastique, silicone, antistatique, 110mL, alerte en cas de dépassement de la dose indiquée	Embout buccal : adulte, enfant
Tipshaler	Chambre styrène butadiène copolymère, 260mL	Masque : 0-9mois / 9mois-6ans Embout buccal : >6ans
Vision air plus	Chambre polycarbonate, valve silicone, 150mL, signal sonore <u>Adaptateur pour aérosol doseur</u>	Masque : 0-6ans
Vortex	Chambre aluminium, bague de raccordement silicone, 193mL, valve unidirectionnelle, antistatique	Masque : 0-2ans / 2-5ans / Adulte Embout buccal : >4ans

Annexe 4 : dispositifs d'inhalation (4,5,33,34)

Systèmes	β 2-agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes	Associations	Modes d'emploi, particularités
SPRAYS AVEC GAZ PROPULSEUR					
<p>Aérosol-doseur</p> 	<p><u>Action brève</u> :</p> <p>VENTOLINE®</p> <p><u>Action prolongée</u> :</p> <p>FORMOAIR® SEREVENT®</p>	<p>ATROVENT®</p>	<p>BECLOJET®*</p> <p>BECLOSPRAY®</p> <p>BECOTIDE®</p> <p>QVARSPRAY®</p> <p>FLIXOTIDE®</p> <p>ALVESCO®</p>	<p><u>β2-agoniste d'action prolongée + corticoïde</u> :</p> <p>FORMODUAL®</p> <p>INNOVAIR®</p> <p>FLUTIFORM®</p> <p>SERETIDE®</p> <p><u>β2-agoniste d'action prolongée + anticholinergique</u> :</p> <p>BRONCHODUAL®</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. agiter 2. retirer le capuchon* 3. expirer profondément 4. placer l'embout entre les lèvres, la cartouche métallique vers le haut 5. inspirer lentement et profondément tout en appuyant sur le fond de la cartouche 6. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 7. expirer 8. nettoyer l'embout et replacer le capuchon <p>*pour la 1^{ère} utilisation, appuyer sur la cartouche dans le vide sans inhaler</p>
<p>Easybreathe</p> 			<p>ECOBEC®</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. agiter 2. basculer le capuchon* 3. expirer profondément 4. placer l'embout entre les lèvres, la partie longue vers le haut 5. inspirer lentement et profondément (cela déclenche la dose) 6. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 7. expirer 8. nettoyer l'embout et replacer le capuchon <p>*pour la 1^{ère} utilisation : enlever la partie supérieure et appuyer sur la cartouche pour vérifier le bon fonctionnement du dispositif</p>

Systèmes	β 2-agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes	Associations	Modes d'emploi, particularités
Autohaler 	<u>Action brève :</u> AIROMIR AUTOHALER®		QVAR AUTOHALER®		<ol style="list-style-type: none"> 1. retirer le capuchon par la languette arrière 2. agiter* 3. armer le système en relevant le levier (déclic) 4. expirer profondément 5. placer l'embout entre les lèvres, la partie longue vers le haut 6. inspirer lentement et profondément (cela déclenche la dose) 7. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 8. expirer 9. refermer le levier 10. nettoyer l'embout et replacer le capuchon <p><i>*pour la 1^{ère} utilisation, pousser la languette située à la base du dispositif dans le sens des flèches pour déclenchée une bouffée</i></p>
POUDRES SANS GAZ PROPULSEUR					
Aérolizer 	<u>Action prolongée :</u> FORADIL®		MIFLASONE® MIFLONIL®		<ol style="list-style-type: none"> 1. retirer le capuchon et tenir le socle 2. pivoter l'embout dans le sens de la flèche 3. retirer la gélule du blister et l'introduire dans l'emplacement prévu de l'inhalateur, refermer ce dernier jusqu'au déclic 4. tenir l'inhalateur verticalement et appuyer sur les deux boutons presseurs sur le côté (ouvre la gélule) 5. expirer profondément 6. placer l'embout entre les lèvres 7. inspirer rapidement et profondément (on entend la gélule tourner) 8. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 9. expirer 10. ouvrir le dispositif, jeter la gélule si elle est bien vide, sinon, recommencer à l'étape 5 après avoir refermé l'inhalateur 11. nettoyer l'embout et replacer le capuchon

Systèmes	β 2-agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes	Associations	Modes d'emploi, particularités
Diskus 	<u>Action prolongée</u> : SEREVENT DISKUS®		FLIXOTIDE DISKUS®	<u>β2-agoniste d'action prolongée + corticoïde</u> : SERETIDE DISKUS®	<ol style="list-style-type: none"> 1. tenir le dispositif dans une main, placer le pouce de l'autre main sur le repose-pouce et pousser le levier jusqu'au déclic. L'embout buccal apparaît. 2. armer le dispositif en poussant la languette 3. expirer profondément 4. placer l'embout entre les dents 5. inspirer régulièrement et profondément 6. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 7. expirer 8. nettoyer l'embout et refermer le dispositif
Nexthaler 				<u>β2-agoniste d'action prolongée + corticoïde</u> : INNOVAIR NEXTHALER®	<ol style="list-style-type: none"> 1. ouvrir le dispositif par la partie colorée (cela enclenche la dose) 2. expirer profondément 3. placer l'embout entre les lèvres, ne pas bloquer l'aération avec les doigts 4. inspirer rapidement et profondément jusqu'au déclic 5. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 6. expirer 7. nettoyer l'embout et refermer le dispositif
Ellipta 				<u>β2-agoniste d'action prolongée + corticoïde</u> : RELVAR ELLIPTA®	<ol style="list-style-type: none"> 1. ouvrir le dispositif en abaissant le couvercle jusqu'au déclic (cela enclenche la dose) 2. expirer profondément 3. placer l'embout entre les lèvres, ne pas bloquer l'aération avec les doigts 4. inspirer régulièrement et profondément 5. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 6. expirer 7. nettoyer l'embout et refermer le couvercle

Systèmes	β 2-agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes	Associations	Modes d'emploi, particularités
Spiromax 				<u>β2-agoniste d'action prolongée + corticoïde</u> : DUORESP SPIROMAX®	<ol style="list-style-type: none"> 1. tenir le dispositif capuchon vers le bas et ouvrir ce dernier jusqu'au déclic (cela enclenche la dose) 2. expirer profondément 3. placer l'embout buccal entre les lèvres 4. inspirer profondément 5. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 6. expirer 7. refermer le capuchon, nettoyer l'embout buccal et refermer le dispositif
Easyhaler 			BEMEDREX EASYHALER®		<ol style="list-style-type: none"> 1. *fermer le dispositif et le secouer 2. ouvrir le dispositif et presser le déclencheur jusqu'au déclic (cela enclenche la dose) 3. expirer profondément 4. placer l'embout buccal entre les lèvres et inspirer profondément 5. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 6. expirer 7. nettoyer l'embout et refermer le dispositif <p><i>*pour la 1^{ère} utilisation, sortir le dispositif du sachet hermétique et l'insérer dans l'étui de protection, retirer le capuchon. Pour une utilisation sans étui, refermer le capuchon après utilisation</i></p>
Respimat 		SPIRIVA RESPIMAT®			<ol style="list-style-type: none"> 1. *maintenir l'inhalateur vertical et tourner la base dans le sens des flèches jusqu'au déclic (un demi tour) 2. ouvrir le capuchon vert jusqu'au déclic 3. expirer profondément 4. placer l'embout buccal entre les lèvres, inspirer lentement et profondément tout en appuyant sur le bouton de libération de la dose 5. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 6. expirer 7. nettoyer l'embout et refermer le dispositif <p><i>*Pour la 1^{ère} utilisation, appuyer sur le cliquet de sécurité, retirer la base transparente, mettre la partie la plus étroite de la cartouche dans le dispositif et la pousser jusqu'au fond (elle s'enclenche), remettre la base, effectuer les étapes 1 et 2 et appuyer sur le bouton de libération de dose dans le vide.</i></p>

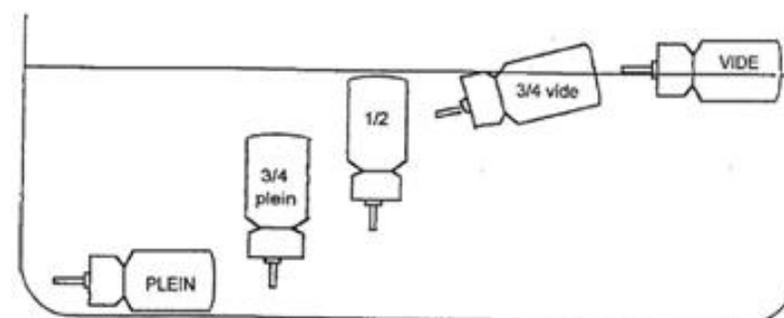
Systemes	β 2-agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes	Associations	Modes d'emploi, particularités
Turbuhaler 	<u>Action brève :</u> BRICANYL TURBUHALER®		PULMICORT TURBUHALER®	<u>β2-agoniste d'action prolongée</u> <u>+ corticoïde :</u> SYMBICORT TURBUHALER®	<ol style="list-style-type: none"> *tenir le dispositif, molette en bas, et dévisser le capuchon tourner à fond la molette dans un sens, puis dans l'autre sens, jusqu'au déclic expirer profondément placer l'embout entre les dents inspirer rapidement et profondément retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes expirer nettoyer l'embout et replacer le capuchon <i>*pour la première utilisation, enlever la bague de sécurité</i>
Twisthaler 			ASMANEX TWISTHALER®		<ol style="list-style-type: none"> tenir le dispositif, base colorée vers le bas et retirer le capuchon en tournant dans le sens contraire des aiguilles d'une montre (cela enclenche la dose) expirer profondément placer l'embout entre les lèvres inspirer rapidement et profondément retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes expirer nettoyer l'embout et refermer le capuchon en tournant dans le sens des aiguilles d'une montre

Systèmes	β 2-agonistes	Anticholinergiques	Corticoïdes	Associations	Modes d'emploi, particularités
<p>Novolizer</p>  	<p><u>Action brève :</u></p> <p>VENTILASTIN NOVOLIZER®</p> <p><u>Action prolongée :</u></p> <p>ASMELOR NOVOLIZER®</p>		<p>NOVOPULMON NOVOLIZER®</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. retirer le capuchon de l'embout buccal en appuyant sur les côtés 2. appuyer sur le bouton-presseur pour libérer une dose (jusqu'au déclic), la fenêtre de contrôle devient verte 3. expirer profondément 4. placer l'embout entre les lèvres 5. inspirer rapidement et profondément, un déclic valide la prise, la fenêtre devient rouge 6. retirer l'embout de la bouche, retenir sa respiration une dizaine de secondes 7. expirer 8. nettoyer l'embout et replacer le capuchon <p><i>*pour la 1^{ère} utilisation, retirer le couvercle supérieur en appuyant sur les nervures des côtés, en le tirant et le levant, insérer la cartouche en orientant le compteur de dose vers l'embout buccal, replacer le couvercle en le glissant jusqu'au déclic.</i></p>

NB :

- Il faut inspirer par la bouche, et non par le nez.
- L'expiration s'effectue toujours en dehors de l'appareil.
- ***Beclojet®** présente une chambre d'inhalation, il n'est pas nécessaire d'inspirer en appuyant sur la cartouche métallique.
- Le nettoyage se fait avec un chiffon doux, à sec.
- Pour les aérosols doseurs sans compteur de dose, il est possible d'effectuer un test de flottaison.

Test de flottaison : changer l'aérosol lorsqu'il est à $\frac{3}{4}$ vide





Vous souhaitez bénéficier du dispositif d'accompagnement pour votre asthme ? **C'est simple,**

- **parlez-en à votre pharmacien,**
- **ensemble, inscrivez-vous directement en ligne.**

CONSEIL DU PHARMACIEN

Pensez à renseigner et à apporter la fiche «Asthme – Facteurs déclenchants & conseils pour les éviter» à chaque entretien.

CACHET DU PHARMACIEN

35-2014

Asthme

Une aide au suivi de votre traitement proposée par votre pharmacien




Une aide au suivi de votre traitement de l'asthme

Votre médecin vous a prescrit un traitement de fond pour votre asthme.

Le traitement de fond par corticostéroïdes inhalés est essentiel pour vivre le plus confortablement possible lorsqu'on a de l'asthme.

Tout particulièrement à l'initiation du traitement, il est important d'acquiescer de bons réflexes pour minimiser le retentissement de l'asthme sur votre vie quotidienne.

Une prise régulière du traitement, une manipulation correcte du dispositif d'inhalation et l'application de petits gestes simples vous aideront à mieux vivre avec votre asthme.

C'est pourquoi, en plus du suivi médical de votre médecin traitant, **votre pharmacien vous propose un accompagnement pour vous aider à mieux contrôler votre asthme et ainsi vous permettre de mener une vie sociale, professionnelle, scolaire ou sportive aussi normale que possible.**

Les informations nécessaires à la mise en œuvre de cet accompagnement sont recueillies et traitées conformément à la loi du 06/01/78. L'exercice du droit d'accès et de rectification s'effectue auprès du organisme d'assurance maladie de rattachement.

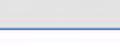
Ce que votre pharmacien vous propose

Partenaire «santé» de proximité, votre pharmacien vous propose un accompagnement individuel dans le cadre du suivi de votre asthme et de son traitement. Vous pouvez bénéficier de :

- **deux entretiens au moins par an** durant lesquels votre pharmacien vous aidera à :
 - comprendre la maladie et l'utilité des traitements,
 - identifier et éviter les facteurs déclenchants ou aggravant votre asthme,
 - maîtriser l'utilisation de votre dispositif d'inhalation,
 - veiller au bon suivi de votre traitement et suivre l'évolution de votre maladie.
- **une coordination entre votre pharmacien et votre médecin**, en cas de besoin et selon votre situation médicale.

Un dispositif d'accompagnement...

- **...personnalisé** : votre pharmacien vous suit individuellement pour un entretien adapté à votre situation.
- **...confidentiel** : votre pharmacien vous reçoit dans un espace de confidentialité aménagé.
- **...libre** : vous êtes libre de choisir le pharmacien que vous désirez, d'en désigner un nouveau à tout moment, ou de ne plus participer au dispositif. Si vous déclinez cette proposition, il n'y aura aucune incidence sur le niveau de remboursement de vos médicaments.
- **...et gratuit** : vous n'avez rien à payer l'Assurance Maladie rémunère directement votre pharmacien une fois par an.




Annexe 6 : fiche de suivi du patient (19)




Téléchargez et renseignez ce document via votre Espace pro

SUIVI DU PATIENT ASTHMATIQUE DANS LE CADRE DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Régime d'affiliation :

Adresse :

Date entretien 1 et nom du pharmacien :

Date entretien 2 et nom du pharmacien :

Date entretien 3 et nom du pharmacien :



La santé progresse avec vous



Informations générales	Entretien 1		Entretien 2		Entretien 3	
Spécialités prescrites	Posologies	Date début traitement	Posologies	Date début traitement	Posologies	Date début traitement
..... / ... / / ... / / ... / ...
..... / ... / / ... / / ... / ...
..... / ... / / ... / / ... / ...
Nom du médecin traitant et/ou du pneumologue	.....		.....		.....
Difficultés motrices / cognitives / sensorielles	.....		.....		.....
Le patient possède-t-il un plan d'action de l'asthme, un auto-questionnaire, un peak flow, tout autre document en rapport avec son asthme (préciser)	.....		.....		.....
Le patient a-t-il suivi ou suit-il un programme d'ETP dans une école de l'asthme ?	Date	Durée du programme	Date	Durée du programme	Date	Durée du programme
.....	... / ... / / ... / / ... /
Demander au patient comment il vit globalement son asthme (pour les personnes en reprise de traitement de fond après une période d'interruption)	.....		.....		.....
.....	
.....	
.....	

Notions générales sur le traitement de fond de l'asthme - corticoïdes inhalés



1 Les principes du traitement	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
1. Le patient sait-il nommer ses médicaments de l'asthme : - pour le traitement de fond ? - pour les crises ? Si non, préciser et l'indiquer sur la boîte.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
2. Le patient connaît-il la dose prescrite par son médecin pour : - le(s) médicament(s) du traitement de fond ? - le médicament de la crise ? Si non, préciser les posologies conformément à l'ordonnance.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
3. Le patient peut-il bien différencier le traitement de la crise et le traitement de fond et décrire comment ses médicaments agissent ? Si non, expliquer et évoquer notamment : - la chronicité de l'asthme pour expliquer la nécessité de se traiter sur du long terme ; - les composantes inflammatoire et obstructive de l'asthme qui permettent de comprendre comment agissent les 2 types de traitement.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
4. Le patient connaît-il le bénéfice de son traitement de fond ? Si non, réexpliquer que l'asthme contrôlé peut aboutir à ZÉRO gêne respiratoire, d'où l'intérêt de prendre le traitement de fond et décrire les effets recherchés (cf guide).	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
5. Le patient sait-il qu'il doit toujours avoir à disposition immédiate un traitement de la crise ? Si non expliquer.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
6. Le patient sait-il quand prendre le « médicament de la crise » ? Lui demander de préciser. Si non, rappeler les circonstances adéquates et en parler au médecin traitant, après accord du patient.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

A : Acquis PA : Partiellement Acquis NA : Non Acquis

2 Les principes de la technique d'inhalation	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
7. Le patient maîtrise-t-il la technique d'inhalation de ses médicaments ? Démonstration par le patient. Si incorrect, démontrer.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

A : Acquis PA : Partiellement Acquis NA : Non Acquis

3 L'importance de l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
8. Évaluation de l'observance selon le score de Morisky, en 4 questions :			
- le patient oublie-t-il parfois de prendre son traitement de l'asthme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- le patient a-t-il parfois du mal à se rappeler de prendre son traitement de l'asthme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- quand le patient se sent mieux, lui arrive-t-il d'arrêter de prendre son traitement de l'asthme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- si le patient se sent moins bien lorsqu'il prend son traitement de l'asthme, arrête-t-il parfois de le prendre ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
oui = 0 et non = 1, score de 0 à 4 Si le patient a répondu par au moins un « oui », rechercher la cause de la mauvaise adhésion et donner si possible des conseils adaptés pour améliorer l'observance. Dans le cas où le patient est en reprise de traitement suite à une phase d'interruption, peut-il préciser la raison pour laquelle il a arrêté son traitement de fond ?			



4 Les effets indésirables des corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs d'action brève	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
9. Le patient ressent-il des effets indésirables pouvant être liés à son traitement de fond ? Par exemple : candidose oropharyngée, gêne pharyngée, dysphonie, raucité de la voix, survenue de toux ou de bronchospasme à la suite de l'inhalation.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient ressent-il des effets indésirables pouvant être liés à son traitement de la crise : céphalées, tremblements, tachycardie, plus rarement irritation de la bouche et de la gorge, crampes musculaires, palpitations. Si oui, donner des conseils adaptés pour les prévenir ou les atténuer.	si oui, lesquels ?	si oui, lesquels ?	si oui, lesquels ?

5 Les interactions médicamenteuses	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
10. Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres traitements ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, lesquels ?
Le patient est-il vacciné contre la grippe ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Outre les médicaments du dossier pharmaceutique / prescrits par le médecin traitant, le pneumologue et autres spécialistes, rechercher les automédications ; Repérer les médicaments qui pourraient interagir avec son traitement de l'asthme.			

Facteurs déclenchant/aggravant l'asthme et conseils pour les éviter



	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
11. Le patient peut-il dire s'il a identifié des facteurs qui déclenchent/aggravent son asthme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
12. Si non, demander au patient d'y réfléchir et de noter d'éventuels facteurs qu'il a repérés pour le prochain entretien. Si oui, au fur et à mesure des entretiens cocher les dans le tableau ci-dessous et donner des conseils pour les éviter quand cela est possible. Si l'éviction n'est pas possible, réinsister sur l'importance d'avoir toujours sur soi le traitement de la crise.			
Allergènes	Des tests cutanés ont-ils été réalisés ?		
Les acariens et moisissures	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les animaux domestiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les pollens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les aliments	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pollution			
Atmosphérique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
De l'intérieur : fumée de cheminée, peintures, solvants, moquette...	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tabac			
Actif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Passif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres			
Infection des voies respiratoires (rhume, grippe, bronchite, sinusite ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Facteurs psychologiques : anxiété, stress, émotions importantes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Changements de temps, froid, humidité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Exercice physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

☐ Remettre au patient la fiche qui liste les facteurs déclenchants de l'asthme. Si le patient en découvre un ou plusieurs entre 2 entretiens, il le(s) cochera et sera invité à l'évoquer au prochain entretien.



Conclusion pour le patient

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
13. Le patient a-t-il des questions ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Conclusion pour le pharmacien

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
14. Petite synthèse de l'entretien et durée approximative	...............	...............	...............
15. Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient	...............	...............	...............
16. Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant	...............	...............	...............
17. Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
18. Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
19. Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



Suivi de l'accompagnement

- Convenir avec le patient des modalités de suivi de l'accompagnement.
- Envisager avec lui le nombre et la fréquence des entretiens.
- Insister sur l'importance de la technique d'inhalation, de l'adhésion du traitement par corticoïde inhalé, de l'identification des facteurs qui déclenchent ou aggravent l'asthme.

Pourquoi accompagner les patients asthmatiques ?

Les corticoïdes inhalés, seuls ou associés constituent le traitement de référence de l'asthme persistant. Pris conformément aux prescriptions des médecins, ces médicaments permettent le contrôle de l'asthme, objectif principal de la prise en charge des patients asthmatiques. Néanmoins, l'analyse de la littérature met en évidence que chez 27 % à 60 %^[1] des personnes asthmatiques, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant. Les raisons de ce constat peuvent être multiples, par exemple, l'aggravation de la maladie, une mauvaise observance, ou des erreurs dans la manipulation de l'inhalateur.

Les patients éligibles au dispositif d'accompagnement sont ceux présentant une prescription de corticoïdes inhalés, pour lesquels aucun traitement de fond n'a été délivré dans les 4 mois précédents la date d'adhésion au dispositif d'accompagnement, et dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à 6 mois.

Aussi, à l'occasion de l'accompagnement, l'explication au patient asthmatique intégrant le dispositif de l'ensemble des informations relatives à son traitement, dans la continuité de la prise en charge médicale, sont des éléments capitaux pour son appropriation et pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques. En effet, **un patient bien informé est un patient plus observant.**



Ce guide, validé par la HAS, est conçu pour vous aider à appréhender au mieux la conduite de l'entretien pharmaceutique dans le cadre de l'accompagnement des patients asthmatiques en initiation de traitement de fond ou en reprise après interruption d'au moins 4 mois.

Il a été élaboré par les partenaires conventionnels après revue de la littérature et de sites institutionnels et associatifs^[2].

^[1] Cuecq A., Pepin S., Ricordeau P. Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme *CNAMTS Points de repère 2008* ; 24 : 1-11.
Anissa Alrite, Caroline Allonier, Laure Corn-Ruelle, Nelly Le Guen. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Rapport IRDES n°549, janvier 2011.

^[2] Éducation thérapeutique du patient asthmatique. Adulte et adolescent. Recommandation HAS, juin 2001 ; Recommandation pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents, HAS septembre 2004 ; Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 18 avril 2000 ; site Améli-santé ; site de la fondation du souffle contre les maladies respiratoires ; site asthme et allergies ; documents d'accompagnement des patients asthmatiques canadiens (site INESSS) et anglais (site PSNC/asthma support pack ; le site du NHS ; le site de asthma.org) « Rôle du pharmacien dans la prise en charge du patient asthmatique », ginasthma.org.



Mener l'entretien pharmaceutique

Plusieurs notions doivent être abordées lors de l'entretien. Il est possible (voire probable) que le patient ne puisse pas assimiler toutes ces notions dès le premier entretien. **Il convient donc d'ajuster le niveau d'information en fonction du niveau de connaissance sur l'asthme et son traitement et de la compréhension du patient.**

Lors du premier entretien, le pharmacien peut être amené à prioriser les informations à délivrer. Des **précisions** seront apportées et des **rappels** seront effectués lors des entretiens ultérieurs.

Le pharmacien débute le premier entretien par le recueil d'informations générales relatives au patient. Il aborde ensuite les notions générales et fondamentales relatives au traitement proprement dit et à son suivi.

Acquisition des informations données au patient :

• L'appréciation de l'appropriation par le patient des informations essentielles se fait selon 3 niveaux :

Acquis (A) Partiellement Acquis (PA) Non Acquis (NA)

• Le pharmacien considère qu'une notion est :

- « Acquis » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient et qu'il est en capacité d'expliquer avec ses propres mots les notions abordées avec lui ;
- « Partiellement Acquis » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises ;
- « Non Acquis » dès lors que le patient n'a pas connaissance du sujet.

Recueillir des informations générales concernant le patient

- Nom et prénom
- Âge
- Numéro de sécurité sociale
- Régime d'affiliation
- Adresse
- Date entretien 1 et nom du pharmacien
- Date entretien 2 et nom du pharmacien
- Date entretien 3 et nom du pharmacien
- Spécialités prescrites : posologies et date de début de traitements respectives.
- Consultation du Dossier Pharmaceutique (DP) et proposition de création d'un DP si le patient n'en a pas encore.
- Nom du médecin traitant et/ou du pneumologue.
- Identification des situations nécessitant assistance (difficultés motrices/ cognitives/ sensorielles).
- Recherche d'une éventuelle détention par le patient d'un plan d'action de l'asthme, d'un auto-questionnaire, d'un peak-flow, tout autre document en rapport avec l'asthme du patient.
- Suivi par le patient d'un programme d'éducation thérapeutique, ancien ou en cours.
- Perception globale par le patient de son traitement de l'asthme pour les personnes en reprise de traitement de fond après une période d'interruption.

Si le médecin a recommandé au patient d'évaluer le niveau de contrôle de son asthme, l'encourager à le faire.

Informier le patient sur 5 notions liées à son traitement

1 Les principes du traitement

Si le patient n'est pas sûr de l'effet de ses médicaments, lui expliquer leurs modes d'actions et leurs impacts sur le contrôle de l'asthme.

Pour que le patient comprenne comment et pourquoi il doit prendre ses médicaments, il est important de lui réexpliquer la manière dont l'asthme affecte les voies respiratoires, notamment que :

- **l'asthme est une maladie chronique inflammatoire et obstructive des bronches**, information nécessaire à la compréhension de l'intérêt de l'observance ;
- l'inflammation chronique est associée à une **hyperréactivité des voies respiratoires**. En effet, en contact avec un élément irritant, les muscles qui se trouvent dans les parois des voies respiratoires se contractent, ce qui entraîne la diminution de leur calibre. Leur paroi interne devient enflammée ce qui entraîne leur gonflement et la sécrétion de mucus dans la zone centrale où passe l'air. Les voies respiratoires sont alors obstruées. L'air passe moins bien que chez une personne non asthmatique à travers ces voies, d'où les symptômes de l'asthme observés tels que la gêne respiratoire.

➤ **Montrer au patient la planche illustrée** qui se trouve dans le chevalet, permettant de visualiser des bronches saines et des bronches atteintes d'asthme.

Le traitement de la crise :

- rappel du nom du médicament de la crise,
- effets recherchés :
 - traiter la crise ;
 - entraîner une relaxation des muscles, contractés lors de la crise, induisant l'élargissement des voies aériennes. Ainsi la respiration est plus facile ;
 - agir rapidement : le délai d'action est quasi immédiat, en 5 à 10 min ;
- à prendre à la demande, tout de suite après l'apparition des symptômes de la crise ou en prévention de l'asthme d'effort. Rappeler la posologie prescrite si nécessaire ;



- toujours avoir sur soi un médicament pour traiter la crise ;
- comment vérifier la quantité de produit restant dans un produit inhalé : confronter la posologie et le nombre de doses du flacon ;
- une utilisation supérieure à 2 fois par semaine est un signe d'aggravation de l'asthme et peut être due à une difficulté d'adhésion au traitement de fond, parlez-en à votre médecin.

Le traitement de fond : médicament du contrôle de l'asthme

- rappel du nom du médicament de fond ;
- effets recherchés :
 - réduire les symptômes de l'asthme et à terme, les crises d'asthme. Le traitement de fond agit en réduisant l'inflammation, c'est-à-dire la sensibilité des bronches aux agressions (froid, allergènes...). Le médicament fait dégonfler la paroi à l'intérieur des bronches et ainsi diminue voire fait disparaître leur obstruction ;
 - améliorer la fonction respiratoire. Un délai d'action de 7 à 14 jours pour ressentir les premiers bienfaits est nécessaire ;
 - permettre une vie quasi-normale ;
 - améliorer l'adhésion du patient au traitement ;
- ne soulage pas la crise d'asthme mais la prévient ;
- à prendre tous les jours, sur un long terme, même si la gêne respiratoire et les symptômes ont disparu, pour garantir l'efficacité du traitement, et toujours à la/aux mêmes heures pour mieux s'en souvenir ;
- ne pas arrêter sans avis médical ;
- comment vérifier la quantité de produit restant dans un produit inhalé : confronter la posologie et le nombre de doses du flacon ;
- si le traitement de fond n'est pas pris comme indiqué sur l'ordonnance, le patient s'expose à une augmentation de l'inflammation et donc à une augmentation de la fréquence de ses crises d'asthme.

En revanche, correctement pris, le traitement de fond peut aboutir à un minimum, voire une absence de gêne respiratoire et d'exacerbation. Il permet ainsi de mener une vie presque normale, les limitations d'activités quotidiennes, professionnelles, sportives, étant les plus minimes possibles.



2 Les principes de la technique d'inhalation

Inciter le patient à la manipulation de son traitement de fond. Il est important que le patient montre la façon dont il inhale son corticoïde afin de savoir si sa technique est correcte. Si elle ne l'est pas, montrer la technique d'inhalation adéquate. Insister sur ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il faut faire en vous aidant du chevalet « Comprendre ma maladie & bien utiliser mon dispositif d'inhalation » qui décrit, pour chaque type d'inhalateur, la manière de l'utiliser.

De même, inciter le patient à la manipulation de son traitement de la crise. Si la technique du patient est incorrecte, montrer la technique d'inhalation adéquate.

3 L'importance de l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés

Dès le deuxième entretien, évaluer l'adhésion au traitement, notamment prise irrégulière ou interruption de traitement, grâce au questionnaire de Morisky.

Confronter, quand cela est possible, les informations données par le patient à l'historique des délivrances des médicaments de fond et/ou de la crise et vérifier l'adéquation de la prescription avec le rythme de délivrance des médicaments.

Discuter des sentiments, croyances et plus globalement des représentations des patients à l'égard des médicaments de l'asthme et des raisons pour lesquelles ils ne prennent pas leurs médicaments (incluant la survenue d'effets indésirables : cf. point 4).



Un changement du dispositif d'inhalation est à considérer si ce dernier entraîne un défaut d'adhésion. Dans ce cas, contacter le prescripteur pour échanger sur le sujet.

Pour les patients en reprise de traitement suite à une phase d'interruption, demander quelle est la cause de l'arrêt de traitement ?

Trouver des astuces pour limiter les oublis : prendre le traitement de fond toujours à la/aux mêmes heures pour mieux s'en souvenir.



4 Les effets indésirables des médicaments de l'asthme : corticoïdes inhalés (traitement de fond) et bronchodilatateurs d'action brève (traitement de la crise)

Dès le deuxième entretien, discuter de l'efficacité/ sécurité des médicaments de l'asthme :

- **corticoïdes inhalés** : fréquemment, possibilité de survenue de candidose oropharyngée, de gêne pharyngée, de dysphonie, de raucité de la voix, pouvant être prévenues par rinçage de la bouche après inhalation ;
- **bronchodilatateurs d'action brève** : céphalées, tremblements, tachycardie, plus rarement irritation de la bouche et de la gorge, crampes musculaires, palpitations ;
- comme avec d'autres produits inhalés, possibilité de survenue de toux et rarement de bronchospasme à la suite de l'inhalation.

Dans ce cas, inciter le patient à consulter rapidement son médecin afin d'évoquer ce phénomène.

5 Les interactions médicamenteuses : s'assurer que le patient ne s'y expose pas

Certains médicaments peuvent interagir avec les antiasthmatiques et participer au non contrôle de l'asthme du patient. Repérer les médicaments que prend par ailleurs le patient, qu'ils soient co-prescrits ou pris en automédication, notamment :

- bronchoconstricteurs : bêtabloquants, aspirine, AINS ;
- déprimeurs respiratoires : antitussifs opiacés ou sédatifs ;
- irritants locaux tels que les aérosols.

La règle consiste à ne jamais prendre de médicaments qui n'aient été prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien ni, a fortiori, un autre médicament de sa propre initiative.

Facteurs déclenchants de l'asthme et conseils pour les éviter

La prise en charge des patients asthmatiques passe par le traitement pharmacologique mais aussi par l'éviction des facteurs déclenchant ou aggravant l'asthme. Il est donc préalablement nécessaire de les identifier.

Cette partie de l'accompagnement se situe dans la continuité de la prise en charge du patient par son médecin. En effet, elle aide le patient à identifier au fur et à mesure des entretiens, des facteurs déclenchants qu'il n'aurait pas évoqués lors de la consultation. Le pharmacien pourra prendre contact avec le médecin, avec l'accord du patient, pour préciser ces facteurs et les mesures d'éviction.

Aussi, **demander au patient d'enregistrer les moments et les conditions durant lesquels son asthme s'aggrave**. Noter sur le tableau de la fiche de suivi les facteurs déclenchants de l'asthme identifiés par le patient et expliquer comment limiter leur impact, quand cela est possible.

Inviter le patient à communiquer à son médecin les éventuels facteurs récemment identifiés.

Conclusion

À la fin de l'entretien, demander au patient s'il a des questions à poser.

Lui remettre la fiche patient sur les facteurs déclenchant/ aggravant de l'asthme.

Fixer la date du prochain RDV. En fonction du niveau de connaissance du patient constaté à l'issue de l'entretien, cette date sera fixée à plus ou moins brève échéance. Lui demander d'apporter au prochain RDV la fiche sur les facteurs déclenchants/ aggravants de l'asthme et le cas échéant tout document en rapport avec son asthme.

Éventuellement, prévoir ou inciter le patient à se faire accompagner d'une personne de son choix lors de l'entretien suivant.

Présenter la façon dont va se dérouler l'accompagnement ainsi que la coordination que le pharmacien va instaurer avec le médecin désigné par le patient.

Lui rappeler l'utilité du Dossier Pharmaceutique pour détecter d'éventuelles interactions médicamenteuses



Il relève de la compétence du pharmacien d'apprécier le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre ainsi que le nombre d'entretiens nécessaire au suivi optimal du patient. Ce degré d'accompagnement doit être adapté à chaque patient en fonction de sa réceptivité et de son appropriation des messages transmis.

Annexe 8 : questionnaire présenté aux patients dans le cadre de l'enquête

Questionnaire sur la nécessité des entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques

Vous concernant

Âge : Sexe : féminin masculin

Vers quel âge votre asthme a-t-il été diagnostiqué/a-t-il débuté ?

Par quel(s) médecin(s) êtes-vous suivi ?

- Médecin généraliste, à quelle fréquence ?
- Pneumologue/allergologue, à quelle fréquence ?

Concernant votre asthme

1- Quelle(s) forme(s) d'asthme avez-vous ? Allergique D'effort Non allergique

2- Connaissez-vous les facteurs déclenchant/aggravant votre asthme ? oui non
Si oui, lesquels ?

3- Fumez-vous (régulièrement ou non) ? oui non
Si régulièrement, combien de cigarettes/j ? Depuis combien de temps (années) ?

- 4- Vous arrive t-il de prendre de(s) :
- l'ibuprofène (advil®, nurofen®, spifen®, rhinadvil®...) oui non
 - l'acide acétylsalicylique (aspirine®, aspégic®...) oui non
 - la codéine (codoliprane®, néocodion®...) oui non
 - sirops opiacés pour la toux sèche
codéine/codéthyline/pholcodine/dextrométhorphan (néocodion®, tussisédal®, tussidane®, drill®, dimetane®, biocalyptol®, clarix toux sèche®...) oui non
 - Des huiles essentielles : oui non
 - o Lesquelles ?
 - o Par quelle voie ? (cutanée, inhalation, ingestion...)

5- Avez-vous déjà été hospitalisé (ou passage aux urgences) pour votre asthme ? oui non

Concernant le contrôle de votre asthme

6- Au cours de la dernière semaine ?

Avez-vous eu/ressenti ?		
Symptômes dans la journée	<input type="checkbox"/> ≤ 2 fois	<input type="checkbox"/> > 2 fois
Limitation des activités (travail, université, lycée, loisir...)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Symptômes la nuit ou au réveil	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Recours au traitement de la crise	<input type="checkbox"/> ≤ 2 fois	<input type="checkbox"/> > 2 fois

7- Globalement : comment évaluez-vous le contrôle de votre asthme ?

- pas du tout contrôlé
- très peu contrôlé
- un peu contrôlé
- bien contrôlé
- totalement contrôlé

Concernant vos traitements

8- Quels sont vos traitements anti-asthmatiques ?

- traitement de la crise :
- traitement de fond :
- si vous ne savez pas les distinguer, écrivez les ici :

9- À quelle fréquence venez-vous chercher votre traitement :

- De la crise : < 1 fois par mois 1 fois par mois > 1 fois par mois
- De fond : < 1 fois par mois 1 fois par mois > 1 fois par mois

10- Prenez-vous votre traitement de fond tous les jours ? oui non

Si non, pourquoi ? (ne ressent pas l'effet, n'y pense pas tout le temps, ressent des gênes au niveau buccal... etc).....

11- Arrivez-vous à bien manipuler votre(vos) dispositif(s) d'inhalation ? oui non

Avez-vous des remarques par rapport à ces appareils ? (trop de dispositifs différents et donc de techniques différentes, pas pratiques...)

12- Utilisez-vous un peak-flow à la maison? oui non

Mesure du souffle à la pharmacie avec l'étudiante en pharmacie ?

- Taille (m) :
- Valeur du Débit Expiratoire de Pointe théorique à obtenir :
- Valeur mesurée aujourd'hui avec l'étudiante en pharmacie :



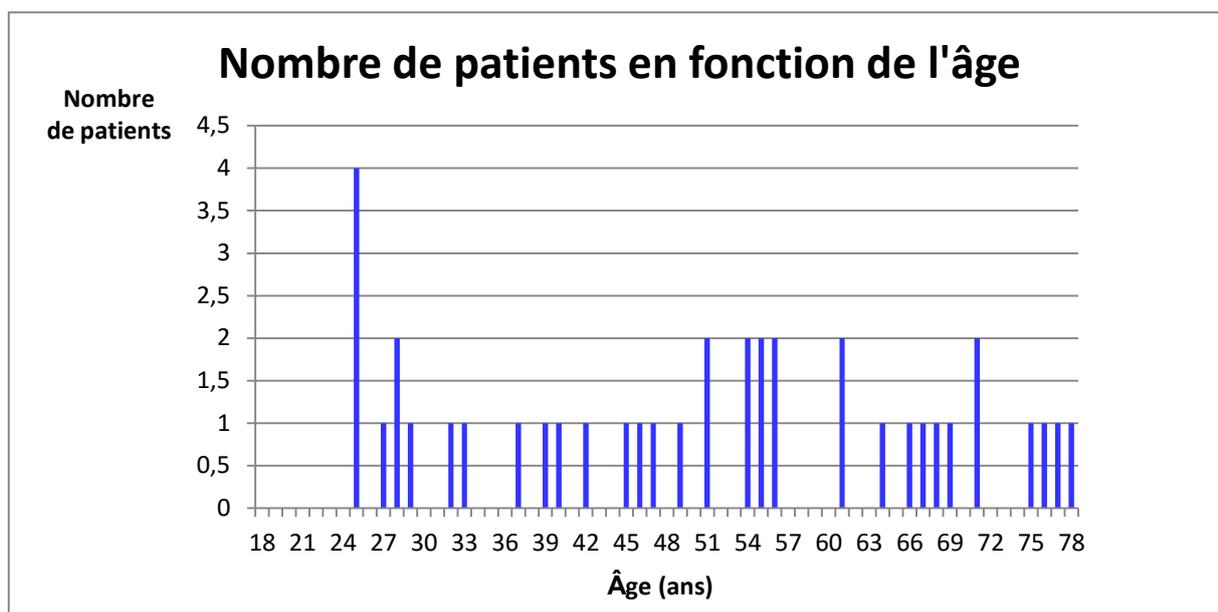
Concernant le rôle de votre pharmacien

13- Souhaiteriez-vous voir ou revoir avec votre pharmacien :

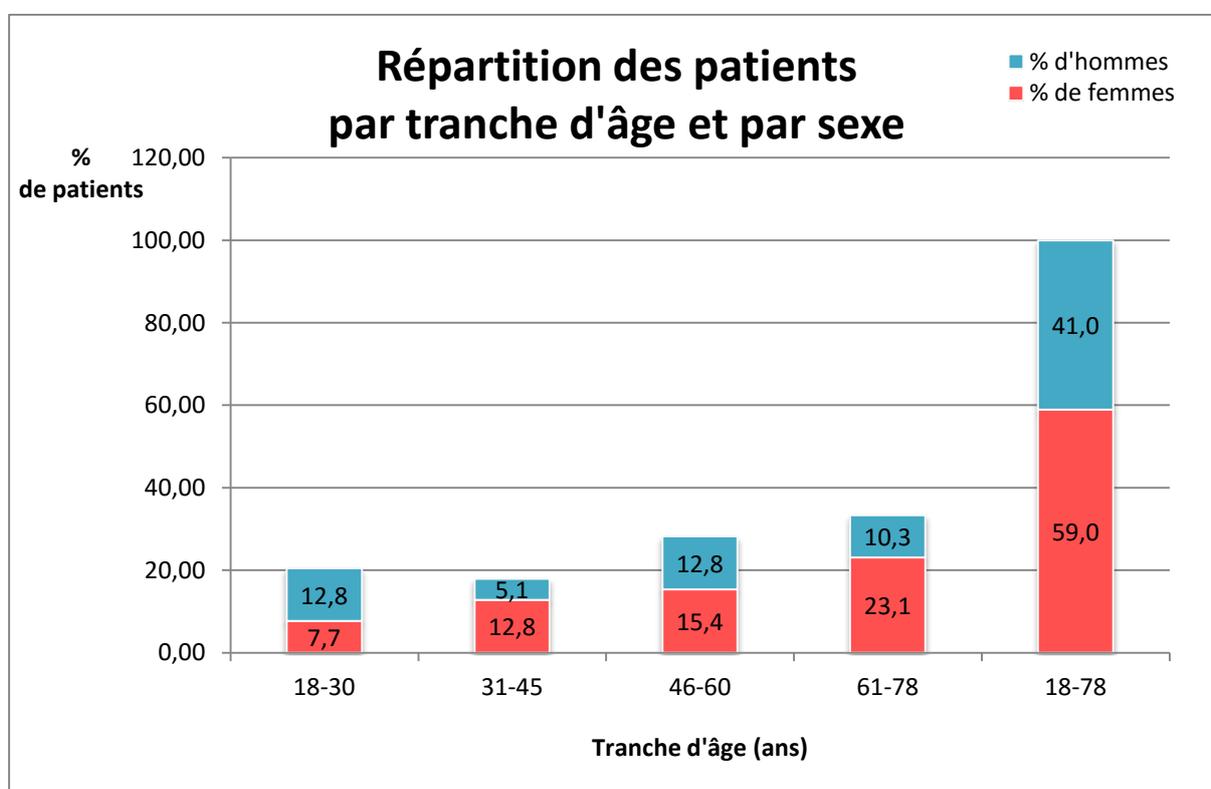
- Ce qu'est votre maladie oui non
- Comment reconnaître une crise d'asthme oui non
- Comment prévenir vos crises (éviter les facteurs déclenchants) oui non
- La différence entre un traitement de crise et de fond oui non
- Le fonctionnement de vos dispositifs d'inhalation oui non

Annexe 9 : résultats de l'enquête

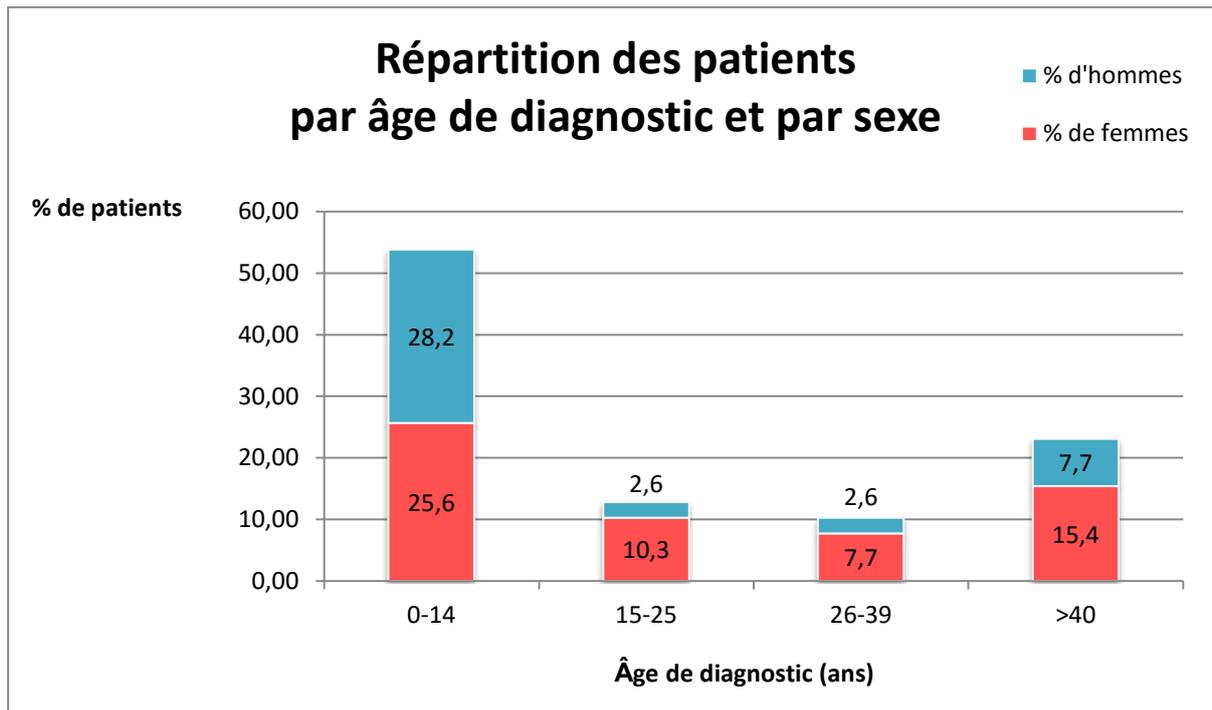
Graphique 1 : nombre de patients en fonction de l'âge



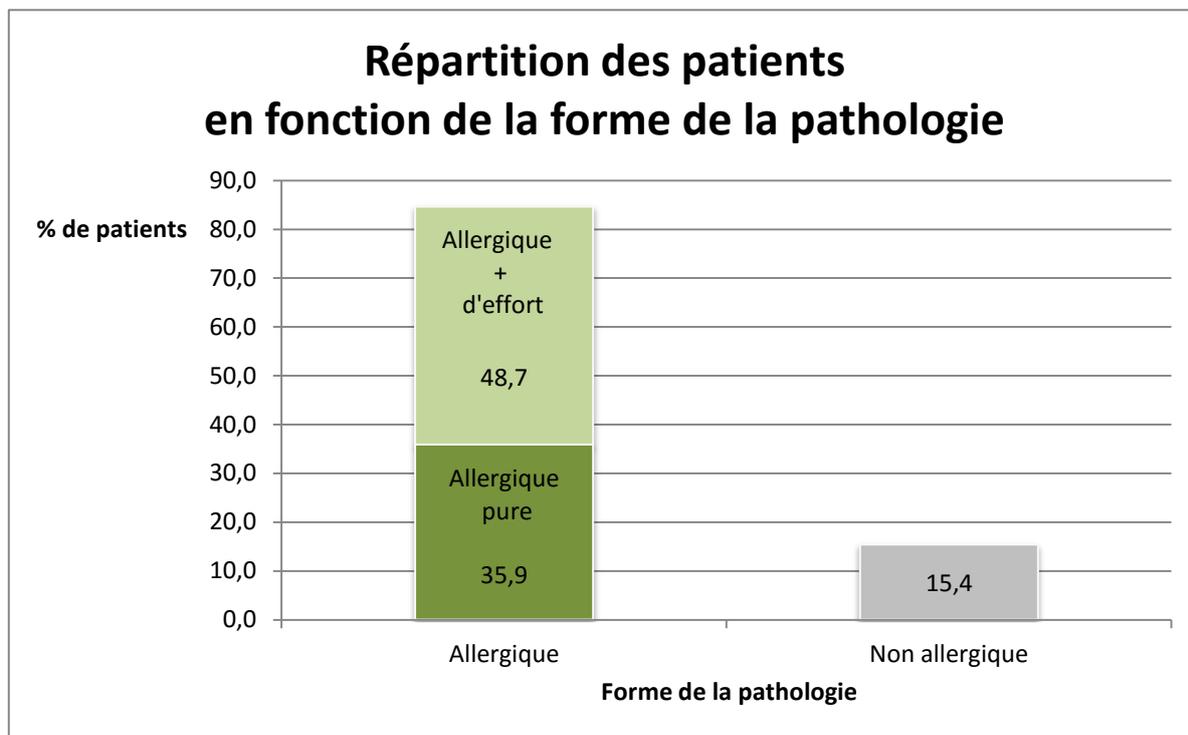
Graphique 2 : répartition des patients par tranche d'âge et par sexe



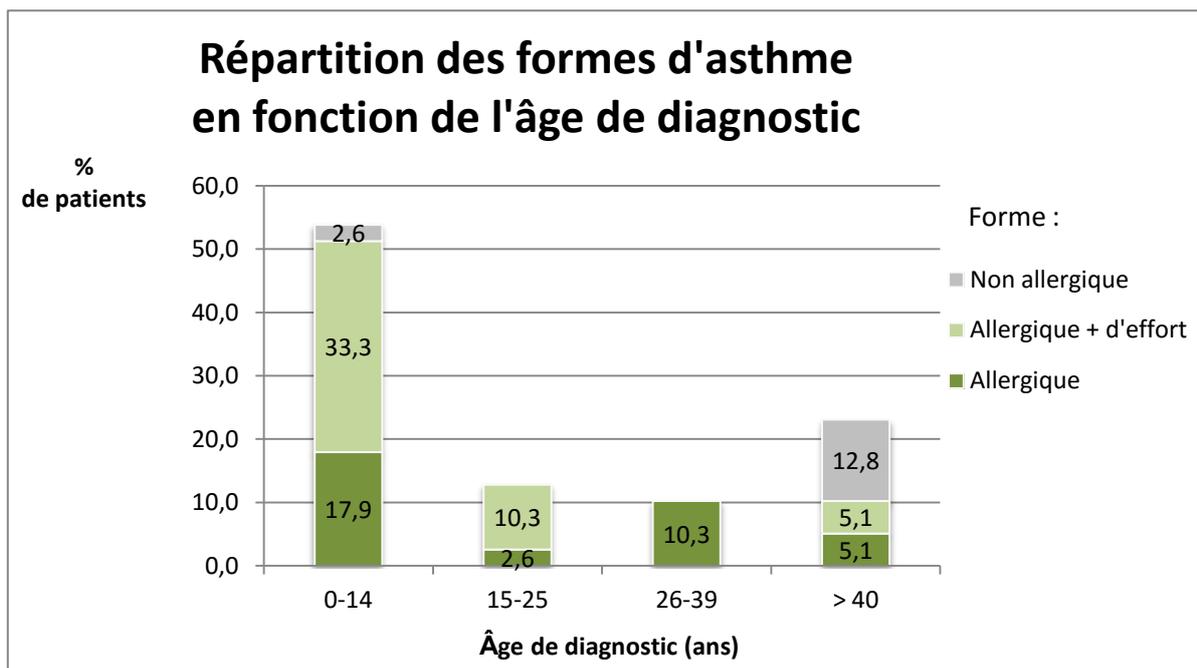
Graphique 3 : répartition des patients par âge de diagnostic et par sexe



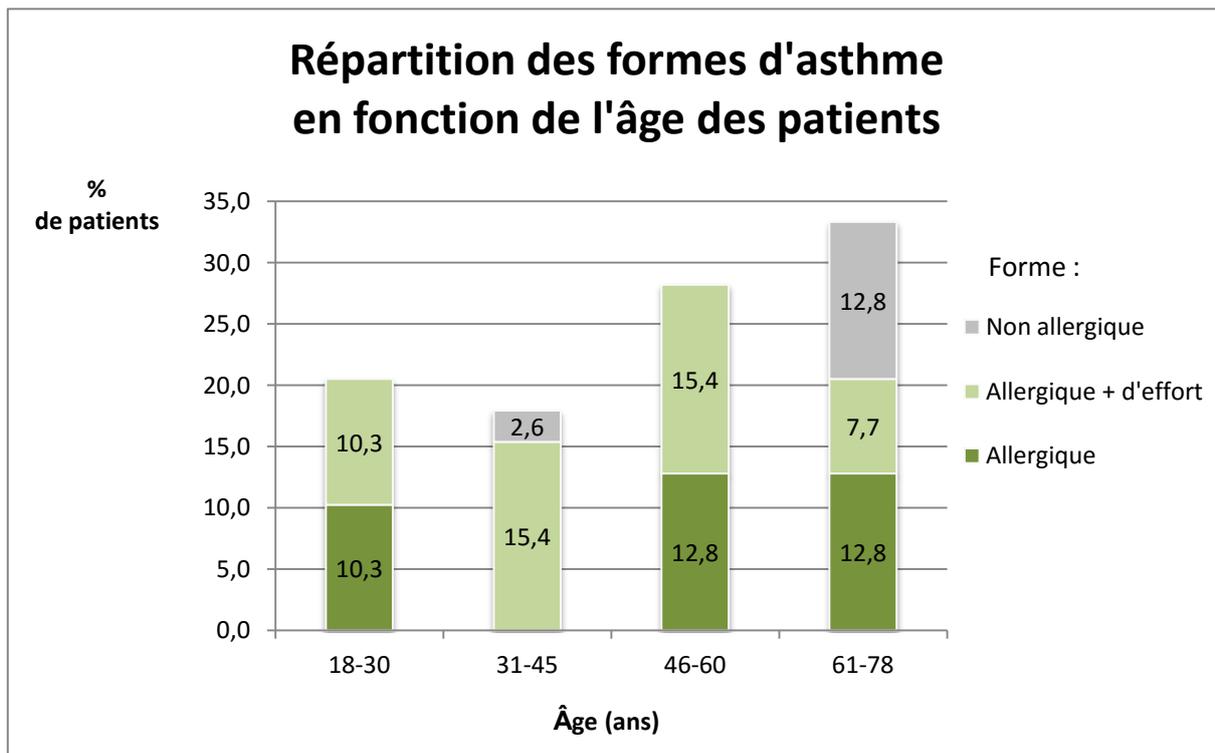
Graphique 4 : répartition des patients en fonction de la forme de la pathologie



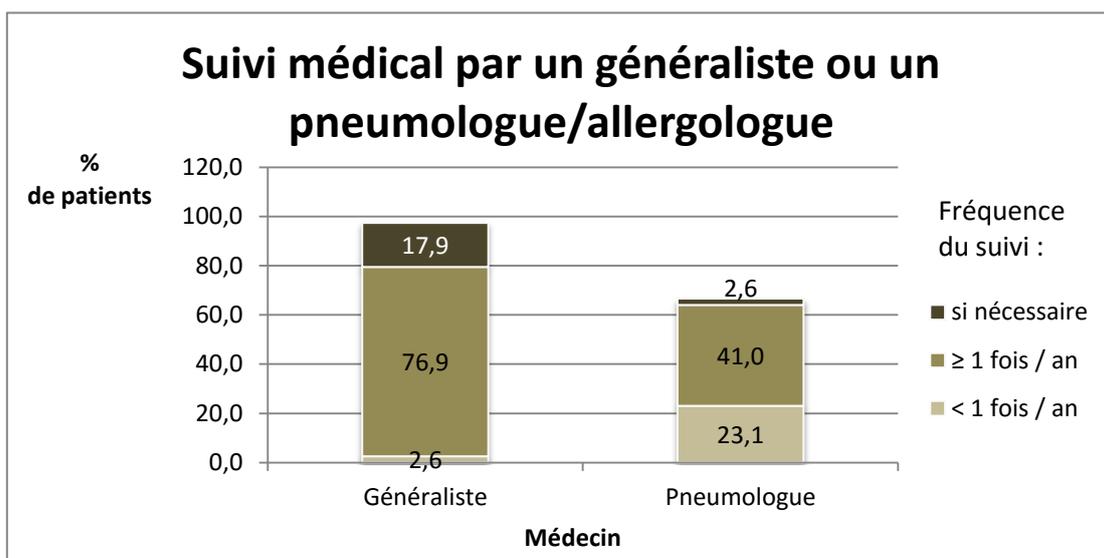
Graphique 5 : répartition des formes d'asthme en fonction de l'âge de diagnostic



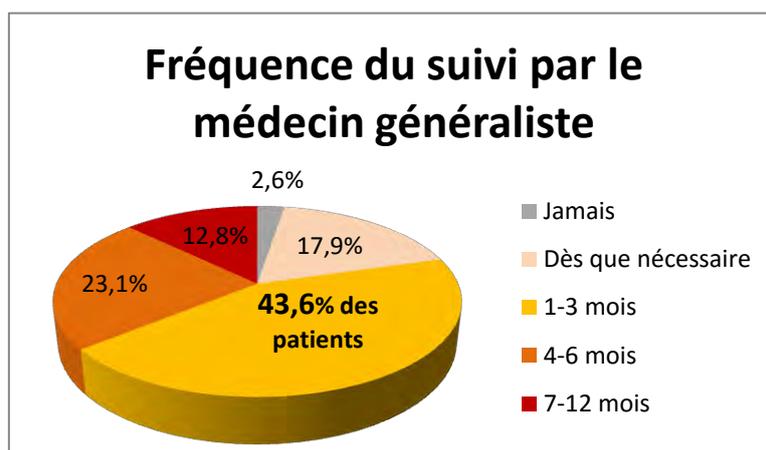
Graphique 6 : répartition des formes d'asthme en fonction de l'âge des patients



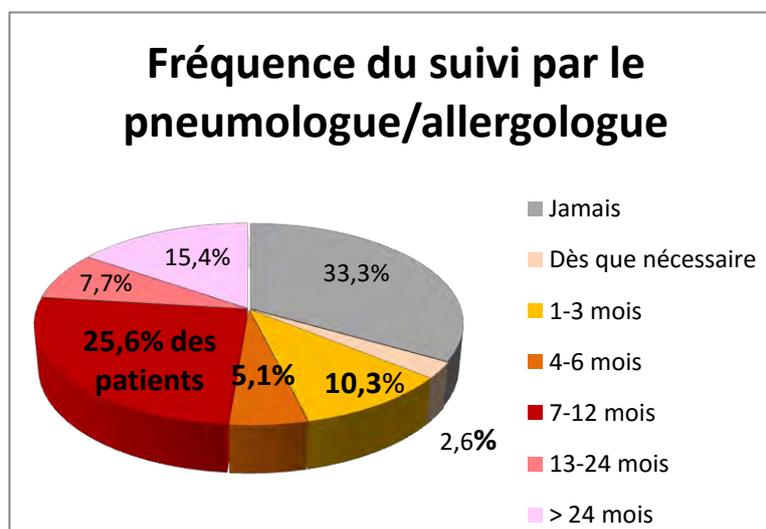
Graphique 7 : suivi médical par un généraliste ou un pneumologue/allergologue



Graphique 8 : fréquence du suivi par le médecin généraliste



Graphique 9 : fréquence du suivi par le médecin pneumologue et/ou allergologue



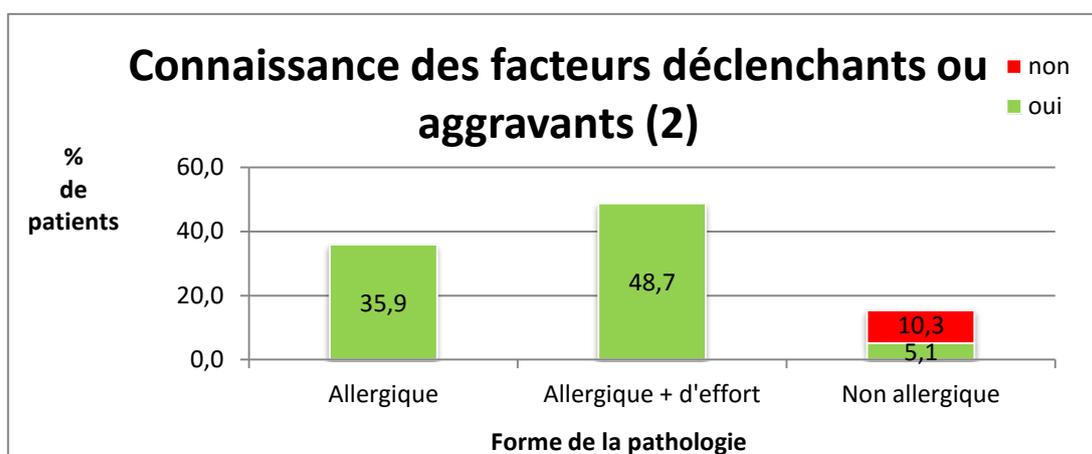
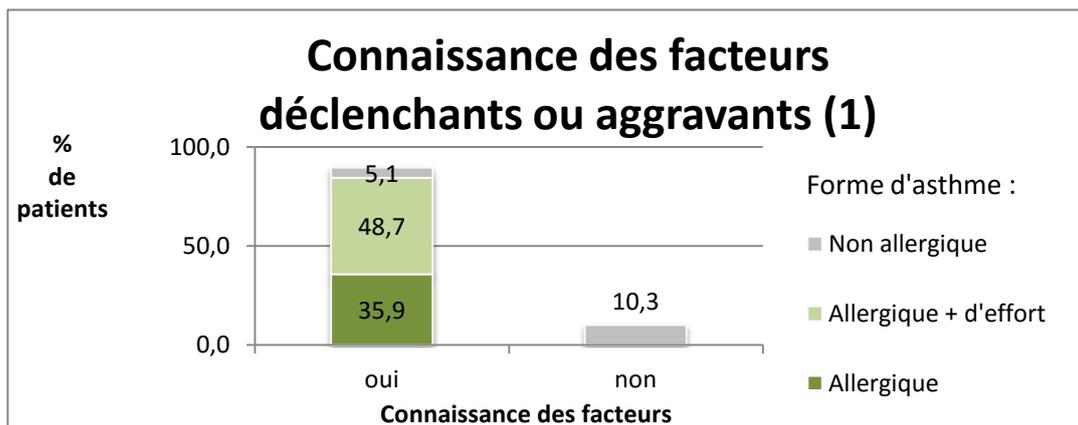
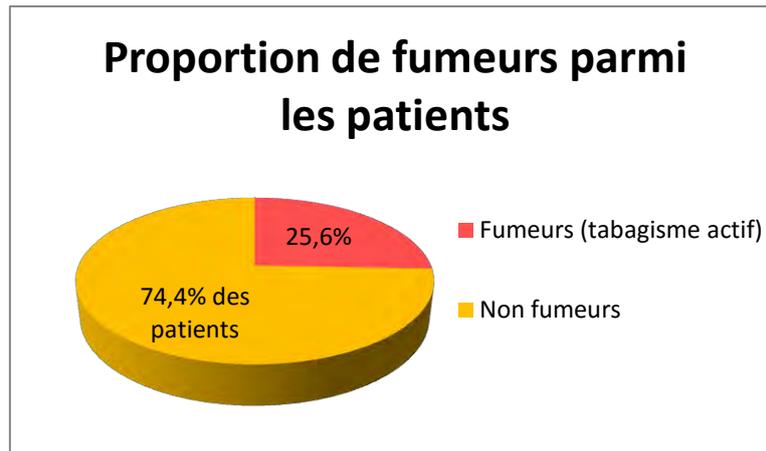


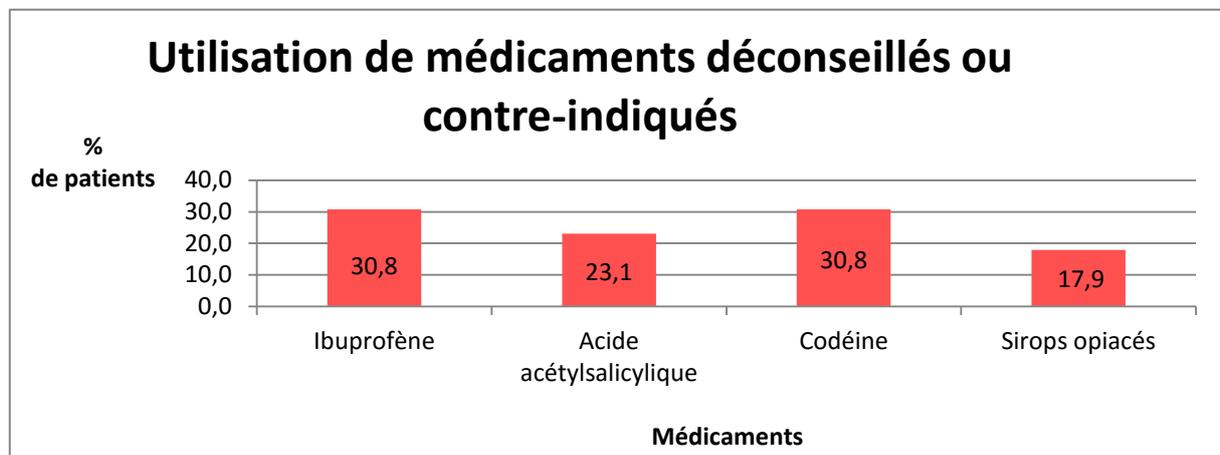
Tableau 1 : facteurs déclenchants ou aggravants cités par les patients

Ordre de fréquence	Facteurs	nombre de fois cités	% de fois cités
1	pollen	19	48,7
2	acariens	15	38,5
3	poussière	11	28,2
4	effort	9	23,1
5	froid	5	12,8
6	stress	5	12,8
7	poils d'animaux	5	12,8
8	bronchites	2	5,1
9	sinusites	1	2,6
10	fumée	1	2,6
11	chaleur	1	2,6
12	vent	1	2,6
13	graminés	1	2,6
14	résineux	1	2,6
15	plumes	1	2,6
16	produit de nettoyage	1	2,6
17	odeur forte de parfum	1	2,6
18	nuit	1	2,6
19	rire	1	2,6

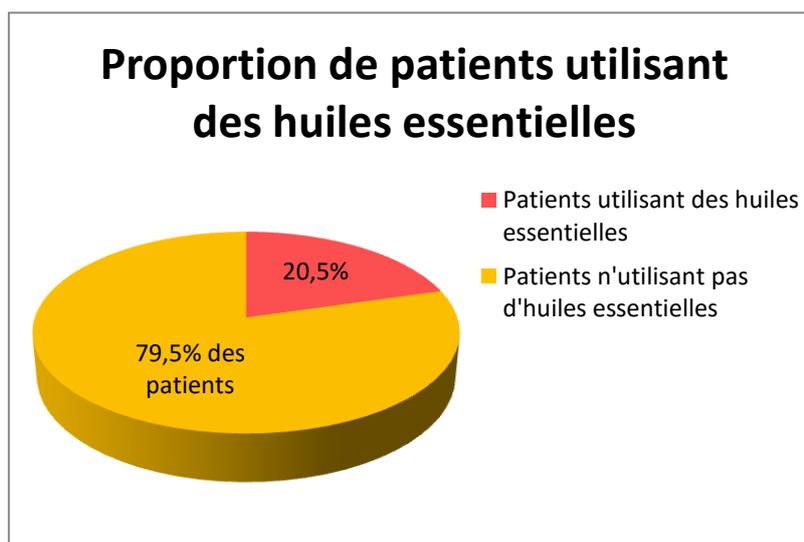
Graphique 12 : proportion de fumeurs parmi les patients



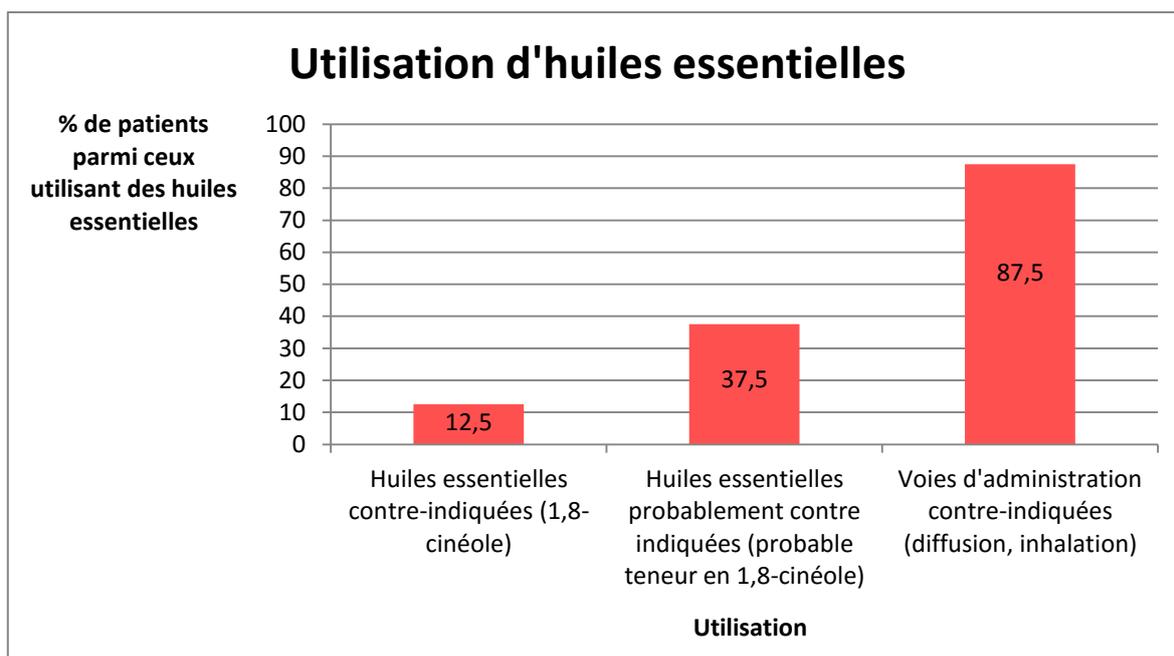
Graphique 13 : utilisation de médicaments déconseillés ou contre-indiqués chez les asthmatiques



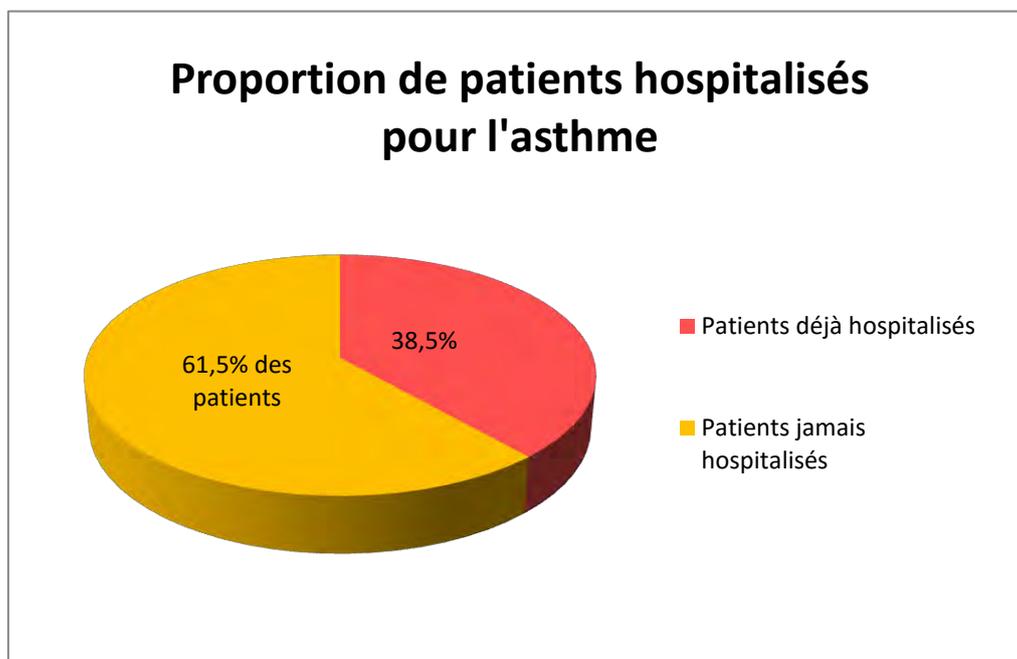
Graphique 14 : proportion de patients utilisant des huiles essentielles



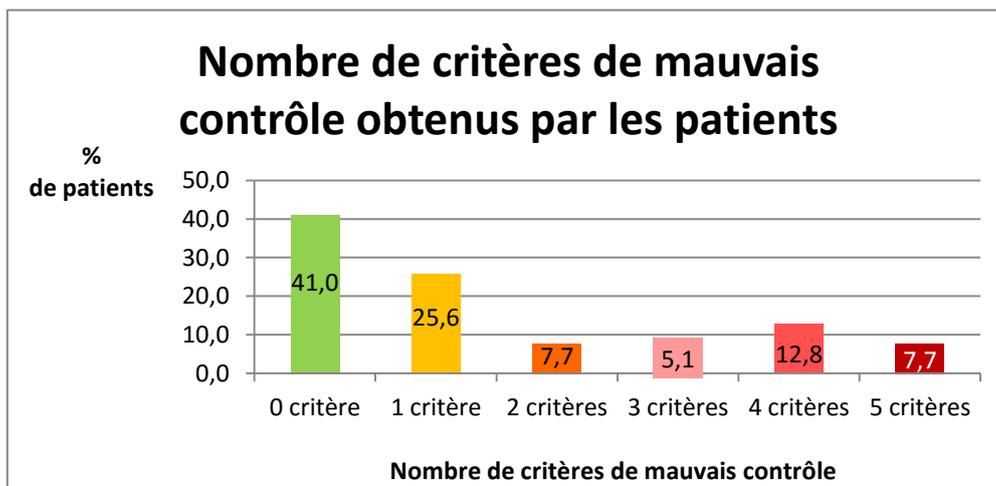
Graphique 15 : utilisation d'huiles essentielles



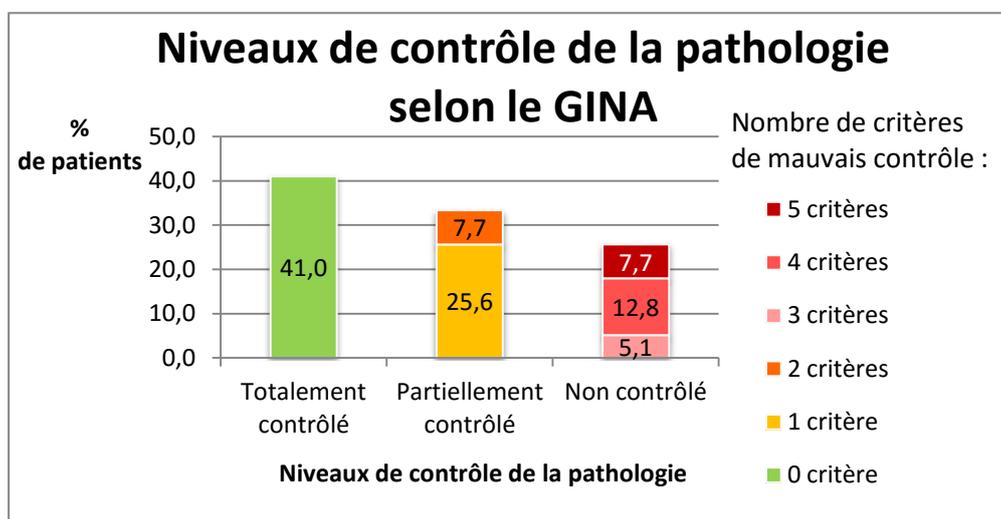
Graphique 16 : proportion de patients hospitalisés pour l'asthme



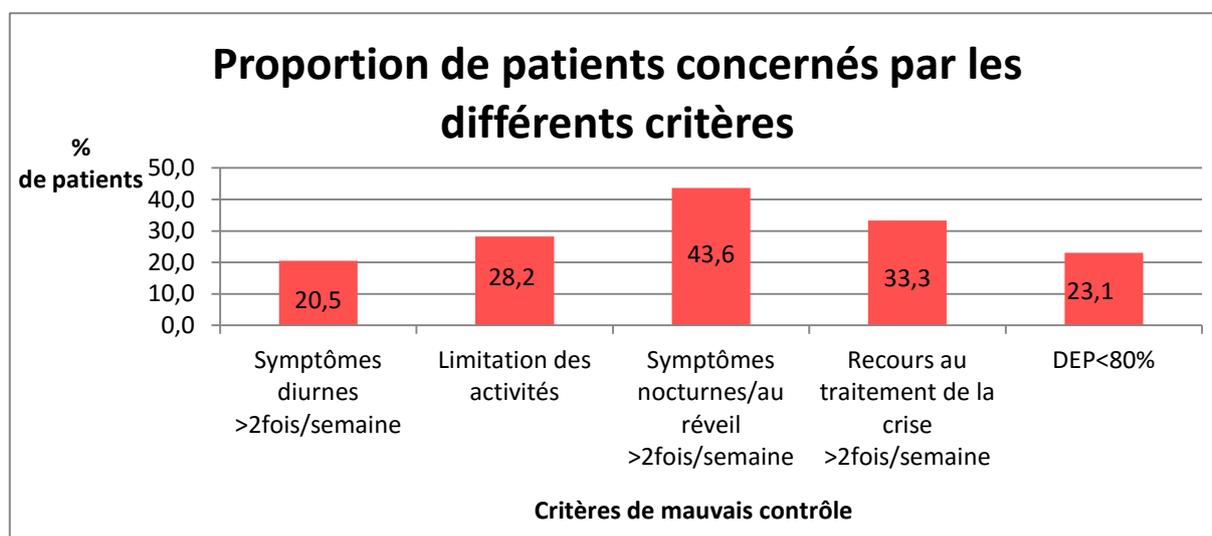
Graphique 17 : nombre de critères de mauvais contrôle de l'asthme obtenus par les patients



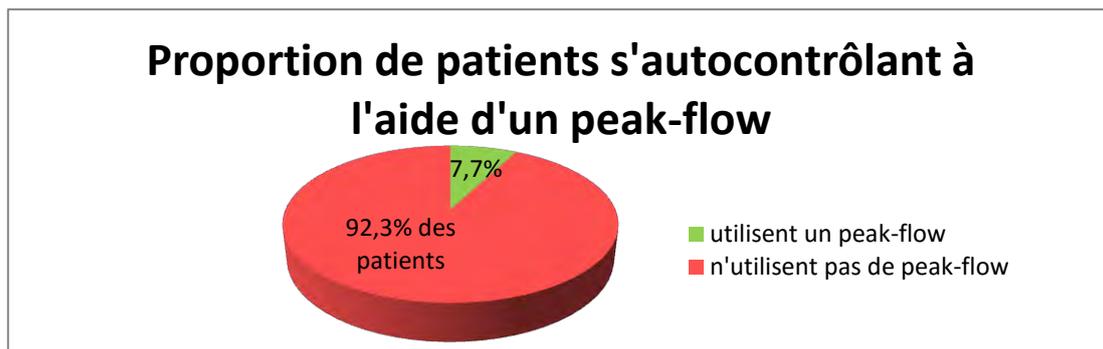
Graphique 18 : niveaux de contrôle de la pathologie selon le GINA



Graphique 19 : proportion de patients concernés par les différents critères



Graphique 20 : proportion de patients s'autocontrôlant à l'aide d'un peak-flow



Graphique 21 : DEP obtenus lors de l'enquête

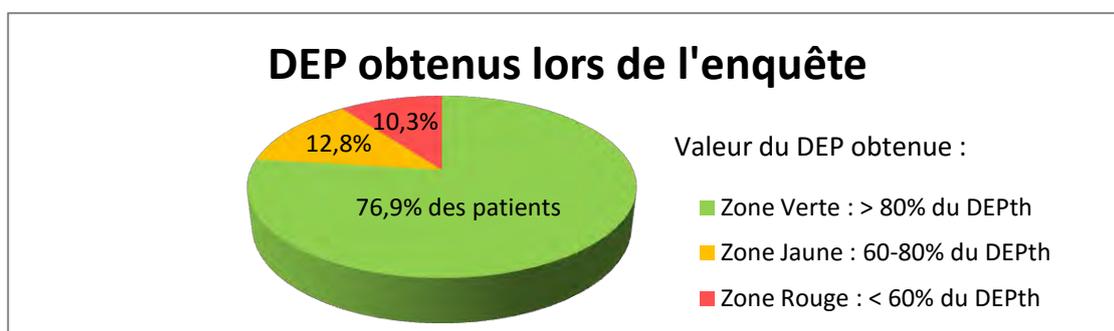


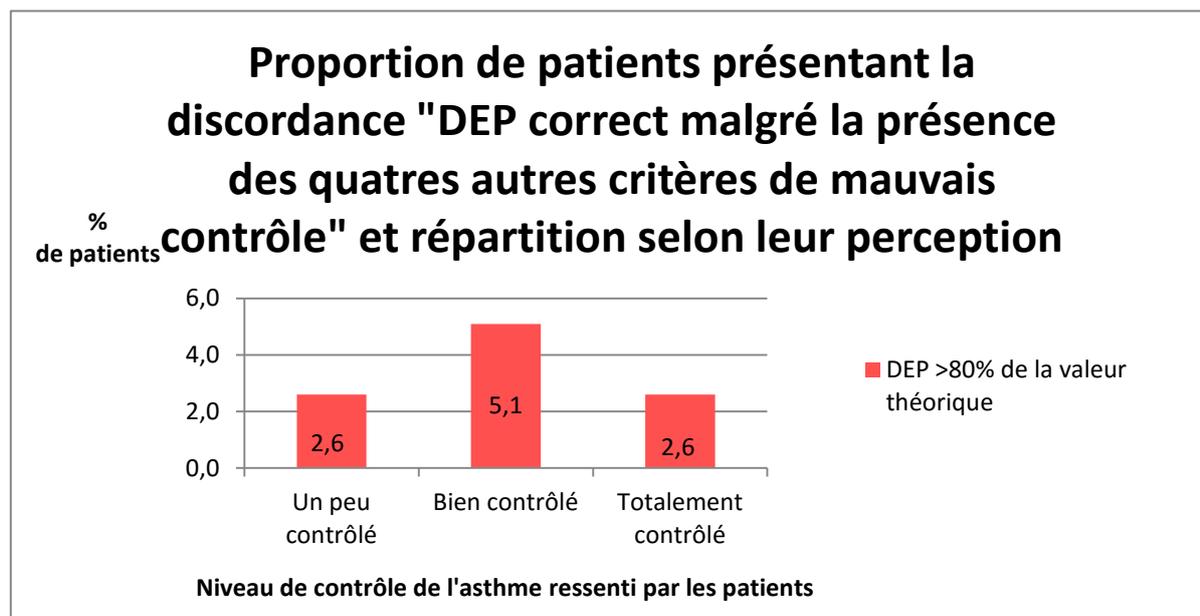
Tableau 2 : valeurs de DEP prédites chez les hommes

DEP : Débit Expiratoire de Pointe en L/MM MINI WRIGHT et norme NF EN 13 826 HOMMES de 20 à 80 ANS	
2. Age : 25 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 413 427 442 457 471 486 501 515 530 545 à 310 320 331 343 355 367 376 386 398 409 Inf 3 310 320 331 343 355 367 376 386 398 409	
3. Age : 30 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 402 417 431 446 461 476 490 506 520 534 à 302 313 323 335 346 357 368 379 390 401 Inf 3 302 313 323 335 346 357 368 379 390 401	
4. Age : 35 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 392 406 422 436 450 466 480 495 510 523 à 294 305 316 327 338 349 360 371 382 394 Inf 3 294 305 316 327 338 349 360 371 382 394	
5. Age : 40 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 382 396 411 426 441 455 470 485 499 514 à 286 297 308 319 331 341 352 364 374 386 Inf 3 286 297 308 319 331 341 352 364 374 386	
6. Age : 45 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 371 386 401 415 430 445 459 474 489 504 à 278 289 301 311 323 334 344 356 367 378 Inf 3 278 289 301 311 323 334 344 356 367 378	
7. Age : 50 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 361 375 390 405 420 434 450 464 478 494 à 271 281 293 304 315 326 337 348 359 370 Inf 3 271 281 293 304 315 326 337 348 359 370	
8. Age : 55 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 350 366 380 394 410 424 439 454 468 483 à 263 274 285 296 307 318 329 340 351 362 Inf 3 263 274 285 296 307 318 329 340 351 362	
9. Age : 60 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 340 355 370 384 399 414 429 443 458 473 à 255 266 277 288 299 310 322 332 344 355 Inf 3 255 266 277 288 299 310 322 332 344 355	
10. Age : 65 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 330 345 359 374 389 403 418 433 448 462 à 247 259 269 281 292 302 314 325 336 347 Inf 3 247 259 269 281 292 302 314 325 336 347	
11. Age : 70 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 319 334 349 364 378 394 408 422 438 452 à 239 251 262 273 284 295 306 317 328 339 Inf 3 239 251 262 273 284 295 306 317 328 339	
12. Age : 75 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 310 324 338 354 368 383 398 412 427 442 à 231 243 254 265 276 287 298 309 320 331 Inf 3 231 243 254 265 276 287 298 309 320 331	
13. Age : 80 ans Taille 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 de 300 314 328 343 358 373 387 402 417 431 à 224 235 246 257 268 280 290 302 313 323 Inf 3 224 235 246 257 268 280 290 302 313 323	

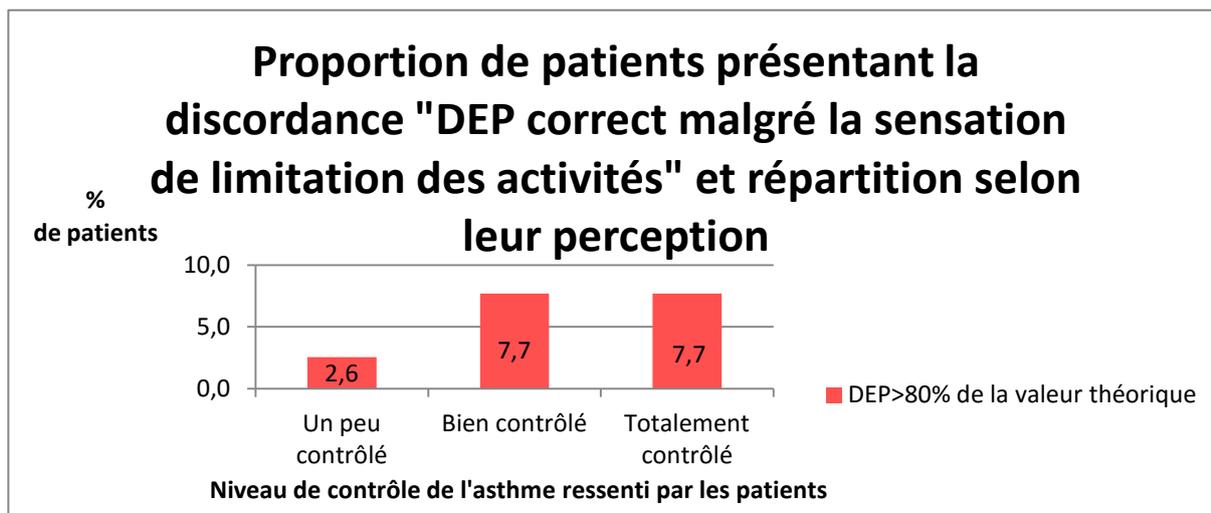
Tableau 3 : valeurs de DEP prédites chez les femmes

DEP : Débit Expiratoire de Pointe en L/MM												
MINI WRIGHT et norme NF EN 13 826												
FEMMES de 20 à 80 ANS												
1. Age : 20 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	409	425	442	458	475	491	508	524	541	557		
à	327	340	354	366	380	393	406	419	433	446		
de	327	340	354	366	380	393	406	419	433	446		
à	245	255	265	275	285	295	305	314	325	334		
Inf à	245	255	265	275	285	295	305	314	325	334		
2. Age : 25 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	400	416	433	449	466	482	499	515	532	548		
à	320	333	346	359	373	386	399	412	426	438		
de	320	333	346	359	373	386	399	412	426	438		
à	240	250	260	269	280	289	299	309	319	329		
Inf à	240	250	260	269	280	289	299	309	319	329		
3. Age : 30 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	391	407	424	440	457	473	490	506	523	539		
à	313	326	339	352	366	378	392	405	418	431		
de	313	326	339	352	366	378	392	405	418	431		
à	235	244	254	264	274	284	294	304	314	323		
Inf à	235	244	254	264	274	284	294	304	314	323		
4. Age : 35 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	382	398	415	431	448	464	481	497	514	530		
à	306	318	332	345	358	371	385	398	411	424		
de	306	318	332	345	358	371	385	398	411	424		
à	229	239	249	259	269	278	289	298	308	318		
Inf à	229	239	249	259	269	278	289	298	308	318		
5. Age : 40 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	373	389	406	422	439	455	472	488	505	521		
à	298	311	325	338	351	364	378	390	404	417		
de	298	311	325	338	351	364	378	390	404	417		
à	224	233	244	253	263	273	283	293	303	313		
Inf à	224	233	244	253	263	273	283	293	303	313		
6. Age : 45 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	364	380	397	413	430	446	463	479	496	512		
à	291	304	318	330	344	357	370	383	397	410		
de	291	304	318	330	344	357	370	383	397	410		
à	218	228	238	248	258	268	278	287	298	307		
Inf à	218	228	238	248	258	268	278	287	298	307		
7. Age : 50 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	355	371	388	404	421	437	454	470	487	503		
à	284	297	310	323	337	350	363	376	390	402		
de	284	297	310	323	337	350	363	376	390	402		
à	213	223	233	242	253	262	272	282	292	302		
Inf à	213	223	233	242	253	262	272	282	292	302		
8. Age : 55 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	346	362	379	395	412	428	445	461	478	494		
à	277	290	303	316	330	342	356	369	382	395		
de	277	290	303	316	330	342	356	369	382	395		
à	208	217	227	237	247	257	267	277	287	296		
Inf à	208	217	227	237	247	257	267	277	287	296		
9. Age : 60 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	337	353	370	386	403	419	436	452	469	485		
à	270	282	296	309	322	335	349	362	375	388		
de	270	282	296	309	322	335	349	362	375	388		
à	202	212	222	232	242	251	262	271	281	291		
Inf à	202	212	222	232	242	251	262	271	281	291		
10. Age : 65 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	328	344	361	377	394	410	427	443	460	476		
à	262	275	289	302	315	328	342	354	368	381		
de	262	275	289	302	315	328	342	354	368	381		
à	197	206	217	226	236	246	256	266	276	286		
Inf à	197	206	217	226	236	246	256	266	276	286		
11. Age : 70 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	319	335	352	368	385	401	418	434	451	467		
à	255	268	282	294	308	321	334	347	361	374		
de	255	268	282	294	308	321	334	347	361	374		
à	191	201	211	221	231	241	251	260	271	280		
Inf à	191	201	211	221	231	241	251	260	271	280		
12. Age : 75 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	310	326	343	359	376	392	409	425	442	458		
à	248	261	274	287	301	314	327	340	354	366		
de	248	261	274	287	301	314	327	340	354	366		
à	186	196	206	215	226	235	245	255	265	275		
Inf à	186	196	206	215	226	235	245	255	265	275		
13. Age : 80 ans												
Taille	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200		
de	301	317	334	350	367	383	400	416	433	449		
à	241	254	267	280	294	306	320	333	346	359		
de	241	254	267	280	294	306	320	333	346	359		
à	181	190	200	210	220	230	240	250	260	269		
Inf à	181	190	200	210	220	230	240	250	260	269		

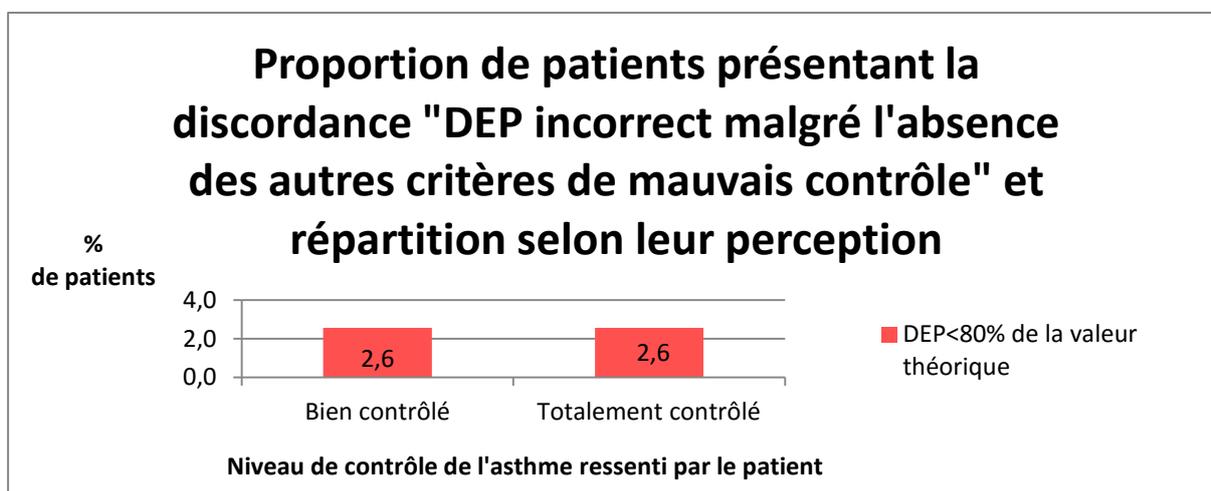
Graphique 22 : première discordance



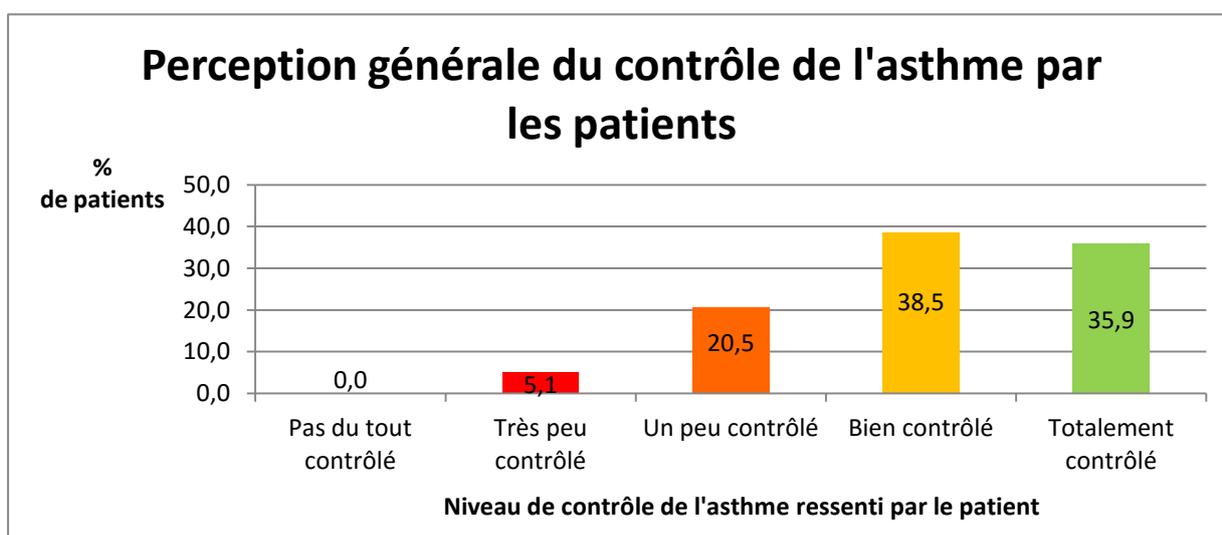
Graphique 23 : deuxième discordance



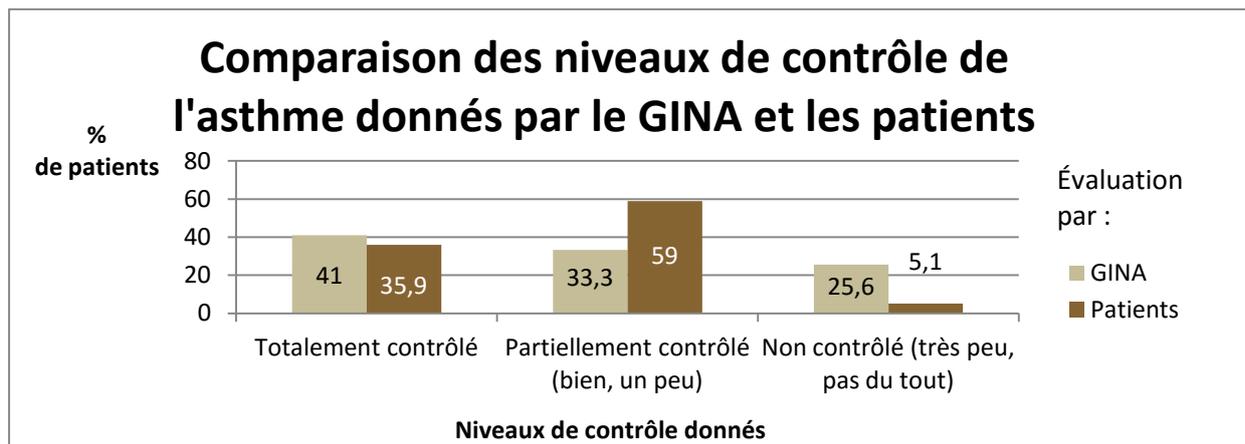
Graphique 24 : troisième discordance



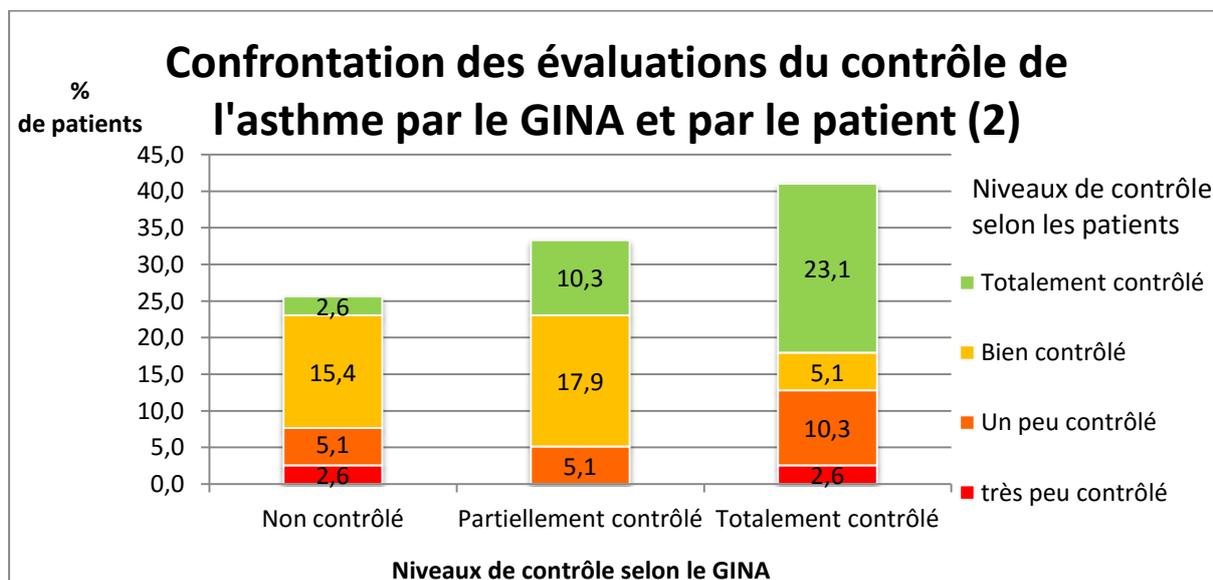
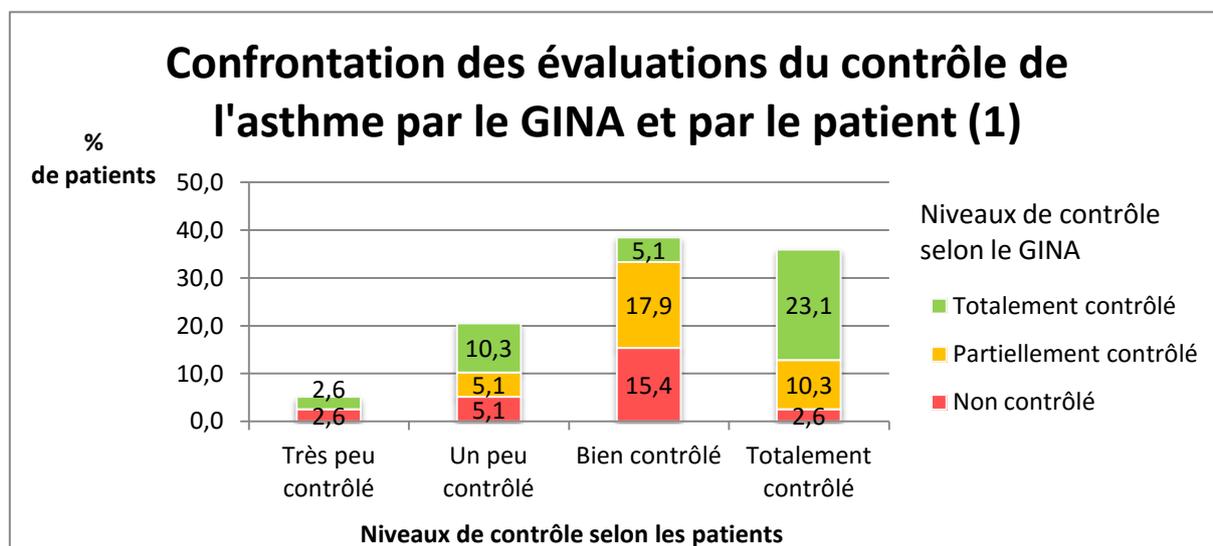
Graphique 25 : perception générale du contrôle de l'asthme par les patients



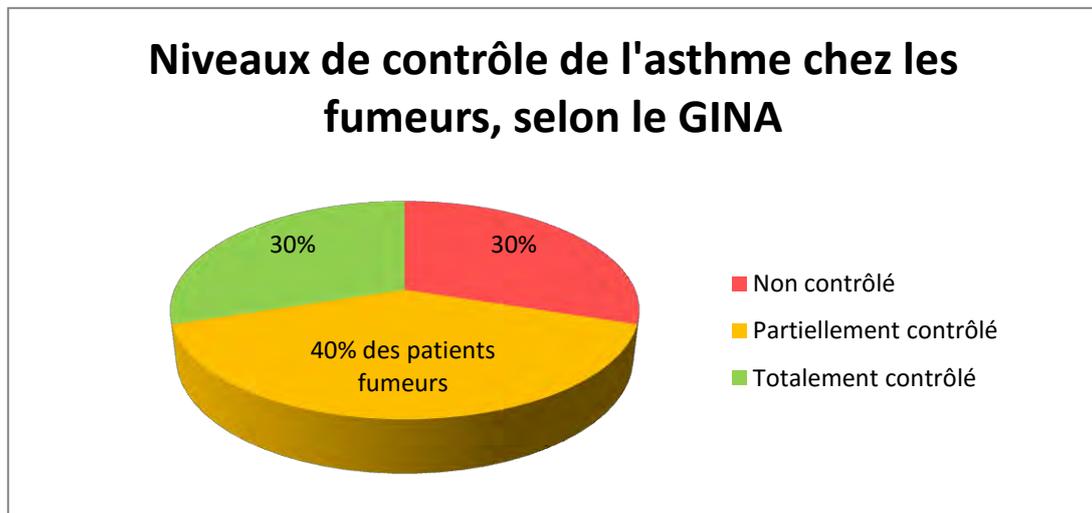
Graphique 26 : comparaison des niveaux de contrôle de l'asthme donnés par le GINA et les patients



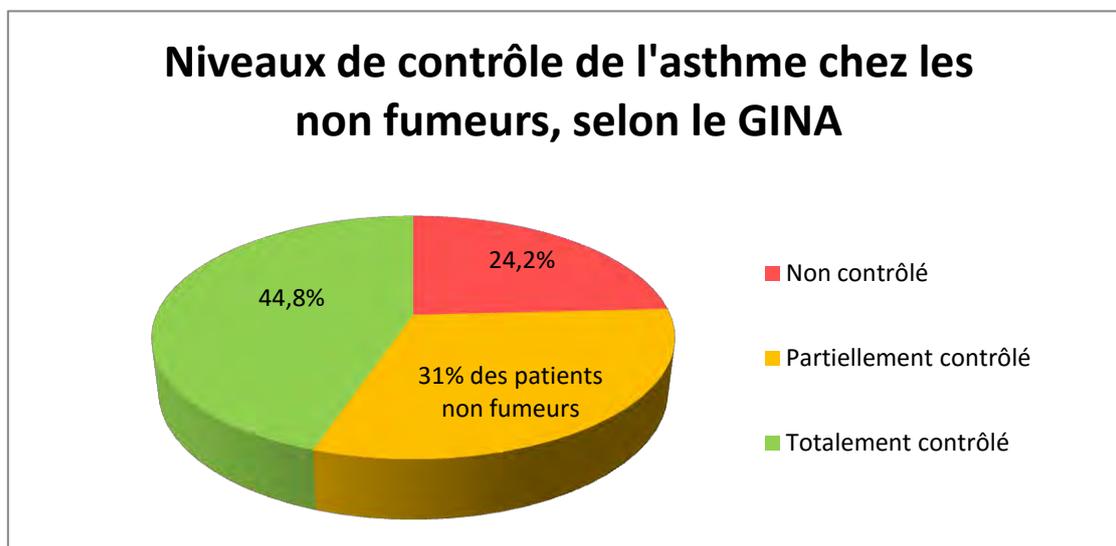
Graphique 27 et 28 : confrontation des évaluations du contrôle de l'asthme par le GINA et par le patient



Graphique 29 : niveaux de contrôle de l'asthme chez les fumeurs, selon le GINA



Graphique 30 : niveaux de contrôle de l'asthme chez les non fumeurs, selon le GINA



Graphique 31 : traitements de crise prescrits pour les patients

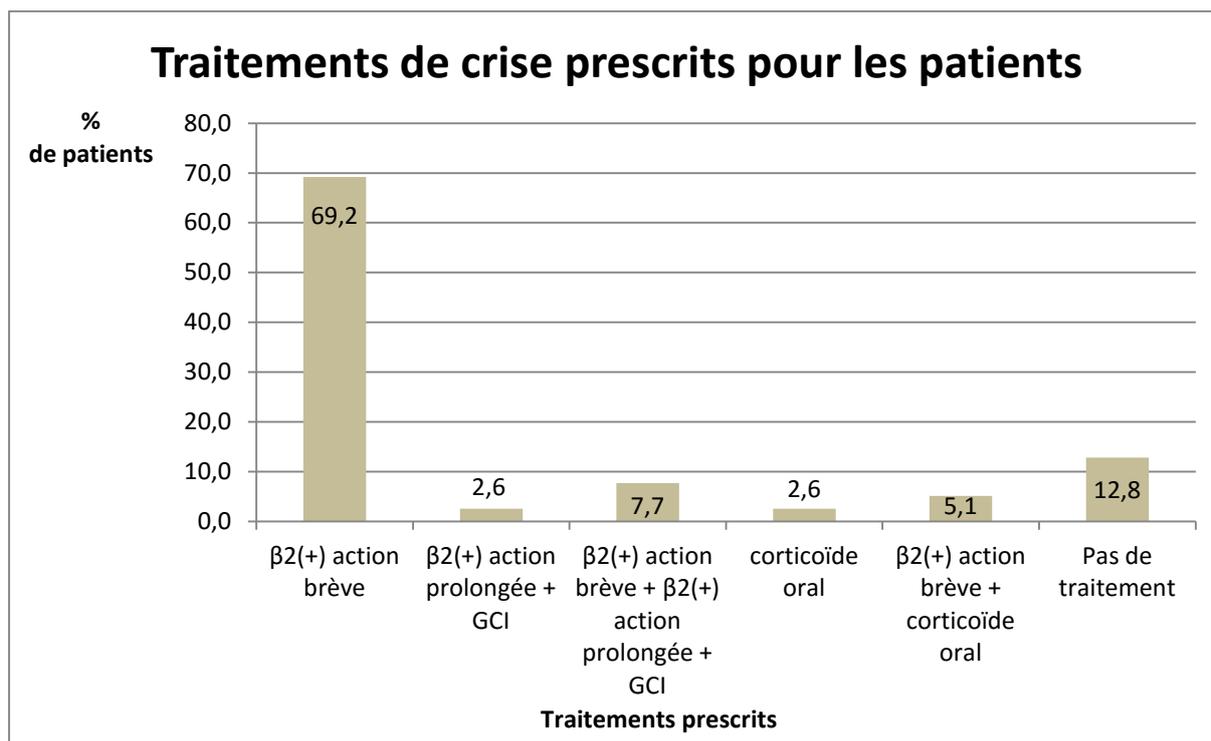


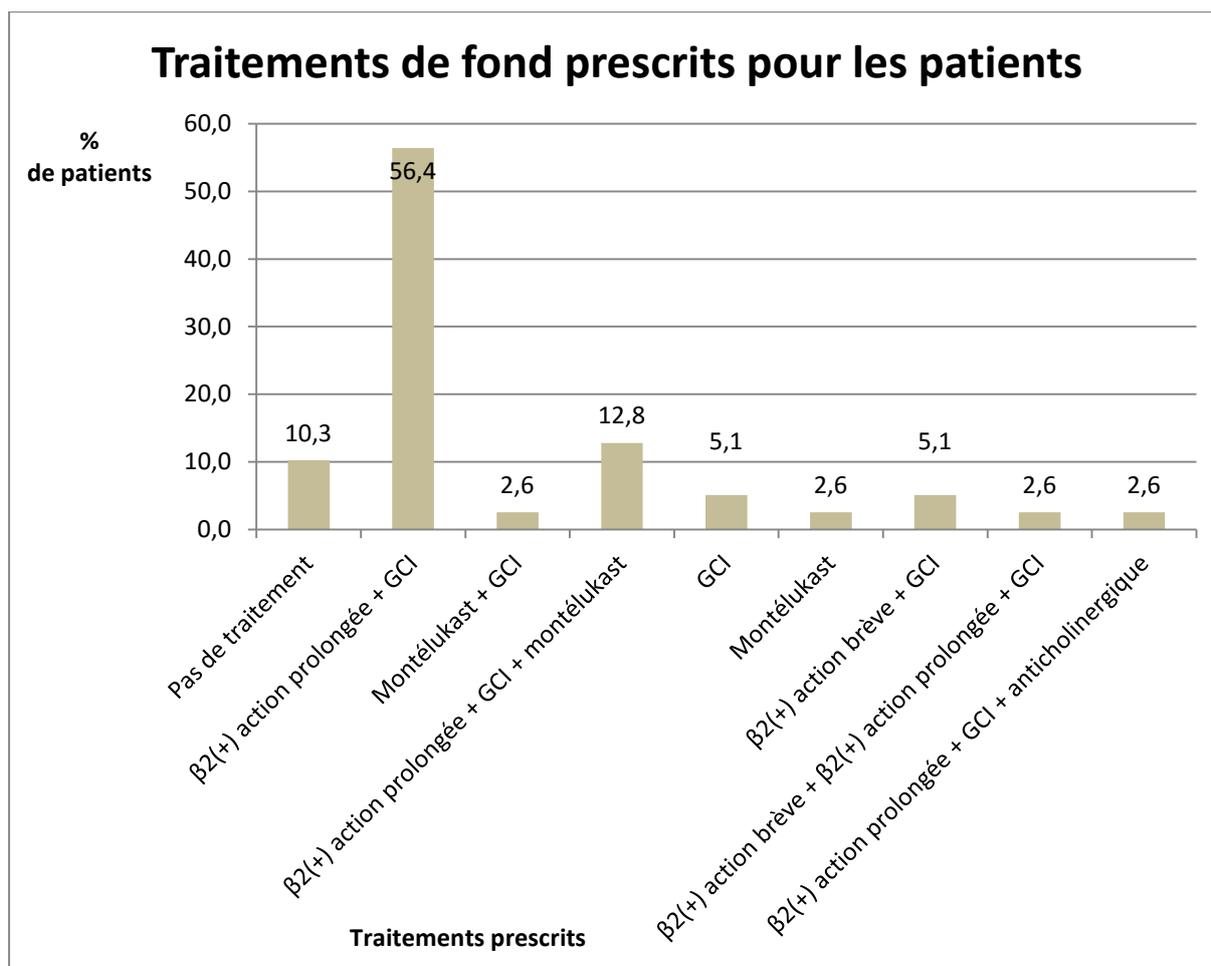
Tableau 4 : molécules utilisées en traitement des crises et fréquences de leur prescription

Molécules	Nombre de patients traités	% de patients traités
Salbutamol (Ventoline®, Airomir®)	28	71,8
Terbutaline (Bricanyl®)	4	10,3
Prednisolone (Solupred®)	3	7,7
Fluticasone+Salmétérol (Sérétide®)	2	5,1
Formotérol (Foradil®)	1	2,6
béclométasone (Bécotide®)	1	2,6
Budésonide+formotérol (Symbicort®)	1	2,6

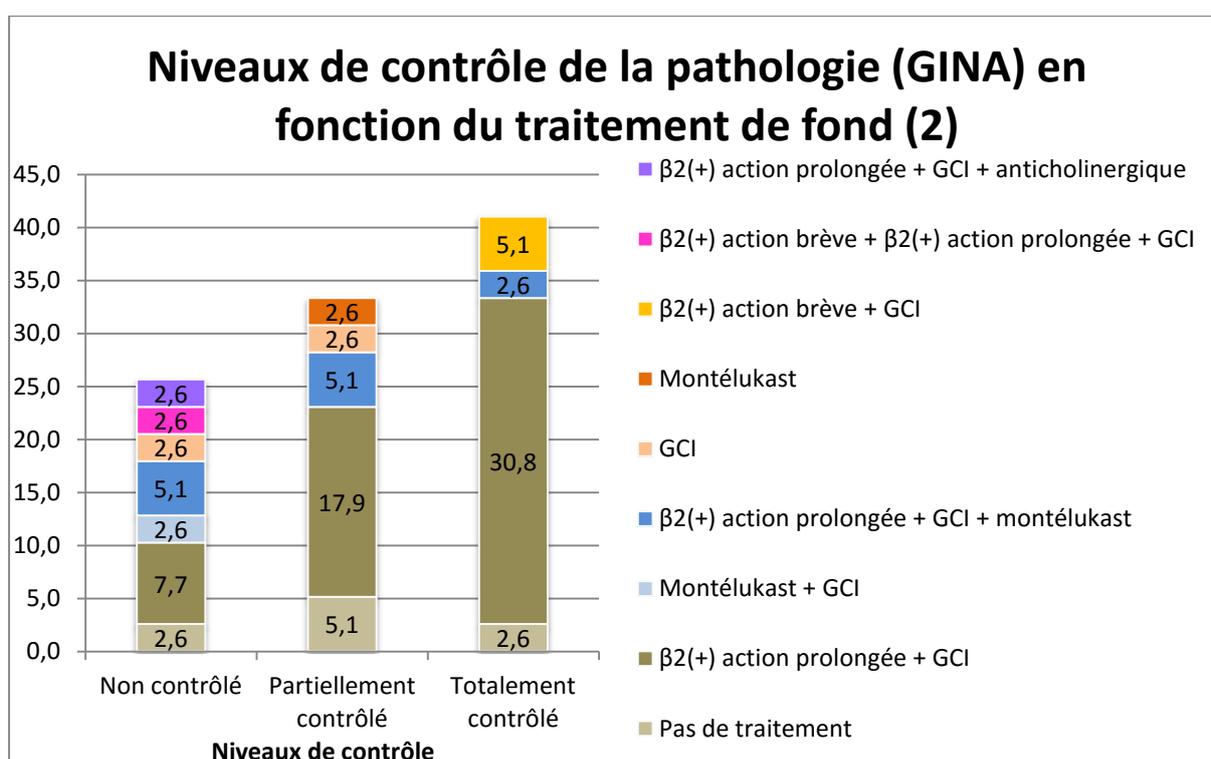
Tableau 5 : molécules utilisées en traitement de fond et fréquences de leur prescription

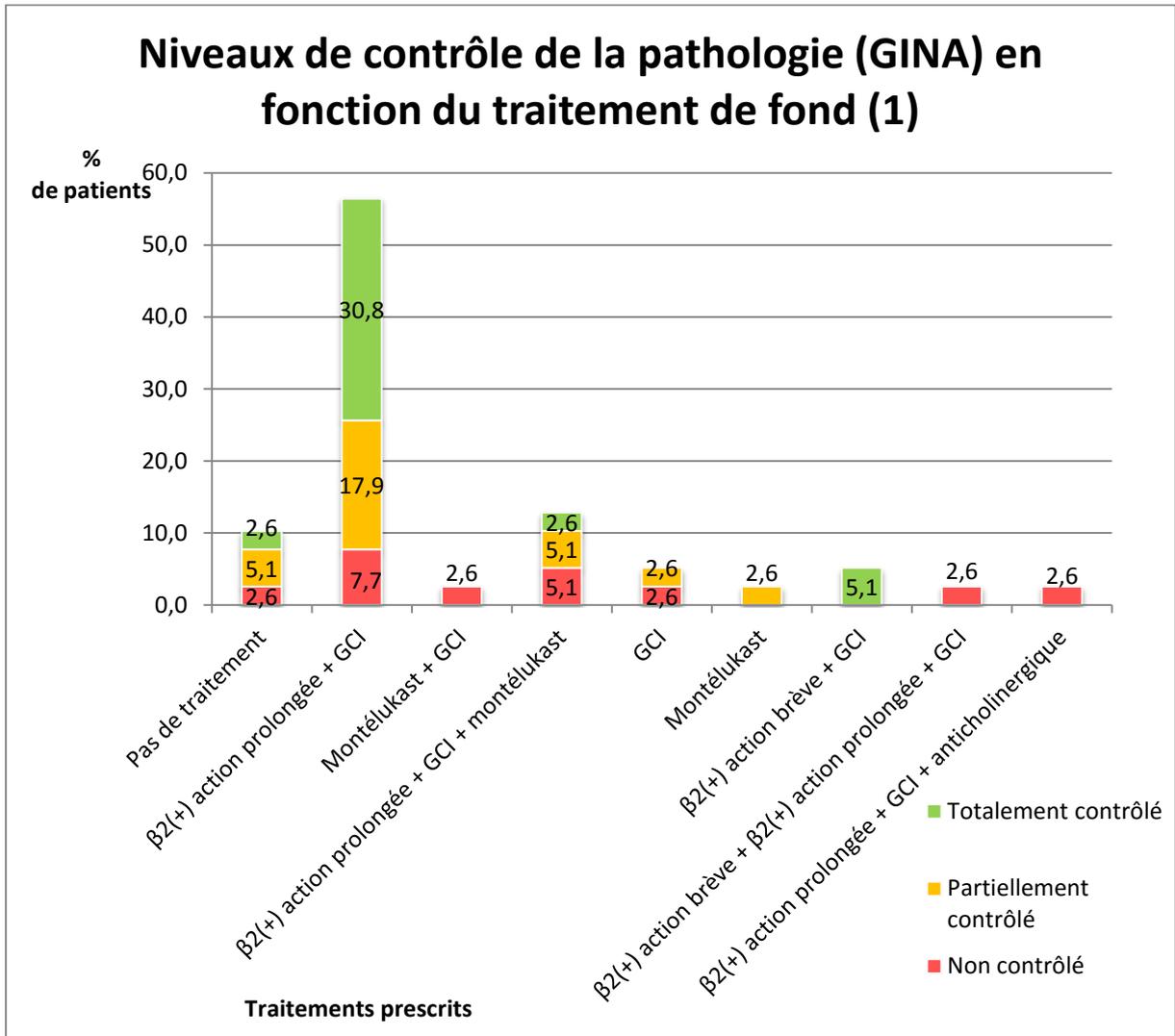
Molécules	Nombre de patients traités	% de patients traités
Fluticasone+Salmétérol (Sérétide®)	19	48,7
Budésonide+Formotérol (Symbicort®)	7	17,9
Montélukast (Singulair®)	7	17,9
Budésonide (Pulmicort®, Miflonil®)	4	10,3
Béclométasone (Bécotide®)	3	7,7
Salbutamol (Ventoline®)	3	7,7
Formotérol (Foradil®)	2	5,1
Fluticasone (Flixotide®)	1	2,6
Salmétérol (Sérévent®)	1	2,6
Tiotropium (Spiriva Respimat®)	1	2,6

Graphique 32 : traitements de fond prescrits pour les patients

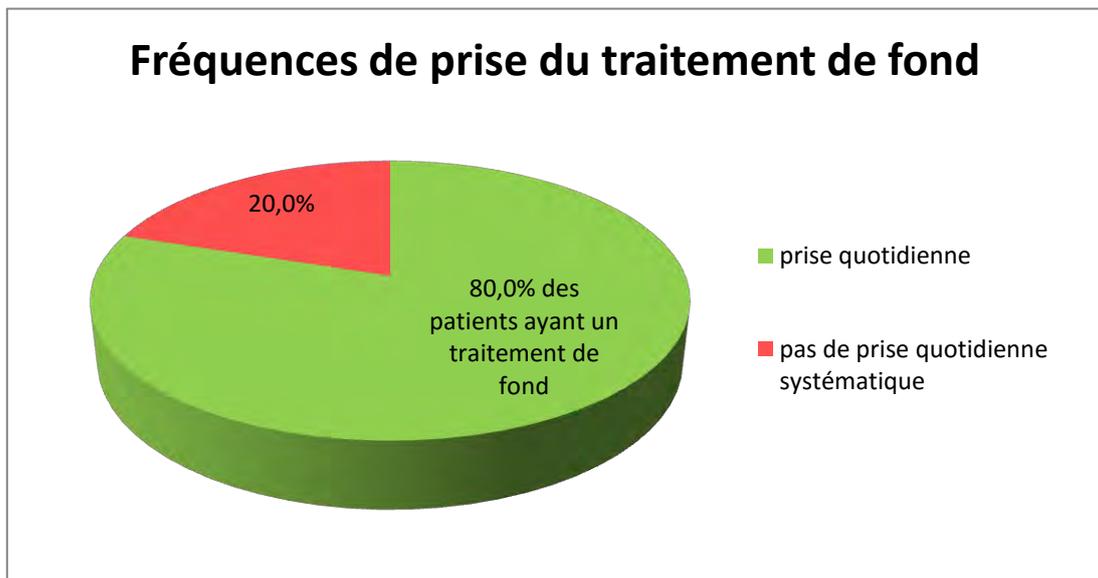


Graphiques 33 et 34 : niveaux de contrôle de la pathologie (GINA) en fonction du traitement de fond

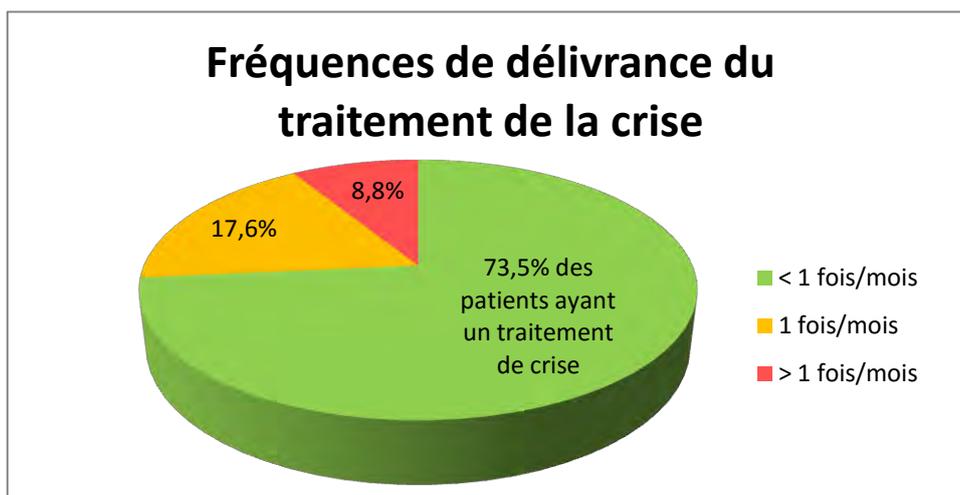




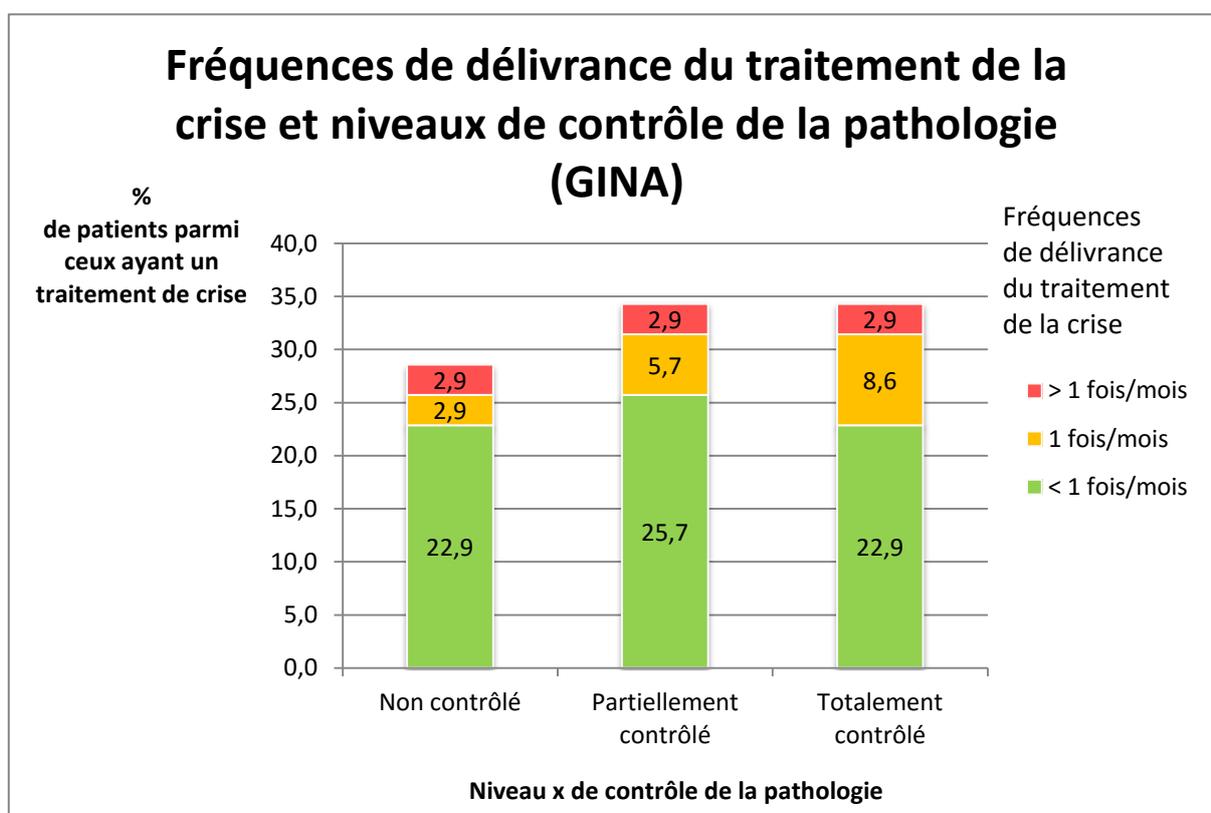
Graphique 35 : fréquences de prise du traitement de fond



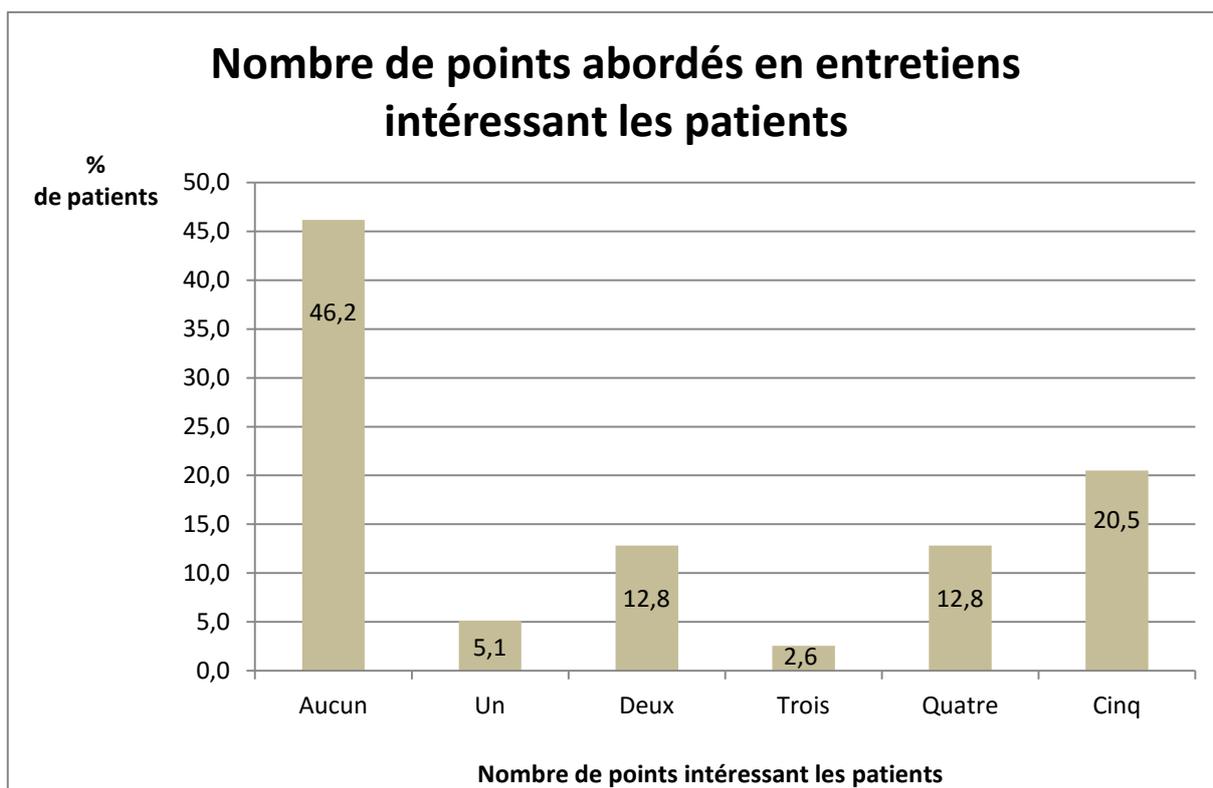
Graphique 36 : fréquences de délivrance du traitement de la crise



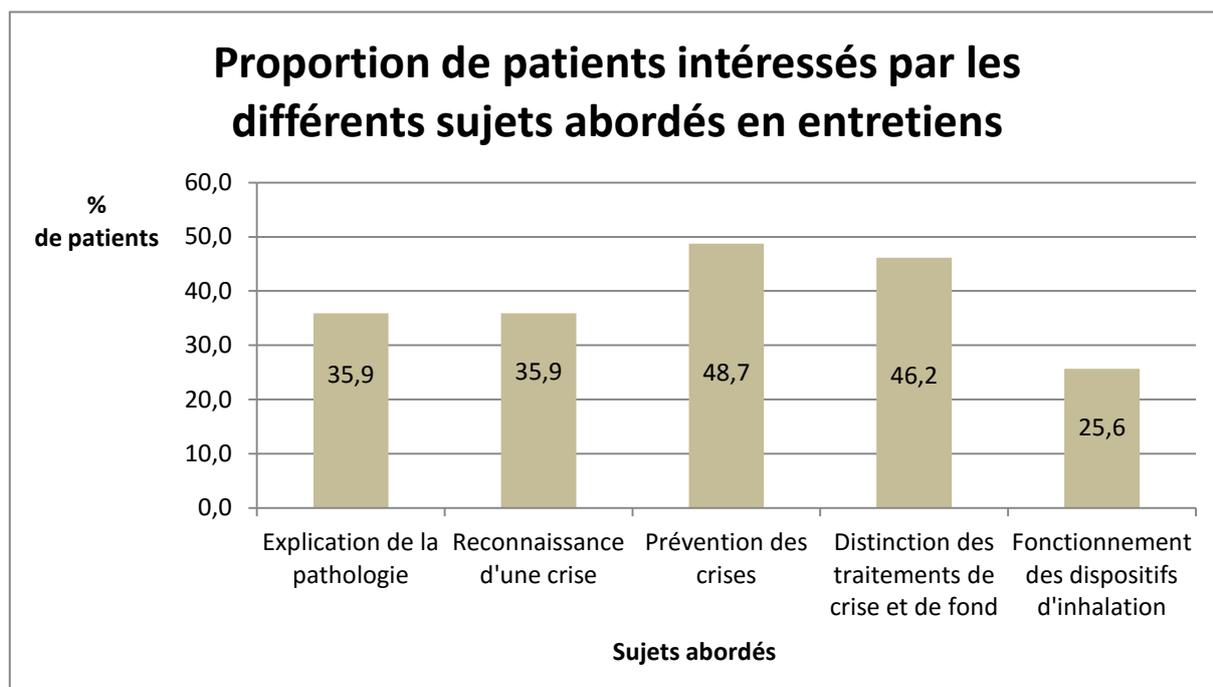
Graphique 37 : fréquences de délivrance du traitement de la crise et niveaux de contrôle de la pathologie



Graphique 38 : nombre de points abordés en entretiens intéressant les patients



Graphique 39 : proportion de patients intéressés par les différents sujets abordés en entretiens



PHARMACEUTICAL CARE FOR ASTHMA PATIENTS : IS IT A NECESSITY ? PATIENT SURVEY IN TARN

Asthma is a disease whose prevalence is increasing. To limit the consequences in terms of patient health, but also financially, pharmaceutical care was set up in pharmacies, in order to educate the patients.

After a brief reminder about the pathology and the treatments indicated in asthma, are discussed the reasons for the implementation of the interviews and for their failure, and content.

At last, assessing the level of knowledge and control of the disease, medical monitoring and prescribed treatments of asthma patients, a cross-sectional study took place in two pharmacies in Tarn which helped to demonstrate the real value of pharmaceutical care in this target population.

RESUME

L'asthme est une pathologie dont la prévalence augmente sans cesse chaque année. Afin de limiter les conséquences en termes de santé des patients mais aussi d'économie, des entretiens pharmaceutiques ont été mis en place en officine dans le but d'éduquer les patients.

Après de brefs rappels sur la pathologie et les traitements antiasthmatiques, sont abordés les raisons de la mise en œuvre des entretiens et de leur échec ainsi que leur déroulement.

Enfin, en appréciant le niveau de connaissances, de contrôle de la pathologie, le suivi médical et les traitements prescrits des patients asthmatiques, une étude transversale menée dans deux officines du Tarn permet de démontrer la réelle utilité des entretiens pharmaceutiques chez cette population cible.

DISCIPLINE administrative :

Pharmacie

MOTS-CLES :

Asthme – Entretien pharmaceutique – Éducation thérapeutique – Enquête – État des lieux

UFR - Faculté des Sciences Pharmaceutiques - 35, chemin des Maraîchers - 31400 TOULOUSE

Directeurs de thèse :

Professeur Brigitte SALLERIN, PU-PH

Monsieur Bernard CHAMPANET, Pharmacien d'officine