

UNIVERSITE DE LIMOGES



FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2008

THESE N° 33.17/1

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT BRONCHITIQUE
CHRONIQUE : ROLE DU PHARMACIEN**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 2008

par

Anne JACQUET

Née le 6 Août 1981 à Limoges



EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur Le Professeur J. BUXERAUD

Monsieur Le Professeur F. BONNAUD

Madame le Docteur M-T. ANTONINI, MCU-PH

Monsieur F. COMBY, Doyen de la Faculté de Pharmacie

Monsieur F. DALMAY, Ingénieur Recherche

Madame C. FILLOUX, Docteur en Pharmacie

Madame M. PREVOST, Docteur en Médecine

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité

Membre invité

Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTE

Monsieur **COMBY** Francis

ASSESSEURS

Monsieur le Professeur **CARDOT** Philippe

Madame **FAGNERE** Catherine, Maître de Conférences

PROFESSEURS

BENEYTOUT Jean-Louis

BIOCHIMIE - BIOLOGIE MOLECULAIRE

BOTINEAU Michel

BOTANIQUE - CRYPTOLOGAMIE

BROSSARD Claude

PHARMACIE GALENIQUE

BUXERAUD Jacques

CHIMIE ORGANIQUE - CHIMIE THERAPEUTIQUE

CARDOT Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE

CHULIA Albert

PHARMACOGNOSIE

CHULIA Dominique

PHARMACIE GALENIQUE

DELAGE Christiane

CHIMIE GENERALE - CHIMIE MINERALE

DESMOULIERE Alexis

PHYSIOLOGIE

DREYFUSS Gilles

PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

DUROUX Jean-Luc

PHYSIQUE - BIOPHYSIQUE

HABRIOUX Gérard

BIOCHIMIE FONDAMENTALE

LACHATRE Gérard

TOXICOLOGIE

MOESCH Christian

HYGIENE - HYDROLOGIE - ENVIRONNEMENT

LOUDART Nicole

PHARMACODYNAMIE

ROGEZ Sylvie

BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES

ALLAIS Daovy

BASLY Jean-Philippe

BATTU Serge

CALLISTE Claude

CLEDAT Dominique

COMBY Francis

DELEBASSEE Sylvie

DREYFUSS Marie-Françoise

FAGNERE Catherine

FROISSARD Didier

JAMBUT Anne Catherine

LAGORCE Jean-François

LARTIGUE Martine

LIAGRE Bertrand

LOTFI Hayat

MARION-THORE Sandrine

MARRE-FOURNIER Françoise

MOREAU Jeanne

PARTOUCHE Christian

POUGET Christelle

ROUSSEAU Annick

SIMON Alain

TROUILLAS Patrick

VIANA Marylène

VIGNOLES Philippe

PHARMACOGNOSIE

CHIMIE ANALYTIQUE

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

**BIOPHYSIQUE, MATHÉMATIQUES,
INFORMATIQUE**

CHIMIE ANALYTIQUE

CHIMIE THÉRAPEUTIQUE

BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

CHIMIE ORGANIQUE

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE

CHIMIE THÉRAPEUTIQUE

CHIMIE ORGANIQUE (en disponibilité)

PHARMACODYNAMIE

SCIENCES BIOLOGIQUES

TOXICOLOGIE

CHIMIE THÉRAPEUTIQUE

BIOCHIMIE

IMMUNOLOGIE

PHYSIOLOGIE

PHARMACIE GALÉNIQUE

BIOMATHÉMATIQUES

CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINÉRALE

**BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
PHARMACEUTIQUE**

PHARMACIE GALÉNIQUE

BIOMATHÉMATIQUES

PROFESSEUR CERTIFIÉ

MARBOUTY Jean-Michel

ATER A MI-TEMPS

GIRY Karine

ANGLAIS

See Mme le Prof. CHULIA

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Jacques BUXERAUD

*Professeur des Universités de Chimie organique
et de Chimie thérapeutique,*

Votre enseignement a su nous donner
le goût d'exercer le métier de pharmacien.
Malgré vos obligations, vous avez toujours
su vous rendre disponible et attentif,
en particulier pour la diffusion du questionnaire.
Soyez assuré de notre profonde gratitude
pour tout cela et pour avoir accepté
la présidence de ce jury de thèse.

A notre Directeur de thèse,

Madame le Docteur Marie-Thérèse ANTONINI

*Maître de conférence des Universités,
Praticien hospitalier en explorations fonctionnelles respiratoires,*

Vos connaissances et l'étendue de votre expérience
dans le champ des pathologies respiratoires
bénéficient depuis longtemps
aux étudiants de médecine et de pharmacie.

C'est surtout la qualité de votre accueil,
la pertinence de vos conseils et votre précieuse aide
que nous tenons à souligner ici.

Mais aussi votre dévouement pour lequel
nous vous exprimons toute notre gratitude
et notre reconnaissance.

A notre juge,

Monsieur le Professeur François BONNAUD

Professeur des Universités de Pneumologie,

Médecin des Hôpitaux,

Chef de service

Doyen honoraire

Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury.
Nous tenions à vous remercier pour votre confiance
et l'aide que vous nous avez apportée,
en particulier pour la rédaction du questionnaire.
Nous ferons tout pour en être digne et vous exprimons ici
notre profond respect et toute notre gratitude.

A notre juge,

Monsieur Francis COMBY

*Doyen de la Faculté de Pharmacie de Limoges,
Maître de conférence des Universités de Chimie thérapeutique,*

Nous sommes touchées
par votre participation à notre jury de thèse.

Nous espérons que ce travail qui porte
sur un aspect méconnu de la profession de pharmacien
retiendra votre attention

tout particulièrement en tant que Doyen.

Veillez trouver ici le témoignage
de notre profonde reconnaissance.

A notre membre invité,

Monsieur Jean-François DALMAY

Ingénieur recherche

*Docteur d'Université Génie Biologique et Médical,
Laboratoire de Biostatistique et d'Informatique Médicale*

Au delà de la participation à notre jury de thèse,
c'est pour votre aide et votre participation
active au traitement des données statistiques
que nous tenions à vous exprimer
tous nos remerciements et notre gratitude.

A notre membre invité,

Madame Claire FILLOUX

Docteur en Pharmacie

Conseiller de la section D

du Conseil de l'Ordre National des Pharmaciens

Depuis notre première expérience professionnelle
chez le Docteur RAFFIER vous m'avez toujours apporté
votre aide et vos conseils
que vous me renouvez
dans le cadre de cette thèse.

Sachez que nous vous en sommes très reconnaissantes
mais également pour l'image que vous donnez
de la profession de pharmacien.

A notre membre invité,

Madame Martine PREVOST

Docteur en Médecine

Professeur associé de médecine générale

Auteur attentif et patient
de nos premières délivrances médicamenteuses,
vous avez su nous aider par vos conseils rassurants.
L'éducation thérapeutique prend un sens particulier
pour vous qui enseignez
la pratique de la médecine générale.
Nous vous sommes très reconnaissants
de nous faire l'honneur de participer à ce jury.

Aux Docteurs RAFFIER

Pour votre accueil, votre disponibilité
à mon égard, mais aussi votre savoir-faire et votre savoir-être
avec le patient en matière d'éducation thérapeutique
qui m'ont naturellement conduite à traiter ce sujet.

A Madame JOUANNY

Pour son aide et son accueil

A ma famille,

Pour son aide et son soutien permanent

A mes amis,

Pour leur encouragement et leur aide caféinée.

PLAN

INTRODUCTION

Chapitre 1. LA BRONCHOPNEUMOPATHIE

- 1.1 DEFINITION
- 1.2 EPIDEMIOLOGIE
- 1.3 PHYSIOPATHOLOGIE
- 1.4 SIGNES CLINIQUES
- 1.5 EFFETS SYSTEMIQUES
- 1.6 FACTEURS D'EXPOSITION
- 1.7 DIAGNOSTIC
- 1.8 TRAITEMENTS
- 1.9 EXACERBATIONS

Chapitre 2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

- 2.1 HISTORIQUE
- 2.2 DEFINITION
- 2.3 PRINCIPES GENERAUX
- 2.4 METHODES
- 2.5 ETATS DES LIEUX EN FRANCE

Chapitre 3. ENQUETE

- 3.1 METHODES
- 3.2 RESULTATS ET COMMENTAIRES
- 3.3 DISCUSSION

ANNEXES

INDEX

BIBLIOGRAPHIE

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION

Des études épidémiologiques très récentes, en particulier réalisées en Europe, confirment que la BPCO est une pathologie fréquente : plus de 10 % des adultes en Europe ont une BPCO. Concernant la mortalité, la BPCO qui était la 6^e cause de mortalité en 1990, deviendra la 3^e cause en 2020.

Ainsi le corps médical s'organise pour optimiser la prise en charge des patients. Le sevrage tabagique, des traitements bronchodilatateurs plus performants, la réhabilitation à l'effort sont maintenant bien connus.

On y adjoint actuellement l'éducation thérapeutique : le patient doit « connaître sa maladie, son traitement savoir se gérer » Le pharmacien est-il un de ces « professionnels concernés », par cette discipline nouvelle, dans le plan BPCO 2005-2010? Et de quelle façon ?

Le but de ce travail est d'analyser le ressenti d'un groupe de pharmaciens au travers d'un questionnaire et ceci autour de 3 items d'éducation thérapeutique :

- le patient BPCO connaît-il sa maladie ? A-t-il des attentes auxquelles le pharmacien peut répondre ?
- Quels sont en matière d'éducation thérapeutique, les domaines que le pharmacien doit aborder avec le patient ?
- Enfin comment, sur un plan général conçoit-il la structuration de l'éducation thérapeutique ?

Les caractères essentiels de la BPCO et ceux de la démarche éducative qui constituent le support de l'enquête sont rappelés dans la première partie de ce travail.

1. LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

1.1 DEFINITION

1.2 EPIDEMIOLOGIE

1.3 PHYSIOPATHOLOGIE

1.4 EFFETS SYSTEMIQUES

1.5 FACTEURS DE RISQUES

1.6 DIAGNOSTIC

1.7 TRAITEMENTS

1.8 EXACERBATIONS

1.1 DEFINITION [36 ; 39 ; 43 ; 51]

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique inflammatoire dont la principale caractéristique est un rétrécissement, peu ou pas réversible, des bronches. Ce caractère non réversible la distingue de l'asthme.

Pendant longtemps la maladie évolue à bas bruit : le malade ne ressent presque rien, et lorsque les premiers signes apparaissent (toux et expectoration matinale), les lésions bronchiques sont déjà présentes. S'installe alors progressivement une dyspnée, un essoufflement apparaît d'abord lors d'efforts physiques intenses, puis lors d'activités quotidiennes, et enfin au repos.

Par réaction, le malade va alors mettre en place une stratégie d'évitement : pour ne plus ressentir de gêne respiratoire, il va limiter ses activités, d'abord les plus intenses puis celles de la vie courante. Cette sédentarisation progressive provoque une atrophie musculaire, surtout évidente au niveau des muscles squelettiques contribuant au maintien postural. Cette atrophie aggrave d'autant la dyspnée : c'est la spirale dyspnée-déconditionnement. Cette spirale limite non seulement le malade physiquement mais aussi socialement, professionnellement et sur le plan familial : en se coupant progressivement de son environnement à cause de sa maladie, le patient peut développer une anxiété voire une dépression qui limitent encore plus ses mouvements physiques, aggravant sa sédentarité et en conséquence sa dyspnée.

Lorsque les lésions sont étendues, une insuffisance respiratoire apparaît.

La maladie évolue lentement mais peut s'aggraver ponctuellement par des épisodes aigus tels que les exacerbations (augmentation des symptômes et de l'obstruction bronchique sur un court délai), et les décompensations (exacerbations plus intenses aux stades avancés de la maladie et engageant le pronostic vital).

1.2 EPIDEMIOLOGIE [25 ; 28 ; 36 ; 39 ; 51]

1. 2 .1 La prévalence

En France, 3.5 millions de personnes au moins, soit 6 à 8 % de la population adulte sont touchés, dont 100 000 malades sous oxygénothérapie et/ou ventilation à domicile.

Ces chiffres sont en constante augmentation. Cela est dû en partie au sous diagnostic important, à la méconnaissance de la maladie et à la banalisation des symptômes (en particuliers chez les personnes âgées).

1. 2. 2 La mortalité

La BPCO est annoncée en 2020 comme la troisième cause de décès dans le monde, après les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrales vasculaires, soit 4,7 millions de personnes en 2020 contre 3,5 millions aujourd'hui.

L'augmentation vient en grande partie du tabagisme tardif chez les femmes, dont le taux de mortalité augmentera de 18,5% contre 13 % chez les hommes, les femmes s'étant mises à fumer plus récemment que les hommes.

En France la mortalité augmente régulièrement : le nombre de décès par an est actuellement de 16 000 personnes, dépassant celui des accidents de la route.

1. 2. 3 La population atteinte

Il s'agit d'une population de fumeurs dans 80% des cas.

Ce sont surtout des hommes adultes de plus de 45 ans. Le ratio homme femmes est de 0,6. Cependant il s'inverse progressivement : en effet, le nombre

de fumeuses a augmenté plus tardivement et progresse alors que le nombre de fumeurs a tendance à stagner voire à diminuer. De surcroît, les femmes sont plus sensibles aux effets néfastes du tabac.

Des conditions de vie peu favorables ainsi que la malnutrition constituent des facteurs aggravants.

L'apparition de la BPCO peut être favorisée par la prématurité, le tabagisme durant la grossesse, les facteurs génétiques, les infections respiratoires durant l'enfance.

1.3 PHYSIOPATHOLOGIE [45 ; 46 ; 48 ; 51]

L'accumulation d'années d'exposition aux agents irritants (tabac, polluants du travail ou atmosphériques) provoque des lésions très progressives des poumons entraînant une inflammation des bronches, puis une hypersécrétion de mucus avec une dyskinésie des muscles ciliaires. Le malade ressent alors l'obstruction bronchique sous la forme d'un essoufflement. Au niveau des alvéoles les échanges gazeux se modifient, et à terme, une hypertension artérielle pulmonaire peut apparaître.

1.3.1 Inflammation bronchique

Conséquence directe du tabagisme, elle touche tout le poumon, des bronches aux bronchioles terminales, mais aussi les zones d'échanges gazeux et les vaisseaux pulmonaires.

La structure du tissu pulmonaire est profondément modifiée, avec apparition et développement d'un infiltrat inflammatoire composé de macrophages, de neutrophiles et de lymphocytes CD8.

Ces cellules libèrent des cytokines, à l'origine d'une inflammation des voies aériennes, une augmentation des cellules musculaires lisses et une hyperplasie des cellules productrices de mucus.

1.3.2 Hypersécrétion de mucus et dyskinésie ciliaire

L'inflammation bronchique provoque une hypertrophie des cellules productrices de mucus et une multiplication des cellules caliciformes.

En parallèle, la quantité de cellules ciliaires diminue freinant ainsi l'évacuation des sécrétions bronchiques qui sont par ailleurs plus abondantes : la clairance ciliaire diminue, le mucus s'élimine plus difficilement.

La modification de la structure de la paroi bronchique et l'altération de la clairance ciliaire entraînent une obstruction bronchique : la lumière des bronches diminue, dans un premier temps au niveau des bronchioles, avant de remonter jusqu'aux bronches.

1.3.3 Obstruction bronchique et distension

L'atteinte bronchique de la BPCO associe une destruction des fibres élastiques (emphysème) responsable d'une perte d'élasticité parenchymateuse et une obstruction des voies aériennes de petit calibre.

L'obstruction bronchique est principalement liée au remodelage des bronchioles de moins de 2 millimètres de diamètre. Cette obstruction bronchiolaire entraîne une limitation des débits aériens, responsable d'une vidange incomplète des poumons à l'expiration et donc de l'apparition de l'hyperinflation. L'hyperinflation ou distension est définie par une augmentation de la capacité résiduelle fonctionnelle pulmonaire de plus de 20%

par rapport à la valeur prédite. Les conséquences cliniques sont une augmentation de la dyspnée d'effort et une diminution de la tolérance à l'exercice.

1.3.4 Anomalies des échanges gazeux et hypertension artérielle pulmonaire

Les altérations des tissus pulmonaires (et l'inflammation) modifient les zones d'échanges gazeux, diminuant les taux d'oxygène (hypoxémie) voire augmentant les taux de gaz carbonique dans le sang (hypercapnie).

Apparaissant tardivement, cette hypertension est un facteur de mauvais pronostic et conduit à une insuffisance cardiaque droite. L'hypoxémie inférieure à 60 mmHg provoque une vasoconstriction puis un remodelage des artères pulmonaires.

Ce remodelage freine la circulation normale du sang et augmente le travail musculaire du cœur droit entraînant des oedèmes des membres inférieurs et une hypertrophie du cœur droit appelée cœur pulmonaire chronique.

1.3.6 Altération de la fonction respiratoire

La fonction respiratoire du patient bronchitique chronique va progressivement diminuer : le malade va le ressentir essentiellement dans l'altération de ses capacités d'exercice physique. Cela constitue sa principale plainte.

Celle-ci n'est pas forcément corrélée à la VEMS, chaque malade la ressentira différemment, quelque soit son niveau d'atteinte. Le ressenti ne dépend pas toujours du degré d'obstruction bronchique. La dyspnée est définie comme une expérience subjective où les facteurs émotionnels, environnementaux et sociaux ont autant d'importance que les facteurs physiques. Le vécu d'un épisode dyspnéique est différent selon chaque patient.

Cette altération peut se mesurer par deux tests, celui de la marche de 6 minutes (distance parcourue durant 6 minutes) et celui à charge croissante. La cause la plus fréquente de cette altération est la dyspnée.

Elle est provoquée par la distension dynamique : à cause de la réduction des débits aériens, le malade arrive à remplir ses poumons mais les vide très difficilement. Il reste donc de l'air dans les poumons. A l'inspiration suivante, les poumons ne peuvent pas se remplir car il y a moins de place disponible, la capacité inspiratoire diminue et la capacité à l'effort physique diminue aussi. Cette capacité serait en meilleure corrélation avec la progression de la BPCO que la VEMS (qui est mesurée au repos).

1.4 EFFETS SYSTEMIQUES [2 ; 41 ; 45 ; 46]

1.4.1 L'inflammation systémique

La BPCO touche non seulement le poumon mais aussi d'autres organes, et d'autres fonctions. On note la persistance d'une inflammation systémique avec augmentation des marqueurs inflammatoires, et ce, même chez les malades ayant arrêté leur exposition au tabac ou aux polluants en cause dans la BPCO. Les causes et les mécanismes de cette inflammation sont encore mal connus mais les conséquences ont été répertoriées.

A - Perte de poids

La perte de poids est la plus connue. Elle concerne tous les stades de la maladie : 15 % des malades des stades léger à modéré sont touchés et 50 % des

malades au stade d'insuffisance respiratoire chronique. Cette perte correspond à une perte de masse musculaire et non grasseuse.

Lors des exacerbations, l'apport nutritionnel diminue. Mais chez tous les malades, il existe une augmentation de la dépense énergétique de base. Les muscles respiratoires consomment d'avantage d'oxygène car ils sont plus sollicités du fait de la broncho constriction.

Cette perte de poids a des conséquences multiples. Elle augmente la mortalité, surtout en cas d'exacerbation : un malade avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) bas, aura un taux de survie plus bas qu'un malade avec un IMC normal.

Elle diminue la tolérance à l'effort : en perdant de la masse musculaire, l'organisme consomme davantage d'énergie pour réaliser un exercice identique. Elle diminue la qualité de vie, par la limitation des activités quotidiennes ou de loisirs comme la marche, la montée d'escaliers, la pratique de sports...

Cette perte musculaire peut être traitée par une augmentation des apports caloriques, par une supplémentation nutritionnelle mais aussi et surtout par un réentraînement à l'effort maintenu sur le long terme.

B - Altération des muscles squelettiques

Les fibres des muscles squelettiques diminuent et se modifient. Les muscles les plus touchés sont ceux des membres inférieurs.

Ces changements sont causés par l'inflammation systémique, l'hypoxie et les traitements médicamenteux comme la corticothérapie.

Cette atteinte multiple se retrouve dans l'indice BODE défini par CELLI et al. et comprend l'indice de masse corporelle (Body mass index), l'obstruction (Obstruction), la Dyspnée et la tolérance à l'exercice (Exercice). C'est un score reflétant l'espérance de vie plus finement que la seule valeur de la VEMS.

C- Altération de la tolérance à l'exercice

Les patients atteints de BPCO ont une force musculaire réduite par rapport aux sujets sains en lien avec l'altération des muscles squelettiques. Il y a également une augmentation de la capacité résiduelle fonctionnelle respiratoire au cours de l'exercice (l'hyperinflation dynamique). La dyspnée est ressentie plus fortement, les muscles respiratoires travaillent plus et consomment plus d'oxygène.

D'autres mécanismes expliquent cette intolérance : les perturbations des échanges gazeux, l'abaissement du seuil anaérobie ou lactique.

Un autre mécanisme non respiratoire éclaire l'intolérance à l'exercice : le déconditionnement : par peur ou gêne face à sa dyspnée, le malade met en place une stratégie d'évitement de tout effort pouvant entraîner celle-ci. Progressivement il va devenir sédentaire : ses muscles squelettiques vont perdre de leur masse, et modifier leurs structures (diminution de la taille des mitochondries, augmentation des fibres 2 B glycolytiques aux dépens des fibres 2 A oxydatives, réduction de la circulation des capillaires, ...)

Face à un effort physique, ces muscles vont plus facilement et plus rapidement utiliser la voie anaérobie : l'acide lactique dans le sang apparaît plus tôt entraînant par réaction une hyperventilation qui aggrave la dyspnée. Le malade stoppe l'effort plus tôt que ses capacités pulmonaires ne le laissent prévoir.

Cet évitement de l'effort et la sédentarité progressive augmentent par réaction la dyspnée et incitent le malade à éviter encore plus l'effort physique : c'est la spirale **dyspnée déconditionnement**.

1.4.2 Effets neuropsychiques

Parmi les plaintes du malade la fatigue est fréquemment rapportée. Elle est d'origine multifactorielle : déconditionnement, sommeil non réparateur, l'hypoxémie chronique. Elle peut être quantifiée comme la dyspnée mais doit être comparée avec le niveau d'activité physique quotidienne. La mauvaise qualité du sommeil, récurrente elle aussi, se traduit par l'inconfort du décubitus, les mictions nocturnes, la sécheresse buccale et les céphalées au réveil, la sensation de sommeil non récupérateur ainsi qu'une somnolence diurne. Ces éléments doivent faire rechercher un possible syndrome d'apnée du sommeil.

L'anxiété et la dépression sont présentes et souvent sous diagnostiquées chez ces patients. Sont principalement en cause : les symptômes de la maladie, la limitation des activités, la perturbation de l'image de soi, la crainte d'une évolution péjorative. La dépression aggrave la dyspnée en diminuant le goût du patient pour les activités physiques augmentant ainsi la sédentarité. Les traitements médicamenteux proposés peuvent être la Buspirone (BUSPAR®), qui ne provoque pas de dépression des centres respiratoires, voire la Fluoxétine (PROZAC®) ou la Miansérine (ATHYMIL®). Il est souhaitable d'y associer une écoute psychologique, de la relaxation, des programmes de réhabilitation respiratoire.

1.5 FACTEURS D'EXPOSITION [14 ; 37 ; 39 ; 43 ; 51]

Les causes de l'inflammation des bronches sont d'origine endogène, liées à l'individu et/ ou exogène, c'est-à-dire liées à l'environnement.

Facteurs de risque de BPCO.

Exogènes	Endogènes
Tabagisme	Déficit en <i>alpha1-antitrypsine</i>
Polluants professionnels	Hyper-réactivité bronchique
Pollution domestique	Prématurité
Pollution urbaine	Prédisposition familiale
Infections respiratoires	Sexe féminin
Conditions socio-économiques défavorables	Reflux gastro-oesophagien

1.5.1 Le tabac

L'exposition active ou passive au tabac est le premier facteur de risque d'apparition de la BPCO. Elle est en cause dans 80 % des cas. Plus le tabagisme est ancien et l'addiction forte, plus le risque augmente. Cependant il existe une susceptibilité individuelle au tabac encore mal connue : en effet, seuls 20 à 30 % des fumeurs développent une BPCO.

La toxicité de la fumée vient de sa composition, notamment des produits irritants comme l'acroléine, les oxydes de soufre et d'azote et leurs dérivés...

Ces composés augmentent les mucosités, et aggravent l'inflammation, la fibrose bronchiolaire et l'hypertrophie musculaire.

1.5.2 L'exposition professionnelle

Elle concerne environ 10 % des cas de BPCO. C'est une exposition intense et prolongée à des particules organiques (coton, bois, toxines végétales,...), à des particules inorganiques (poussières de métal ou de roche,...) ou des produits chimiques sous forme de vapeur. Leur caractère irritant provoque une inflammation à l'origine de la BPCO. Un tabagisme concomitant aggrave la maladie.

La variété des produits irritants explique la diversité des métiers à risque : le milieu agricole, comme les éleveurs de porcs, les ouvriers de scierie, certains travailleurs de la production laitière, le milieu du textile, notamment dans la filière du coton, les boulangers (farine) et dans le milieu industriel, les mines de charbon ; l'industrie porcelainière et le kaolin.

Sont également concernées les personnes exposées au tabac de façon passive dans leur travail, dans les restaurants, les bars, les discothèques et donc tous les lieux confinés. La loi récente du 1^{er} Janvier 2008, interdisant le tabac dans les lieux publics, limite l'exposition au tabagisme passif.

1.5.3 La pollution atmosphérique

Elle n'est pas un facteur étiologique direct de la BPCO, ne pouvant à elle seule provoquer l'apparition de la pathologie, mais elle est un facteur d'amplification. La pollution irrite l'appareil respiratoire et accélère la réduction des débits, augmente le risque de mortalité chez les patients aux stades avancés et favorise la survenue de la maladie chez les enfants en les sensibilisant aux infections et aux maladies respiratoires. L'exposition aux polluants se fait de façon permanente, insidieuse et seuls les pics de pollution sont perceptibles et médiatisés.

Les produits en cause sont issus de la pollution industrielle et aussi routière, mais la pollution domestique n'est pas à négliger. Elle est en lien avec

les comportements par une émission discontinue de polluants (aérosols des produits ménagers, chauffage) ou continue (formaldéhydes, peintures, solvants, matériaux de construction).

1.5.4 Infections respiratoires

Leur influence sur le début de la BPCO n'est pas assez documentée mais leur impact sur les malades diagnostiqués est connu. Les infections virales et bactériennes (pneumocoque) augmentent la mortalité.

1.6 DIAGNOSTIC [15 ; 26 ; 38 ; 39 ; 47 ; 49 ; 51]

1.6.1 Clinique

Il faut évoquer l'existence d'une BPCO devant l'un des trois critères suivants : toux chronique de plus de deux à trois mois, expectoration chronique ou dyspnée.

A – Toux

C'est une toux chronique, présente quotidiennement ou par intermittence mais apparue depuis plus de 2 à 3 mois. Elle est productive et se manifeste souvent le matin ; n'étant pas considérée comme inquiétante par le malade elle est souvent banalisée et constitue très rarement un motif de consultation. Seul un interrogatoire lors de l'examen la révélera.

B – Expectoration

De même une expectoration matinale constitue un motif de suspicion de BPCO. La quantité de sécrétions bronchiques est plus importante que la normale. Cette expectoration claire dans un premier temps devient colorée. Cette coloration n'est pas forcément un signe d'infection. En revanche un aspect hémoptoïque doit faire rechercher un cancer bronchique, les facteurs d'exposition (tabac essentiellement) étant communs aux deux pathologies.

Ces deux symptômes sont souvent négligés par le malade, qui les attribue à l'asthme ou au vieillissement, et ne l'amènent pas spontanément à consulter son médecin.

C - la dyspnée

Cet essoufflement est persistant, il augmente progressivement et s'accroît en cas d'effort physique. Il apparaît plus tardivement après la toux et l'expectoration, lorsque les lésions bronchiques sont déjà présentes.

Ressenti de façon très variable selon les patients, son évaluation se fait par des échelles visuelles notamment celle de SADOUL

Grade I : dyspnée pour des efforts importants

Grade II : dyspnée apparaissant à la montée d'un étage, ou à marche rapide ou à la marche en légère côte

Grade III : dyspnée à marche normale sur terrain plat

Grade IV : dyspnée à la marche lente

Grade V : dyspnée au moindre effort (habillage, parole)

Comme les symptômes précédents, le malade banalise la dyspnée et surtout il va chercher à l'éviter (ascenseur plutôt qu'escalier, changement de

trajet,...) diminuant d'autant son travail musculaire ce qui va en retour aggraver encore plus la dyspnée : c'est le **déconditionnement physique**.

La présence d'un seul de ces trois symptômes peut suffire à évoquer une BPCO. Ils n'ont pas de valeur diagnostique en eux-mêmes mais leur association augmente la probabilité d'une BPCO. L'examen clinique est peu informatif sauf à un stade évolué de la maladie (distension thoracique évocatrice d'un emphysème, cyanose, oedème des chevilles).

L'auscultation pulmonaire peut révéler des râles bronchiques et une diminution du murmure vésiculaire, mais un examen clinique normal n'exclut pas le diagnostic de BPCO. La spirométrie reste indispensable pour le diagnostic, l'évaluation de la sévérité et la surveillance de la maladie.

1.6.2 Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)

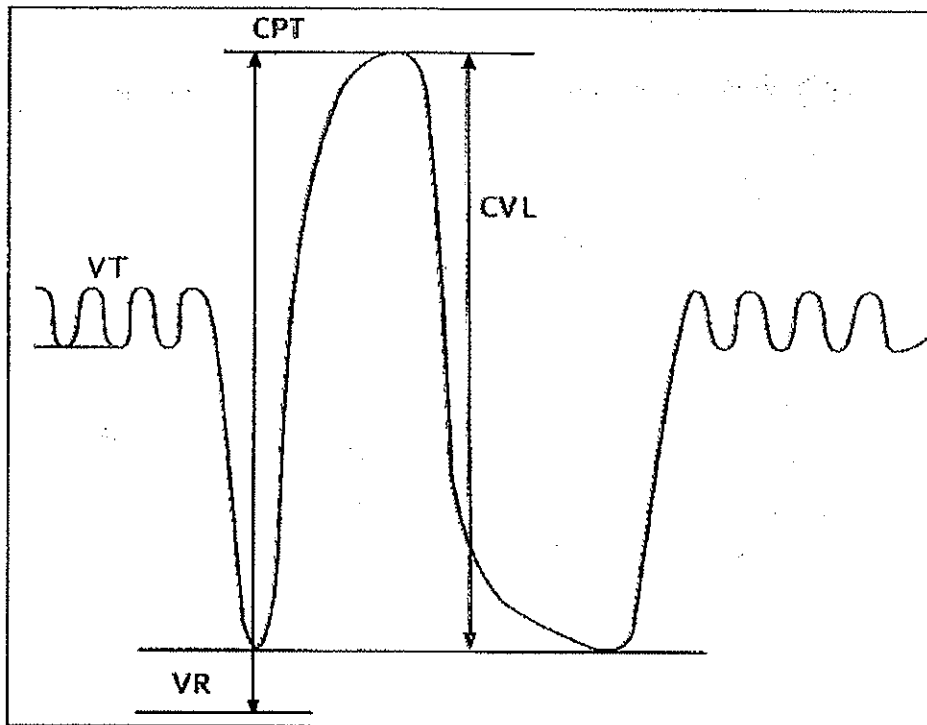
La spirométrie reste l'examen clé pour le diagnostic, le suivi et l'estimation du niveau de gravité du patient BPCO. Elle mesure les volumes pulmonaires et les débits bronchiques. La diminution des débits bronchiques caractérise le trouble ventilatoire obstructif.

A- spirométrie standard

Le patient est branché au spiromètre de cette façon



On mesure les volumes pulmonaires



Courbe volume temps [47]

Le tracé montre le volume pulmonaire au cours du temps : d'abord pendant la respiration normale (ondulation à gauche représentant le volume courant) puis une expiration maximale jusqu'au volume résiduel suivie d'une inspiration maximale jusqu'à la capacité pulmonaire totale, puis d'une expiration aussi prolongée que possible avant de revenir à une respiration normale.

On obtient les volumes suivants :

- *V_t volume courant dans le temps*
- *CVL capacité vitale lente*

Quantité maximale d'air mobilisable par le sujet au cours d'une inspiration et d'une expiration maximale (de 3 à 6 litres)

- *VR volume résiduel*

Volume d'air restant dans les poumons à la suite d'une expiration forcée

- *CPT capacité pulmonaire totale*

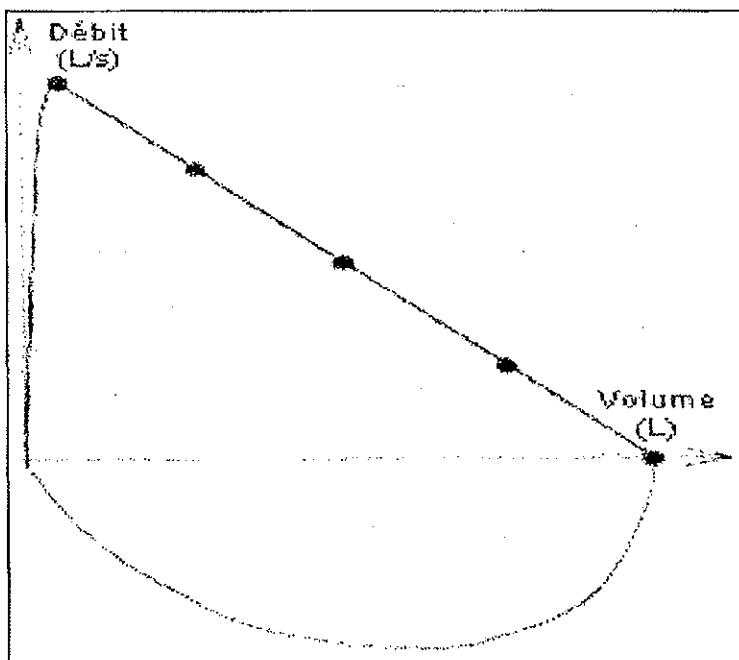
Volume d'air contenu dans les poumons en inspiration forcée (somme de VR et de CVL)

Et les débits suivants :

- *VE_{MS} volume expiratoire maximal seconde*

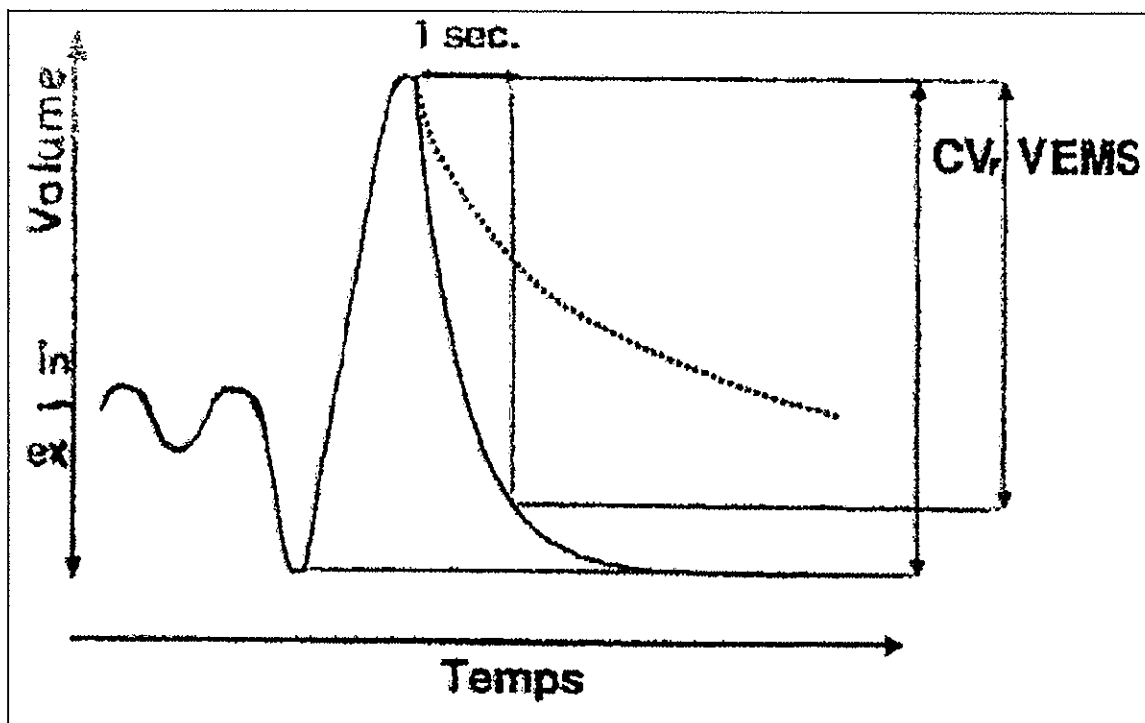
Quantité d'air maximale pouvant être soufflée par le sujet pendant la première seconde de cette expiration forcée.

Après l'inspiration forcée, le sujet vide ses poumons de la façon la plus forte et la plus prolongée possible : on enregistre alors le débit en fonction du volume et on obtient la courbe suivante.

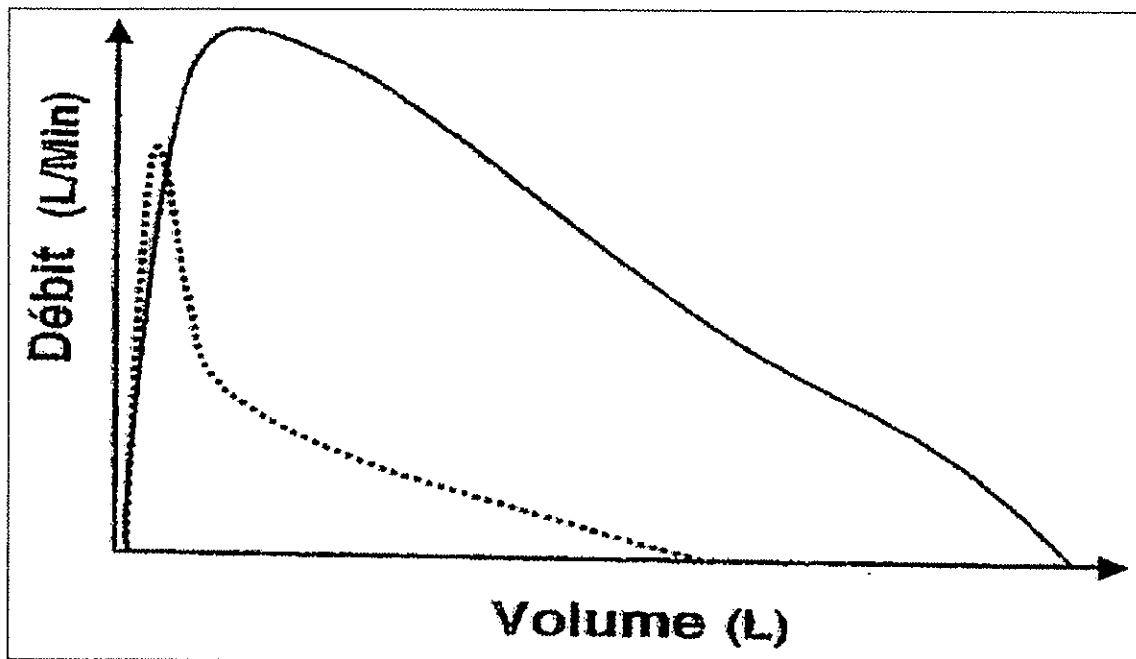


Courbe débit-volume [50]

Le tracé obtenu chez un sujet sain est en trait plein et celui chez un sujet BPCO est en pointillés



Courbe volume-temps [18]



Courbe débit-volume[18]

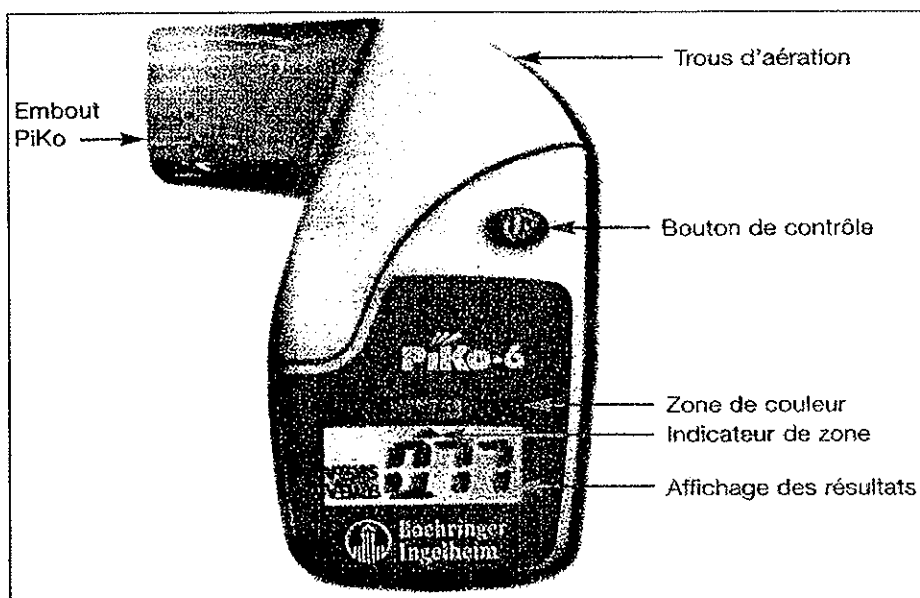
Le rapport VEMS sur CVL est toujours calculé. Le TVO est signé par la diminution du VEMS avec le rapport VEMS / CVL (ou CVF) inférieur à 0,70

sur la courbe volume / temps et par la concavité interne de la courbe débit-volume.

Le rapport VEMS/CVL a permis de classer la BPCO en plusieurs stades de gravité (cf annexe 1)

B – Spirométrie en ambulatoire

■ Le piko-6



Le Piko-6 est un outil dont le coût avoisine 60 euros, de petit format, facile à utiliser et pouvant détecter l'obstruction bronchique. Il est bien adapté au dépistage du trouble ventilatoire obstructif chez les patients fumeurs ou anciens fumeurs.

L'opérateur demande au patient de souffler très fort dans l'appareil (manœuvre du VEMS). Sur le cadran s'affiche essentiellement le rapport VEMS sur VEMS 6 (VEMS 6 est la quantité d'air expirée au bout de 6 secondes pendant une expiration forcée, elle est équivalente à CVL).

Si ce rapport est inférieur à 0,70, l'obstruction est considérée comme probable, le patient sera orienté vers un pneumologue.

Ce test a été utilisé dans le cadre du dépistage de la BPCO dans les lieux publics, il s'agit de l' «opération souffle» réalisée à Bourges, en Mars 2005.

Le Piko-6 devrait à l'avenir pouvoir être utilisé dans les cabinets de médecine générale et dans les pharmacies.

- Le DEP ou peakflow

Cet appareil, autrement appelé débitmètre de type WRIGHT, mesure le débit expiratoire de pointe. Il est simple, facilement utilisable par le pharmacien comme par le médecin généraliste. Il a cependant l'inconvénient de sous-estimer l'obstruction précoce du patient BPCO. En présence de facteurs de risques, il peut servir d'outil de dépistage grossier.

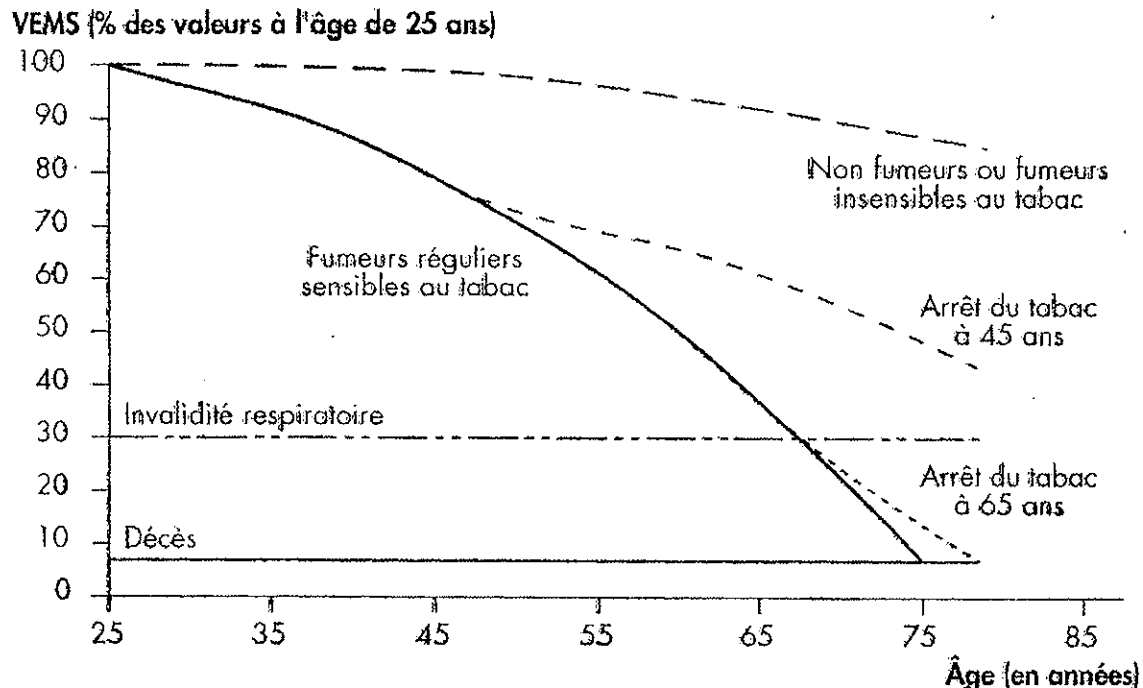
1.7 TRAITEMENTS

1.7.1 Arrêt du tabac [5 ; 10 ; 14 ; 21 ; 30 ; 31 ; 34 ; 38 ; 39 ; 50 ; 51]

A – intérêts

L'arrêt complet et définitif de l'exposition au tabac (actif ou passif) reste le meilleur moyen de ralentir l'évolution de la BPCO. Cette mesure est efficace quelque soit le stade de la maladie, mais plus l'arrêt est précoce plus les bénéfices sont importants. Le sevrage réduit la mortalité et la morbidité. Chaque année un individu perd une part de sa VEMS, et cette perte est plus accentuée

chez les fumeurs et les malades atteints de BPCO : de 8 à 20 ml par an chez un individu normal elle atteint 60 voir 90 ml par an chez un fumeur.



Courbe VEMS en fonction de l'âge [46]

L'arrêt du tabac constitue donc une mesure efficace, par le ralentissement du déclin de la VEMS et par la réduction des symptômes de la BPCO, mais aussi économique pour les malades et pour le système de santé.

L'arrêt du tabac influe sur l'entourage du malade en arrêtant son exposition au tabagisme passif et en réduisant les risques d'apparition de la BPCO et d'autres pathologies.

B - Limites

Le tabac et plus particulièrement la nicotine, crée une addiction très forte chez le fumeur, dont tous les mécanismes ne sont pas complètement révélés. Les effets de la fixation de la nicotine sur les récepteurs nicotiniques au niveau du système nerveux central sont les mieux connus.

Si l'entrée dans le tabagisme se fait souvent pour des raisons de pressions sociales et culturelles, la persistance est due à une dépendance :

- Pharmacologique : liée à la nicotine, avec la tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour avoir un même effet) et le syndrome de manque en cas de sevrage. Les symptômes sont le besoin irrépressible de fumer, la dépression, les insomnies, l'irritabilité, l'anxiété, la perte de concentration, l'agitation et la prise de poids par la boulimie de compensation.
- Non pharmacologique : le tabac et la nicotine provoquent des sensations de plaisirs, de satisfaction, une détente, une stimulation intellectuelle et un soutien en cas de stress. Tous ces effets enclenchent un processus de renforcement positif. De même l'arrêt du tabac provoque un renforcement négatif.

C – Stratégies

La dynamique d'arrêt du tabac dépend donc de la dépendance pharmacologique, des dimensions de la personnalité du malade, des stades de changements ou processus de changement. Ces stades de changement ont été définis par le modèle de PROCHASKA et DI CLEMENTE et montrent les différents stades d'état d'esprit du fumeur par rapport au tabac, permettant ainsi d'adapter le discours du praticien au malade.

Ces stades sont :

- La pré-contemplation ou indifférence, indétermination :
le malade n'a pas de motivation, il ne voit que les avantages mais pas les inconvénients du tabagisme. Il faut l'informer sur les risques.
- La contemplation ou intention :
pour le malade, les bénéfices immédiats du tabagisme sont aussi importants que les bénéfices à long terme de l'arrêt.

Tout en continuant à l'informer sur les risques, on peut lui proposer des tests simples pour lui montrer concrètement les risques : un bilan de santé, une spirométrie.

- La détermination ou préparation :

les questions du malade sont plus précises, les bénéfices de l'arrêt apparaissent plus importants que les bénéfices du tabagisme. La motivation à l'arrêt est présente et les questions concrètes.

Il faut alors répondre à ces questions sur les méthodes, sur leurs avantages et sur les inconvénients. Pour créer une relation de confiance et de sincérité, il convient aussi de lui parler des effets du syndrome de sevrage et de ne pas lui cacher les risques de rechutes. Le malade doit pouvoir choisir sa méthode en ayant toutes les informations. Il faut ensuite fixer un cadre pour l'arrêt.

- Action :

le malade a commencé le sevrage : durant les 6 premiers mois, les risques de rechutes sont importants. Il faut suivre le malade en écoutant ses difficultés pour tenter d'y remédier, rassurer le malade en lui montrant les effets positifs.

- Maintien ou consolidation :

passés les six premiers mois, les risques de rechutes sont moindres, le malade fournit encore des efforts dans certaines circonstances. Le praticien doit s'informer de l'état général du malade et rappeler les motivations de départ. Il faut également vérifier l'arrêt des médicaments de sevrage.

- Rechute :

s'il y a récurrence, il convient de l'accepter, d'en discuter les circonstances, les mécanismes puis de proposer des moyens de l'éviter afin de reprendre le processus de sevrage.

Le conseil minimal en matière de tabac, c'est-à-dire poser la question « fumez-vous ? » et si oui, la remise d'une brochure d'information et la proposition d'une aide du médecin généraliste, a montré une grande efficacité dans l'arrêt du tabagisme.

Avant tout arrêt il convient de rechercher le degré de dépendance physique ainsi que les antécédents d'anxiété, de dépression et d'autres addictions éventuelles.

Le malade doit adhérer au projet d'arrêt total et définitif du tabac pour lequel sa motivation est essentielle.

D - Les traitements de sevrage

Les thérapeutiques utilisées aujourd'hui sont les substituts nicotiniques et les traitements médicamenteux, associés chez certains patients aux thérapeutiques comportementales.

Seuls 24 % des fumeurs envisagent le recours à ces substituts (baromètre santé 2000), l'arrêt volontaire sans aide médicale reste le moyen le plus souvent envisagé. Or les symptômes de manque à l'arrêt du tabac sont l'une des principales causes de rechutes.

a) Les substituts nicotiniques

Ces produits visent à apporter la nicotine manquante lors du sevrage, soit environ 80% de la nicotine qui était apportée par le tabac avant le sevrage. Leur SMR (Service Médical Rendu) a été évalué comme important.

Le choix du dosage du substitut se fait couramment grâce au test de Fagerström, en 6 items (annexe 1).

La forme dépend du choix du malade, des effets secondaires, des contre-indications.

Ils sont plus efficaces s'ils sont accompagnés d'un suivi médical ou paramédical.

Il est nécessaire de ne plus fumer dès le début de la prise de ces substituts et de commencer par une posologie suffisante pour masquer les symptômes de manque (environ 80% de l'apport nicotinique du tabac).

Les symptômes de surdosage sont la sécheresse buccale, la diarrhée, l'insomnie, les palpitations.

Si les symptômes de manque sont toujours présents malgré la prise d'un type de substitut il est possible d'associer un deuxième substitut.

Le traitement par substitut est recommandé de 6 semaines à 6 mois.

Ils ne sont pas remboursés. Il n'est plus nécessaire d'avoir une prescription médicale sauf pour bénéficier du forfait remboursé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (50 euros par an) et certaines mutuelles complémentaires.

Les substituts nicotiniques oraux

Ils existent sous quatre formes : les gommes, les comprimés à sucer, les comprimés sublinguaux et les inhalateurs.

○ Les gommes à mâcher

Elles existent aux dosages 2 mg et 4 mg. Malgré leur nom, il ne faut pas les mâcher comme un chewing-gum normal car la nicotine est absorbée par la muqueuse buccale et non par la salive déglutie. Il faut mâcher pendant 20 secondes puis coller la gomme contre la gencive. Ces formes galéniques peuvent être utilisées seules, dès que l'envie de fumer se manifeste.

Les effets secondaires sont les brûlures pharyngées, le hoquet, les brûlures d'estomac, en partie à cause de la salive nicotinée qui est avalée. Des problèmes dentaires existent aussi (décollement d'amalgames, décollement de prothèses dentaires).

○ Les comprimés sublinguaux et à sucer

Leur pharmacocinétique est proche des gommes.

Leurs effets sont les mêmes que les gommes, mais sans les problèmes dentaires.

○ Les inhalateurs

Les fumeurs dont la gestuelle est très importante peuvent utiliser cette forme.

Les substituts nicotiniques sous forme transdermique

Sous forme de patches, ils délivrent la nicotine de façon continue sur 16 ou 24 heures. Transparents ou de couleur chair, ils sont discrets. L'irritation cutanée

qu'ils peuvent produire peut être évitée en changeant de site d'application tous les jours.

b) traitements médicamenteux

Bupropion (ZYBAN®)

Commercialisé en France depuis 2001, il est réservé à la prescription médicale.

Ses contre-indications sont les antécédents ou les facteurs de risque convulsif, et les femmes enceintes.

Les effets secondaires les plus fréquents sont la fièvre, les troubles digestifs (sécheresse buccale, nausées, vomissements, constipation). Les insomnies sont fréquentes, ainsi que les risques de convulsions, d'hallucinations, et d'allergie.

La première semaine de traitement, le malade peut encore fumer mais doit stopper dès la deuxième semaine. Il passe d'un comprimé à 150 mgr par jour la première semaine puis à deux comprimés par jour, le tout durant 7 à 9 semaines. On peut délivrer des substituts nicotiniques en association dans certains cas.

varénicline CHAMPIX®

La varénicline agit en temps qu'agoniste partiel des récepteurs nicotiniques : en s'y fixant, elle provoque la libération en petite quantité de dopamine, diminuant les effets du syndrome de manque, elle bloque aussi le récepteur où la nicotine ne peut plus se fixer, limitant ainsi l'effet positif du tabac.

L'efficacité dans le sevrage a été démontrée au bout de 9 à 12 semaines, le meilleur taux de sevrage est obtenu avec la varénicline à raison de 44%, par rapport au bupropion (30%) et au placebo (18%).

Cependant beaucoup de malades stoppent leur traitement en raison des effets secondaires : la nausée, que l'on peut diminuer en débutant à doses progressives, la constipation, les dyspepsies, les insomnies et les rêves bizarres.

La varénicline ne peut être utilisée en cas de grossesse, d'allaitement et d'insuffisance rénale, et son usage doit être limité en cas d'alcoolisme et d'épilepsie.

La concentration de varénicline augmente si on prend des antihistaminiques H2, la cimétidine (TAGAMET®) et la ranitidine (AZANTAC®). De même, les substituts nicotiniques ne sont pas recommandés avec le CHAMPIX, car ils augmentent les effets secondaires (la nausée, les vomissements, les dyspepsies, l'asthénie et les vertiges).

Avant de débiter le traitement, le fumeur convient d'un jour d'arrêt complet du tabac, et commence le CHAMPIX 7 jours avant, à raison de 0.5mg par jour les 3 premiers jours, puis 0.5mg deux fois par jour les 4 jours suivants ; puis le huitième jour le malade arrête le tabac et passe à 1 mg 2 fois par jour. Le traitement est poursuivi pendant douze semaines.

c) thérapies comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives ont montré leur efficacité, surtout dans les phases de stabilisation.

Elles consistent en consultations individuelles ou de groupe, proposant des techniques motivationnelles au début du sevrage puis des méthodes de préventions des rechutes : ajuster son comportement, résoudre ses problèmes, et gérer son stress sans le tabac. Les techniques cognitives permettent de gérer les pulsions tabagiques.

Quelque soit la mesure de sevrage tabagique adoptée, la moitié des fumeurs rechutent entre 3 mois et un an après le début de leur sevrage : pour diminuer ce taux, il faut remotiver le malade à chaque visite.

Dans certains cas, il peut être proposé de réduire la consommation de tabac de 50% sachant que cette réduction se doit d'être temporaire et qu'il faut

à chaque occasion encourager le malade à arriver à une abstinence complète.
Cette réduction permet néanmoins une minimisation des risques liés à la BPCO.

1.7.2 Exposition professionnelle et domestique [38 ; 48 ; 51]

Dans certains cas, le facteur irritant pour les poumons provient de l'environnement professionnel.

La BPCO est alors reconnue comme maladie professionnelle (dans le cadre d'affections hors tableau justifiant d'un taux d'incapacité permanente partielle de plus de 25%). L'interrogatoire sur la vie professionnelle aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement est important.

Pour limiter l'exposition du malade aux agents irritants dans sa vie professionnelle, il est recommandé d'instaurer une prévention technique et médicale. La prévention technique consiste à maîtriser les niveaux d'exposition, par la mise en place de systèmes de captage ou d'aspiration des irritants, ou de mise en place de procédures de travail limitant l'exposition. Dans certains cas il est nécessaire de réaliser un aménagement de poste ou d'équiper le professionnel de systèmes de protection adaptés.

La prévention médicale consiste au dépistage et à la surveillance par le médecin du travail des professionnels exposés, par des visites médicales programmées. De ces visites découlent des décisions sur l'aptitude du malade à son poste et sur la réduction des risques concomitants notamment le tabac.

Comme tout malade atteint d'une pathologie touchant le système respiratoire, le patient BPCO doit limiter l'exposition aux agents polluants, notamment en cas d'alerte à la pollution en évitant de sortir, en adaptant son

traitement aux stades avancés de BPCO, le malade doit restreindre ses sorties, en cas de temps froid, humide et venteux.

La pollution intérieure peut également être réduite par l'arrêt du tabac de tous les occupants de la maison.

1.7. 3 Broncho-dilatateurs [20 ; 38 ; 41 ; 50 ; 52]

Malgré le caractère peu ou pas réversible de la bronchoconstriction dans la BPCO, ces médicaments constituent la base du traitement. Ils bonifient la qualité de vie en réduisant la dyspnée et en améliorant la tolérance à l'effort. Leur effet positif serait dû à l'amélioration de la distension des poumons qui faciliterait leur vidange. Même si il n'y a pas de ralentissement du déclin de la VEMS, le malade ressent un réel bénéfice sur le plan clinique.

La meilleure voie d'administration reste la voie inhalée car son rapport bénéfice/risque est avantageux : il y a peu d'effets secondaires gênants.

La technique de prise du médicament reste essentielle et conditionne toute l'efficacité du médicament.

Il existe deux classes thérapeutiques les β_2 mimétiques et les anticholinergiques.

A - Les β_2 mimétiques

- Mode d'action

Ce sont des agonistes des récepteurs Bêta-adrénergiques des muscles lisses bronchiques. En s'y fixant ils stimulent ces récepteurs et induisent une bronchodilatation.

- Courte durée d'action

DCI	Spécialités
-----	-------------

Salbutamol	AIROMIR®, ASMASAL®, BUVENTOL®, VENTOLINE®
------------	---

Terbutaline	BRICANYL®
-------------	-----------

- Longue durée d'action

DCI Spécialités

Formotérol ASMELOR®, FORADIL®, FORMOAIR®

Salmétérol SEREVENT®

- Les effets secondaires sont minimes grâce à la voie inhalée :
tremblements des extrémités, crampes musculaires, palpitations, céphalées
tachycardie.

B - Les anticholinergiques

- Mode d'action

En se fixant sur les récepteurs muscariniques M3, ils induisent une réduction de l'hypertonie vagale et par réaction un relâchement de la bronchoconstriction pulmonaire.

Ils réduisent la dyspnée, et augmentent la tolérance à l'exercice et la qualité de vie.

Associé à un β_2 mimétique, ils augmentent le débit respiratoire mais sans changer la symptomatologie.

- Spécialités

Ipratropium ATROVENT®

Titropium bromure SPIRIVA®

Ce dernier a une durée d'action plus longue permettant une prise unique pour 24 heures. La Tiotropium se fixe sur les récepteurs muscariniques M3 des muscles lisses. La dissociation de ces récepteurs est très longue et allonge la durée d'action.

- Pour ATROVENT®, la posologie est de 2 bouffées 3 à 4 fois par jour. La sécheresse buccale est le principal effet secondaire.

- Pour SPIRIVA®, la posologie est d'une gélule à inhaler par jour.

La spécialité BRONCHODUAL® associe l'ipratropium et le fénotérol (β 2mimétique) dans le même produit, sous forme de gélules dont le contenu est à inhaler.

C - Corticostéroïdes

Malgré l'inflammation des tissus pulmonaires dans la BPCO, les corticostéroïdes inhalés ne ralentissent pas le déclin de la VEMS. Cela semble être lié au fait que les cellules impliquées dans l'inflammation ne sont pas les mêmes dans l'asthme et dans la BPCO.

L'association avec un β 2mimétique apporte un léger bénéfice, mais cet effet n'est pas encore suffisamment documenté. En outre, les effets secondaires à long terme des corticostéroïdes inhalés sont encore mal connus.

Ces traitements sont donc réservés aux BPCO de stade III. Dans des formes avec des exacerbations fréquentes malgré un traitement optimal, ils peuvent être proposés, mais les études actuelles sont insuffisantes pour prouver leur efficacité dans cette indication.

En raison de leurs effets secondaires très importants, ils ne sont pas recommandés par voie orale à long terme. Ils peuvent être utilisés pendant quelques semaines (2 à 3 pour évaluer la composante asthmatique de la maladie) mais, même si ce test est positif, l'emploi de corticostéroïdes par voie orale au long cours présente un rapport bénéfice/risque défavorable ne justifiant pas son usage dans la BPCO.

D – les dispositifs d'inhalation

Ils permettent d'administrer les médicaments de la BPCO. Il existe trois grands types de systèmes d'inhalation :

- Les aérosols doseurs et leurs nouveaux dispositifs
- Les inhalateurs de forme sèche
- Les nébulisations

La maîtrise de ces dispositifs est difficile. Dans l'asthme, seuls 29 % des patients sous Turbuhaler®, et 23 % des pharmaciens maîtrisaient correctement la technique de prise. Ces techniques sont détaillées en annexe 2.

1.7.4 Autres traitements [38 ; 50]

- la théophylline

Cette molécule, dans une forme galénique orale à libération prolongée possède un effet broncho-dilatateur modeste et présente de nombreux effets secondaires (nausées, vomissements, céphalées, excitation, insomnie, qui sont aussi les signes précoces d'un surdosage) ainsi que de nombreuses interactions médicamenteuses (enoxacine, millepertuis, érythromycine, viloxazine, halothane,...). Ces interactions sont liées au faible écart entre la dose minimale efficace et la dose maximale.

Les spécialités existantes (DILATRANE®, THEOSTAT®, EUPHYLLINE®) peuvent être associées avec le salmétérol (VENTOLINE®) ou l'ipratropium (ATROVENT®)

Mais elles ne sont indiquées que dans les cas où le malade a de grandes difficultés d'utilisation des systèmes d'inhalation ou dans les formes évoluées de BPCO.

- mucomodificateurs

Ce sont les molécules telles que l'acétylcystéine (FLUIMUCIL®), EXOMUC®), la carbocystéine (BRONCHOKOD®, RHINATHIOL®), l'ambroxol (MUXOL®). Leur effet étant limité sur les sécrétions bronchiques, leur prescription n'est pas recommandée au long cours.

- Agents antioxydants

Présents sous la forme de compléments alimentaires en vitamine E, C et caroténoïdes, ils ont un effet bénéfique en réduisant les symptômes et en améliorant la VEMS. La N-Acétylcystéine (EXOMUC®) a également un effet positif en réduisant l'impact des exacerbations, leur fréquence et leur durée. De plus le coût de ce traitement le rend attractif.

- Les antibiotiques

Ils ne sont recommandés que dans le traitement des surinfections bactériennes. Les macrolides pourraient avoir un effet bénéfique sur le plan respiratoire mais cet effet est peu documenté.

- Les immunomodulateurs

Ces extraits bactériens semblent avoir une action mais des études comparatives fiables (double aveugle contre placebo) doivent être menées.

- l'almitrine

Commercialisée sous la spécialité VECTARION®, elle atténue l'hypoxémie chez certains malades.

- La vaccination

Les vaccins sont recommandés sans restriction ni contre-indication. Le vaccin antigrippal permet de diminuer de moitié la mortalité par infection. Le vaccin antipneumococcique, réalisé tous les 5 ans, est surtout efficace chez les plus de 65 ans en réduisant le nombre d'admissions à l'hôpital pour pneumonie

et la mortalité : la vaccination est donc indiquée chez ces patients et chez les malades aux stades avancés.

1. 7. 5 médicaments contre-indiqués [38 ; 48]

La toux a un effet positif par l'évacuation des sécrétions bronchiques, l'automédication avec des antitussifs est déconseillée.

Les traitements induisant une dépression des centres respiratoires comme certains somnifères ou les benzodiazépines sont également contre-indiqués.

1.7.6 Oxygénothérapie et ventilation au long cours [38]

Ce traitement est recommandé pour les patients hypoxémiques ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$). La mesure de ces paramètres doit se faire par deux mesures des gaz du sang artériel en air ambiant à au moins trois semaines d'intervalle en dehors d'une exacerbation et lorsque le traitement est stabilisé. Chez certains patients entre 56 et 59 mmHg, elle peut être proposée sous certaines conditions, comme la présence d'une hypertension artérielle pulmonaire. Elle a pour objectifs d'améliorer la survie, les performances à l'exercice, d'augmenter le poids, de diminuer la fréquence des exacerbations, de l'hypertension artérielle pulmonaire, des désaturations nocturnes et de la polyglobulie.

Elle doit être prescrite pour une durée supérieure à 15 heures par jour, incluant les périodes de sommeil. La prescription en discontinu de l'oxygénothérapie reste limitée, en particulier, aux suites d'épisode d'exacerbation afin de retrouver une saturation normale.

1.7.7 Réhabilitation Respiratoire [6 ; 7; 38 ; 39]

La réhabilitation respiratoire fait partie intégrante de la prise en charge des patients BPCO. Il s'agit d'une pratique médicale organisée par une équipe soignante s'appuyant sur plusieurs techniques pour optimiser les performances physiques du patient ce qui diminue la dyspnée d'effort et améliore la qualité de vie.

Les programmes de réhabilitation respiratoire comprennent le réentraînement à l'effort, l'éducation thérapeutique, la nutrition, la psychothérapie.

Ces programmes s'adressent à tous les patients qui ont une dyspnée d'effort, principalement aux stades II, III, IV de la BPCO, mais dont le traitement est bien conduit.

A – modalités

La réhabilitation respiratoire se fait par une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un médecin pneumologue. L'équipe pédagogique est constituée d'autres médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de nutritionnistes, de psychologues. Des pharmaciens peuvent y participer dans le cadre d'un réseau.

Elle peut réalisée soit en ambulatoire, soit en milieu hospitalier ou au domicile du patient.

B – composantes essentielles

L'entraînement à l'exercice doit être personnalisé et vise à améliorer la force musculaire et l'endurance. Chez le patient BPCO, la limitation à l'exercice, par dysfonction des muscles périphériques est en partie réversible avec la réhabilitation.

Les exercices le plus souvent prescrits sont le travail sur une bicyclette ou la marche. En ambulatoire le protocole prévoit 2 séances d'une heure par semaine, ceci pendant deux mois.

Parallèlement sont prévues des séances d'éducation thérapeutique, une prise en charge diététique et psychologique.

C – efficacité

Ces programmes de réhabilitation respiratoire ont prouvé leur efficacité : ils améliorent la qualité de vie, diminuent la dyspnée et le nombre d'exacerbations donc le nombre d'hospitalisations.

Le rapport coût/efficacité quand la réhabilitation est réalisée en ambulatoire est favorable en raison du coût modeste.

Le bénéfice acquis persistera seulement si les patients intègrent un style de vie correspondant au programme d'éducation reçu, comportant la pratique régulière des exercices physiques.

1. 8. EXACERBATIONS [38 ; 44]

1. 8.1 Définition

La BPCO est une maladie chronique ponctuée d'épisodes aigus, les exacerbations. Elles se caractérisent par l'apparition ou l'aggravation d'un ou plusieurs symptômes notamment la dyspnée, la toux, les expectorations pendant au moins 48 heures. Ces symptômes doivent être repérés par le patient, avec

l'aide de son entourage et du pharmacien, et doivent conduire à consulter un médecin

Ces 3 symptômes entraînent d'autres troubles. La dyspnée gêne la vie courante limitant les activités quotidiennes, la toux perturbe le sommeil, et les expectorations peuvent aboutir à un encombrement bronchique. Dans les cas graves s'ajoute une polypnée superficielle, une cyanose, des troubles de la vigilance, des oedèmes des membres inférieurs.

Selon les symptômes la gravité varie. Plus l'exacerbation apparaît dans les stades avancés, plus son impact est important.

Le diagnostic se fait essentiellement sur la base de symptômes cliniques suivants.

Histoire médicale	Signes cliniques
■ Hospitalisation(s) antérieures pour exacerbation ■ Durée prolongée de l'exacerbation actuelle ■ Absence de réponse au traitement	■ Dyspnée sévère (au moindre effort ou repos) ■ Utilisation des muscles respiratoires accessoires ■ Respiration abdominale paradoxale ■ Cyanose centrale ■ Toux inefficace ■ Fréquence respiratoire > 25/min ■ Apparition d'œdèmes des membres inférieurs ■ Instabilité hémodynamique hypotension ■ Diminution de la vigilance agnition ■ Astenxis

Tableau des critères de gravité d'une exacerbation [44]

Les examens complémentaires sont : les gaz du sang comparés aux taux du malade à l'état stable, la radiographie du thorax pour repérer les causes secondaires comme le pneumothorax ou les embolies, l'électrocardiogramme pour repérer les comorbidités cardiovasculaires et un bilan biologique pour les affections associées (diabète, déshydratation,)

En revanche, les explorations respiratoires fonctionnelles utilisées pour le diagnostic, lors des exacerbations, ont une utilité discutable.

1. 8.2 Causes

A - Les causes primaires

La plus fréquente est l'infection trachéobronchique, bactérienne ou virale, favorisée par le froid ou la pollution.

Cette infection est due dans 50% des cas à une bactérie et dans l'autre moitié à des virus, ceux de la grippe, les rhinovirus et le virus respiratoire syncithial.

L'arrêt du traitement est l'autre cause de l'exacerbation ainsi que le bronchospasme chez les patients ayant une composante asthmatique.

B - Les causes secondaires

Ce sont les embolies pulmonaires, les pneumothorax, les traumatismes thoraciques, les décompensations d'une insuffisance cardiaque gauche, l'utilisation de médicaments tels que les psychotropes, les diurétiques, les antitussifs.

1. 8. 3 Impact

Les exacerbations sont des épisodes aux conséquences à long terme sur l'évolution de la maladie, sur la qualité de vie des malades, sur la mortalité et sur le plan économique.

Plus ces épisodes sont fréquents et longs plus la mortalité augmente.

Indépendamment du stade de la maladie, la fréquence des exacerbations diminue la qualité de vie, mais l'impact sur la fonction respiratoire reste peu évident et son mécanisme méconnu.

Enfin l'impact économique des exacerbations, notamment en cas d'hospitalisation est élevé pour un malade au stade III ou IV.

Son hospitalisation représente 40% du coût de sa prise en charge.

1.8.4 Traitements

La prise en charge se fait le plus souvent en ambulatoire, avec une réévaluation de l'état clinique dans les 24 à 48 heures.

A - en ambulatoire

Ce mode de prise en charge doit être privilégié lorsque le risque de décompensation est faible : maladie de fond peu sévère (stade 0 - I –II), absence de risque de gravité immédiate comme la cyanose, et la probabilité d'une infection d'origine trachéobronchique à la source de l'exacerbation.

Il faut également tenir compte de l'environnement du malade, familial, médical, paramédical et technique, et de l'absence de toute comorbidité grave, en particulier l'obésité et les problèmes cardiaques.

Une réévaluation clinique dans les 24 à 72 premières heures est obligatoire afin d'hospitaliser le malade si nécessaire (traitement inefficace ou décompensation).

Les traitements proposés sont les bronchodilateurs, soit les β_2 -mimétiques ou les anticholinergiques, des séances de drainage bronchique par kinésithérapie. L'antibiothérapie n'est instaurée quand cas d'apparition ou

d'augmentation de la purulence des sécrétions bronchiques, ou si l'origine bactérienne est patente.

B - en hospitalisation

C'est la prise en charge de choix pour les patients ayant un risque de décompensation grave : stade III ou IV de la maladie de fond, âge supérieur à 70 ans, comorbidité, exacerbations fréquentes (plus de 3 par an), germes résistants, corticothérapie systémique au long cours. Des signes gazométriques (hypercapnie, hypoxémie), un épisode récent d'évolution grave ou une cause secondaire sont aussi des critères de prise en charge à l'hôpital.

Le traitement comprend l'oxygénothérapie, des bronchodilatateurs par inhalation ou par nébulisation, une corticothérapie à faible dose et sur une courte durée et le traitement de l'étiologie secondaire si besoin (anticoagulants, médicaments cardiotropes, etc...)

2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

2.1. HISTORIQUE

2.2. DEFINITION

2.3. PRINCIPES GENERAUX

2.3.1 Professionnels concernés

2.3.2 Public cible

2.3.3 Les lieux

2.3.4 Les modalités

2.3.5 Objectifs

2.3.6 Domaines à aborder

2.4. METHODES

2.4.1 Diagnostic

2.4.2 Contrat éducatif

2.4.3 Méthodes pédagogiques

2.4.4 Evaluation

2.5. ETATS DES LIEUX

2.5.1 Reconnaissances par les pouvoirs publics.

2.5.2 Financements

2.5.3 Formations existantes

2.5.4 Difficultés et avancées

2. 1 HISTORIQUE [4]

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge des pathologies chroniques. Cependant la structuration et la standardisation des méthodes sont récentes d'où l'aspect hétérogène de certaines stratégies éducatives. Ce besoin de structuration récent s'explique par plusieurs changements :

- Vieillissement de la population et augmentation des maladies chroniques
- Evolution de la relation patient soignant avec les droits du malade (loi KOUCHNER), et son accès aux informations de santé
- Nécessité économique (abaissement des coûts de prise en charge)

Des études ont montré l'efficacité de ce type de prise en charge chez les patients atteints de BPCO : le nombre d'hospitalisations diminue et la qualité de vie des patients s'améliore.

L'éducation thérapeutique s'adresse à toute pathologie chronique, en particulier lorsque celle-ci nécessite un traitement et une surveillance étroite de la part du malade, alors que les symptômes sont peu perceptibles au début de la maladie

2. 2. DEFINITION [4 ; 42]

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient.

Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et enfin le comportement du malade face à sa maladie. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. L'éducation

devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie »

De cette définition émerge 4 points :

- Former le malade en vue de l'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir être afin de lui permettre de contrôler sa maladie
- L'éducation thérapeutique est un processus continu quelque soit le stade de la maladie, et qui devrait être compris dans le parcours de soins
- Elle comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement et le support psychosocial en lien avec la maladie et les traitements
- Elle améliore la relation patient soignant

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la réhabilitation respiratoire.

Elle vise à permettre au patient de réaliser une autosurveillance de sa maladie et à développer un comportement adapté dans les situations de sa vie.

2. 3 PRINCIPES GENERAUX [4 ; 15 ; 16 ; 31 ; 32 ; 34 ; 40 ; 55]

2. 3.1 Professionnels concernés

L'éducation thérapeutique est pluridisciplinaire et regroupe aussi bien des soignants : médecins, kinésithérapeutes, infirmières, pharmaciens et des non soignants (associations, assistante sociale, patient formateur, ...)

Leur formation à l'éducation thérapeutique doit être incitée et reconnue afin d'intéresser le plus grand nombre de praticiens et par ce biais de bénéficier au maximum de patients.

L'éducation thérapeutique est une notion récente dans la formation initiale des professionnels de santé : elle est innovante dans les pratiques médicales actuelles encore centrées sur le versant curatif et les phases aiguës des maladies.

De même le retentissement économique et social reste encore très peu intégré à leur formation. L'objectif est donc d'acquérir une compétence nouvelle afin de mettre en place une culture commune à tous les professionnels de santé.

En pratique, ces formations doivent être développées et labellisées, mais également être incluses dans la formation continue des professionnels déjà en exercice.

Enfin elles doivent prendre en compte les praticiens déjà formés et expérimentés dans l'éducation thérapeutique et les inclure en tant que formateurs.

La formation des professionnels à l'éducation thérapeutique doit se faire sur deux niveaux : soignant éducateur et cadre coordinateur.

Les soignants éducateurs acquièrent les compétences suivantes :

- L'adaptation de leur compétence aux malades et à la maladie et l'adaptation de la prise en charge au malade,
- La communication avec le malade par l'empathie, et la reconnaissance des besoins du patient
- La communication avec les autres professionnels
- L'éducation du malade

Utiliser et choisir les outils éducatifs

- Leur enseigner à gérer leur maladie

A organiser leur mode de vie

A réagir aux situations de crise ou aux phases aiguës

- La prise en compte des facteurs sociaux, économiques, environnementaux, personnels et psychologiques.

Les cadres formateurs

Aux compétences des soignants éducateurs s'ajoutent

- La promotion la conception la mise en place et l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique dans les institutions et services de soins
- La conception d'outils et méthodes pédagogiques
- La formation des soignants éducateurs
- La conduite de recherche en éducation thérapeutique

Dans le cadre de la BPCO les professionnels impliqués sont les pneumologues, les médecins généralistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes les pharmaciens les psychologues, les assistantes sociales, les ergothérapeutes, les professeurs d'activités physiques adaptés, les conseillers en environnement.

2. 3.2 Public cible

Le patient qui vient d'apprendre sa maladie passe par différentes étapes proches de celle du deuil, selon KUBLER-ROSS : colère et révolte, puis déni, tristesse voire dépression, apprivoisement et arrangements. Ce cheminement psychologique doit être respecté par les soignants et l'entourage. Le malade doit arriver à accepter sa maladie, à faire le deuil de sa vie passée, afin d'accepter totalement le traitement. Ces stades qui correspondent aux différentes étapes sont les suivantes :

Le choc : le malade vient d'apprendre sa maladie

Le déni : le malade se protège de son angoisse par ce schéma, il banalise sa maladie. Cette phase peut être très longue, et très difficile à cerner et à faire évoluer.

La révolte : le malade parle de sa maladie mais devient agressif et accusateur.

Le marchandage : le malade accepte sa maladie et son traitement mais cherche à le négocier afin de garder un contrôle sur sa maladie.

La dépression : le malade fait le deuil de son état de santé passé.

L'acceptation : le malade accepte la maladie et son traitement et les intègre dans sa vie courante.

Ces différents stades ne se succèdent pas de façon linéaire mais peuvent se chevaucher voir pour certains ne pas exister.

Certaines impasses sont possibles :

La pseudo acceptation : le malade dissimule sa maladie de façon volontaire à lui-même et aux autres.

La résignation

Le glissement.

Le traitement doit être souhaité par le malade surtout dans le cas de la BPCO où il n'est pas curatif mais vise seulement à ralentir la progression de la maladie.

On peut évaluer le degré d'implication du malade par 4 types de questions :

- Le patient se perçoit-il comme malade ? (Intégration psychique)
- Perçoit-il les risques de sa maladie et comment ? (anticipation des conséquences morbides)
- Perçoit-il l'intérêt du traitement ? (compréhension des enjeux, des décisions thérapeutiques)
- Comment perçoit-il les inconvénients et les bénéfices de son traitement ? (volonté de participation et d'autonomie).

L'éducation thérapeutique s'adresse ainsi au patient mais aussi à son entourage. Les familles et les proches doivent être impliqués car ils peuvent aider le patient dans les difficultés qu'il pourra rencontrer.

2. 3.3 Lieux

Le choix des structures dépend de

- L'objectif d'apprentissage

Les malades aux stades I ou II sont les plus nombreux et pour cette éducation thérapeutique ne nécessitent pas de plateaux techniques. Dans cette situation on peut donc garder un caractère de proximité géographique avec le lieu de vie du malade grâce à des structures souples telles qu'un réseau ville hôpital ou un réseau de professionnels libéraux.

A l'opposé les patients au stade IV, qui ont besoin d'un plateau technique lourd devront être pris en charge à l'hôpital.

- L'aspect culturel de la région

Il faut tenir compte des opérations précédentes de rapprochement entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé ainsi qu'avec les travailleurs sociaux.

Dans tous les cas, ces structures doivent être adaptées, pluridisciplinaires, avec une coordination et des échanges d'informations entre les intervenants (par des fiches de liaisons par exemple) et des formations de groupes pour les professionnels impliqués. L'accréditation future de telles structures est prévue par la Haute Autorité de Santé (anciennement Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé).

2. 3.5 Modalités

L'éducation thérapeutique peut être proposée en consultation, lors d'une hospitalisation ou en ambulatoire dans le cadre d'un réseau de soins.

A – hospitalisation

L'avantage est une prise en charge totale du malade pendant sa réhabilitation, avec une équipe soignante et des moyens techniques disponibles 24 h sur 24. Mais le coût est important et les bénéfices sont perdus si le retour à domicile n'est pas accompagné. Ce choix est donc réservé aux patients atteints sévèrement et avec un appareillage. La durée d'hospitalisation ne doit pas excéder 5 semaines, au delà il y a risque de rupture avec le milieu familial et risque de dépendance vis-à-vis de la structure hospitalière. Des séances d'éducation thérapeutique ont lieu toutes les semaines, Individuellement ou en groupe.

B - en ambulatoire

L'éducation thérapeutique peut se faire en ambulatoire c'est à dire que le malade entre à l'hôpital uniquement pour les séances de réhabilitation. Le coût est moindre, la vie de famille est maintenue. Mais le retour à domicile le soir ne permet pas de suivi nocturne et pour certains malades s'ajoutent les problèmes liés au transport.

Les séances d'éducation se font généralement en individuel souvent lorsque le patient réalise ses exercices (sur la bicyclette), mais aussi par manque de temps ou de personnel.

C - à domicile

Enfin l'éducation thérapeutique peut se faire à domicile : l'acquisition des compétences est immédiate, le patient conserve plus longtemps les nouvelles attitudes. Les inconvénients sont les difficultés pour coordonner

l'intervention des professionnels, l'absence de stimulation que procure les séances collectives.

Elle peut se faire dans le cadre d'un réseau de soins avec tous les professionnels de soins (kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens,...).

2. 3.6 Objectifs

L'éducation thérapeutique a pour but l'acquisition de compétences par le malade et son entourage afin de gérer de façon optimale sa vie future, d'améliorer la coopération soignant patient, d'orienter et de soutenir le malade dans le maintien ou l'amélioration de sa qualité de vie.

Dans le cadre de la BPCO, l'éducation thérapeutique vise essentiellement à changer un mode de vie : arrêt du tabac, maintien du niveau de l'activité physique acquis au cours de la réhabilitation.

Les études évaluatives de l'éducation du patient montrent qu'on peut par exemple atteindre :

- **Pour le patient :**

- une meilleure autogestion
- une plus grande gestion de sa vie avec la maladie
- une diminution de la souffrance et de l'anxiété
- une meilleure tolérance à l'effort
- une meilleure acceptation de la vie avec la maladie.

- **Pour la qualité des soins :**

- une réduction des complications et des incidents post-hospitalisation : diminution des épisodes d'exacerbation
- une diminution des consommations de calmants et d'antidouleur

- **Sur le plan socio-économique :**

- une réduction du nombre d'hospitalisations, de la durée du séjour, de la morbidité et de la mortalité
- une diminution de l'absentéisme professionnel

Des résultats positifs sont donc attendus au niveau des patients eux mêmes, de l'efficacité des soins et de la rentabilité socio-économique.

2. 3.7 Domaines à aborder

Ils doivent couvrir la maladie, son traitement et les différents aspects de la vie quotidienne.

Tableau 9 – Domaines à aborder pendant l'enseignement thérapeutique⁹

- Anatomie et physiologie de l'appareil respiratoire
- Manifestations cliniques des maladies respiratoires.
- Signes d'alerte d'une aggravation.
- Traitements médicamenteux.
- Eviction des irritants environnementaux.
- Modalités de l'oxygénothérapie.
- Adaptation des activités quotidiennes au handicap.
- Bénéfices du réentraînement.
- Sevrage tabagique.
- Techniques de kinésithérapie respiratoire
- Gestion du stress.
- Diététique.
- Approche psychologique.
- Sexualité
- Voyages, loisirs
- Gestion de la fin de vie

- **La physiopathologie de la BPCO**

Enseignée par des médecins, elle permet au malade de comprendre sa maladie, ses mécanismes, et par ce biais de s'approprier celle-ci, et de mieux accepter son traitement

Le malade doit sentir l'importance d'éviter les exacerbations, le fait qu'il peut influencer sur l'évolution de sa maladie, et que les efforts fournis ont un effet positif.

L'enseignement comprend des explications claires sur la maladie mais aussi sur tous les aspects annexes.

- Les traitements

L'éducation thérapeutique comprend l'explication de la manipulation des traitements inhalés, dont on sait la mauvaise utilisation (chapitre 1. 7. 4). Ce travail réalisable aussi par des infirmiers, des kinésithérapeutes, reste essentiellement du domaine du pharmacien. Il en est de même pour faire appréhender l'intérêt du traitement de fond, en vue d'une adhésion du malade à ce traitement.

Cette adhésion peut faire l'objet d'une négociation avec le médecin, pour trouver un compromis entre les objectifs du praticien et les demandes du malade.

- La vie sous oxygène

Le malade apprend les modalités, les contraintes, la réorganisation de sa vie quotidienne, quand une oxygénothérapie de longue durée lui est prescrite.

- La prévention des exacerbations

Les médecins enseignent les méthodes de prévention (vaccination notamment) le dépistage des signes d'aggravation (symptômes et facteurs déclenchants) et la conduite à tenir (initier un traitement pré établi par le médecin, recours au soins).

- Adaptation des activités quotidiennes au handicap

Le patient apprend des techniques visant à économiser son énergie, à diminuer sa charge de travail dans ses activités quotidiennes. Elles permettent de diminuer la peur de la dyspnée et d'améliorer la qualité de vie.

- Le sevrage tabagique

Si l'arrêt du tabac n'est pas encore réussi chez le patient débutant le programme, une aide au sevrage doit être incluse dans le programme.

- Les activités de la vie quotidienne

Même si la réhabilitation améliore la dyspnée des malades, il faut aider le patient à réaliser des gestes de la vie quotidienne qui peuvent devenir très difficiles. Avec l'aide d'ergothérapeutes, de médecins, de kinésithérapeutes et d'aides soignantes, le malade apprend à s'adapter au handicap respiratoire, en gérant son angoisse, sa dyspnée et en réorganisant sa vie professionnelle et familiale.

Des séances de gymnastique générale aide à développer l'équilibre, la proprioception, la coordination motrice, le renforcement musculaire, complétées par des étirements et de la relaxation.

Sous la forme d'ateliers le malade apprend de nouvelles gestuelles destinées à lui faciliter la respiration et les gestes quotidiens, et à utiliser des outils appropriés comme des chausse-pieds à long manche, des pinces ramasse-objets, pour éviter les antéflexions du tronc et la compression diaphragmatique.

- La diététique

L'état nutritionnel du patient est évalué, par le calcul de l'indice de masse corporelle ou IMC (poids en kilogrammes divisé par la taille en mètre au carré), le pli tricipital, la circonférence musculaire brachiale. Ensuite, avec l'aide d'un diététicien, le malade rééquilibre ses habitudes alimentaires

La dénutrition est très fréquente chez les patients emphysémateux par augmentation de la dépense énergétique de base sans augmentation de l'apport nutritionnel. Une forte dénutrition est un mauvais facteur de pronostic vital.

L'apport calorique peut être proposé mais il est plus efficace lors de la réhabilitation respiratoire car il bénéficie des effets anabolisants de l'exercice physique.

A l'inverse, certains patients ont un indice de masse corporelle élevé traduisant une obésité qui aggrave l'état respiratoire, notamment par des apnées du sommeil.

- La réhabilitation physique

Elle comprend le réentraînement physique à l'effort ainsi que sa poursuite dans la vie quotidienne (chapitre 1. 7. 5).

La qualité de vie est améliorée bien que les paramètres ventilatoires soient inchangés. En réalité, les changements sont musculaires : la lactatémie due à l'utilisation de la voie anaérobie est beaucoup moins intense, ce qui réduit la dyspnée. L'intérêt est aussi l'amélioration de l'image de soi.

Il faut amener le patient à intégrer le sport dans la vie courante. On peut marcher soit en extérieur soit sur un tapis, faire de la bicyclette, de la natation ou tout sport d'endurance ayant une composante conviviale mais non compétitive.

Les patients les plus atteints peuvent bénéficier de l'oxygénothérapie.

- La kinésithérapie

L'objectif est de faciliter l'élimination des sécrétions bronchiques afin d'améliorer la respiration et de limiter les infections. Les techniques utilisées sont le drainage bronchique (expiration lente et prolongée, pressions, ébranlements, percussions en ventilation dirigée), et la ventilation contrôlée.

2. 4 METHODES

Le questionnement en éducation du patient se résume trop souvent dans les faits à "comment informer le patient ?". Si l'information est nécessaire, notamment pour pouvoir prendre des décisions éclairées en rapport avec sa santé, elle est rarement suffisante pour changer des comportements de santé.

Avant de se lancer dans l'action, il est important de s'arrêter un instant et de prendre un temps pour analyser la situation. Lorsqu'on est confronté à une problématique d'éducation du patient, on est trop souvent déjà dans l'action

(réaliser un dépliant, une brochure ...) sans avoir eu préalablement une démarche d'analyse.

C'est ce qui explique que de nombreuses démarches restent sans effet (pas d'impact sur la santé et la qualité de vie du patient) parce que ce qui est mis en place ne répond pas à la problématique exprimée.

2. 4.1 Diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est individuel, centré sur le malade tout en intégrant le plus possible l'entourage. Il est évolutif, selon l'avancée de la maladie et le contexte de vie du malade.

Objectifs du diagnostic éducatif

Il vise à définir pour le patient

- Ses connaissances sur la maladie

Ce que le malade sait ou croit savoir sur sa maladie et son traitement, ses croyances, ses attitudes

Ce que le malade contrôle, ses aptitudes face à la maladie

- Sa motivation

Ce que le malade veut savoir, c'est-à-dire sa motivation et par là son degré d'acceptation de la maladie

- Ses demandes

Ce qu'il veut gérer, ce qu'il souhaite à ce moment apprendre et maîtriser.

- Ses potentialités et ses conditions de vie

Ce qu'il peut faire c'est-à-dire les conditions sociales économiques et psychologiques du malade et de son entourage.

- Son projet personnel et professionnel (exemple « je veux aller à la boulangerie qui est à 300 mètres »)

De ce diagnostic découle un projet thérapeutique, personnalisé. Il est à adapter aux besoins, aux attentes, et aux capacités de chaque malade tout en incluant des connaissances minimales en matière de sécurité, de façon à ne pas mettre sa vie en danger.

2. 4.2 Contrat éducatif

Les résultats du diagnostic permettent d'établir des objectifs d'apprentissage, d'un commun d'accord entre le malade et l'équipe soignante.

Ce contrat comprend ce que le malade va apprendre sur le plan cognitif, sur le plan pratique et sur le plan de la communication avec autrui. Il met également par écrit les modalités, le cadre, et les moyens mis en œuvre.

2. 4. 3 Méthodes pédagogiques

Il n'existe pas de méthodes pédagogiques stéréotypées. Elles peuvent varier selon des critères d'âge du patient, de ses capacités intellectuelles, des objectifs thérapeutiques, le contexte socio-économique.

Certains principes fondamentaux sont à respecter.

Les méthodes doivent se baser sur des connaissances scientifiques des modèles ou des théories clairement identifiées. Elles doivent de préférence être interactives dans le but d'évaluer et de corriger si besoin. Les documents écrits et audiovisuels doivent inciter au questionnement mais restent seulement un complément aux informations transmises oralement.

Ces méthodes permettent d'acquérir de nouvelles connaissances, de nouvelles stratégies et de les expérimenter à l'issue de séances d'éducation. La prise en compte de l'expérience du patient est primordiale pour la réussite du programme.

Concrètement la transmission simple d'information ne suffit pas : il faut que la malade participe pleinement et interagisse au cours de l'apprentissage. La méthodologie de reformulation par le patient est utile afin d'apprécier la compréhension du message.

L'enseignement se fait en groupe ou individuellement, pendant une durée d'une heure trente à deux heures.

Le diagnostic étant individualisé, l'enseignement l'est aussi d'où l'intérêt de formules associant des modules selon les objectifs et les besoins de chaque patient.

2. 4. 4 Evaluation

A – Formative

L'évaluation formative s'effectue à la fin de chaque tâche d'apprentissage. Elle permet de vérifier la compréhension et la maîtrise de l'apprentissage reçu et au besoin percevoir les difficultés afin d'intervenir tout de suite dans l'enseignement.

Cette évaluation repose sur des questions concernant :

- La perception du problème : que savez vous sur ?
- L'expérimentation ; comment allez vous essayer concrètement ?
- L'application dans la vie quotidienne : comment comptez vous faire ?

Quelles sont les difficultés que vous prévoyez ?

- L'interprétation d'un événement : comment avez vous vécu cet épisode ?
- Le maintien des comportements : comment pourriez vous continuer à faire ?
- La qualité de vie : parmi vos activités, quelles sont celles que vous avez du réduire ou abandonner ? Que voudriez-vous entreprendre que votre maladie vous empêche de faire ?

Les savoir-faire pratiques peuvent être évalués par une note ou une grille.

Toutes ces informations doivent être consignées dans le dossier du patient par un professionnel de santé afin d'améliorer la continuité des soins (éviter les lacunes ou les redondances dans l'apprentissage).

B - Somative

Elle correspond au bilan de l'apprentissage et du contrat d'éducation.
Elle porte sur

- Ce que le patient a appris
- Ce qu'il a compris
- Ce qu'il pense appliquer
- Son état de santé, sa qualité de vie

Elle permet de voir si le contrat d'éducation a été respecté mais aussi de se projeter dans l'avenir.

En effet, les connaissances acquises doivent s'appliquer dans la vie quotidienne du malade. De plus, cette évaluation définit la nécessité de séances supplémentaires et leur fréquence.

Certains indicateurs permettent également d'évaluer l'efficacité de l'apprentissage comme les fréquences d'exacerbation, les hospitalisations, l'absentéisme professionnel, les recours aux urgences.

Les données de cette évaluation peuvent être publiées et communiquées au patient.

C - Suivi éducatif

Il permet non pas d'augmenter les compétences du malade mais de les renforcer et de les soutenir dans sa motivation par des échanges dans un groupe de parole par exemple.

Il faut également maintenir les habitudes d'activité physiques dans la vie courante afin que les effets du réentraînement ne s'estompent pas trop vite.

Le suivi de l'éducation thérapeutique sera réalisé dès la fin du programme de réhabilitation et au retour à domicile : on recherche les améliorations tant clinique (diminution de la sensation de dyspnée, augmentation de la qualité de vie) que technique et physique.

2.5 ETAT DES LIEUX EN FRANCE

2.5. 1 Reconnaissances par les pouvoirs publics.

Depuis une dizaine d'années en France, on compte un nombre croissant d'expériences dans le domaine de l'éducation du patient. Il n'y a pas encore de prise en charge financière des activités d'éducation du patient en général dans le système de santé français, mais les projets expérimentaux se multiplient et sont de plus en plus soutenus.

Au niveau politique, depuis 1998, les choses s'accélèrent.

L'éducation du patient chronique a été définie comme l'un des objectifs prioritaires de la Direction Générale de la Santé. Le guide d'accréditation des hôpitaux (HAS) mentionne l'éducation du patient comme critère de qualité.

L'item éducation du patient figure dans les référentiels de certification V2 des établissements sanitaires.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, un article rend possible la rémunération des médecins pour des activités de prévention, et donc d'éducation du patient.

Les prochaines années seront l'occasion de conforter les différentes avancées pour s'inscrire dans une logique de reconnaissance professionnelle et financière.

Comme cela a pu être observé dans d'autres activités de soins, la généralisation de l'éducation du patient passe par plusieurs phases :

- le recensement et la définition de "bonnes pratiques" et l'établissement de critères de qualité.
- la mise en place de formations de professionnels et donc la définition de programmes de formation.
- l'établissement de critères, de processus et de procédures d'évaluation des pratiques.

L'enjeu est la reconnaissance professionnelle et sans doute financière de l'éducation comme partie intégrante des soins. Elle est l'objet d'une quatrième phase, celle de l'intégration de l'éducation dans la politique de soins et de santé.

C'est en prévision de ce développement que s'est tenue en 1997 une large consultation qui a abouti à la formulation d'un rapport OMS et de recommandations internationales pour les formations et les pratiques en "éducation thérapeutique du patient".

L'éducation thérapeutique est argumentée dans le Plan BPCO 2005-2010.

2.5.2 Financements

A - Pour les professionnels de santé libéraux

Il faut prévoir non seulement le financement des formations adaptées des possibilités d'actions sur des groupes de patients et la rémunération et les moyens pour ces actions.

B - Pour les établissements de santé

Actuellement, certains actes définis d'éducation thérapeutique dans le secteur privé sont pris en charge dans le cadre de prestations à l'hébergement partiel notamment quand ces actes nécessitent la présence d'un diététicien ou d'un ergothérapeute, et quand ces actions entrent dans la liste suivante

- Endocrinologie diététicienne

Diabète insulino-dépendant

Dyslipidémie sévère avec retentissement somatique et complications

- Gynécologie obstétrique

Bilan et éducation dans le diabète gestationnel

- Neurologie

Prise en charge et éducation des neurostimulations transcutanées pour les douleurs rebelles

Outre ces actions, il n'existe pas dans la nomenclature générale actuelle d'actes d'éducation thérapeutique. La mise en place d'action d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé n'est pas valorisée dans le financement T2A (tarification à l'activité) des établissements sanitaires.

C - Les pistes de prise en charge financière

La prise en compte dans les modalités de financement de l'éducation thérapeutique ne peut se faire que dans le cadre d'actions éducatives pluridisciplinaires, réalisées par des professionnels formés, selon des critères de qualités et un cahier des charges défini par pathologie et dans des structures de type réseau.

En outre, il faudrait prendre en compte les actions effectuées ainsi que les échanges entre les intervenants avec une traçabilité qui permettra également l'évaluation de l'activité.

Les valorisations financières peuvent prendre la forme :

- De dotation MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) pour les établissements de Santé.
- Rémunération forfaitaire versée au médecin libéral
- De forfait versé au patient sous la forme de coupons donnant droit à un certain nombre de séances ; l'attribution se ferait sur demande du médecin traitant et avec l'accord de la caisse d'Assurance Maladie
- De financement de réseau dans le cadre du fonds FIQSV (Fonds d'Intervention à la Qualité des Soins de Ville qui succède au FAQSV Fonds d'Action Qualité des Soins de V et à la DRDR, Dotation Régionale des Réseaux). Ce fond est cogéré par l'ARH, Agence Régionale de l'Hospitalisation et de l'URCAM, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

2. 5. 3 Formations existantes

Une sélection de tous types de formation relative à la promotion et à l'éducation pour la santé est régulièrement actualisée par le Département Documentation de l'INPES (sur le site Internet de l'Institut, rubrique « agenda santé », puis « formations ». On trouve essentiellement

A – des formations diplômantes en France

Depuis Octobre 2004, une sélection de 26 formations diplômantes universitaires est répertoriée sur le site de L'INPES. L'objectif est d'informer les professionnels et les étudiants désireux de se former. Cette base est actualisée chaque année.

B – des formations diplômantes dans le monde

Francophone

- Licence es science de la Santé publique

Université catholique de Louvain, Belgique

- Diplôme de formation continue en Education thérapeutique du patient

Université de Genève, Faculté de Médecine, Département de Médecine interne des HU6, Suisse

C – Autres Formations

- Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Education Permanente des Professions Sanitaires et Sociales (GRIEPS)

Institut de Perfectionnement en Communication et Educations Médicales (IPCEM)

- Formations spécifiques de la SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française) Groupe Alvéole Ateliers d'Aix : « Education Thérapeutique du patient BPCO »

2.5.4 Difficultés et avancées

A – difficultés

L'intégration de démarches d'éducation du patient dans la pratique quotidienne médicale n'est pas encore effective en médecine générale. Mais elle correspond à des attentes des patients et des initiatives existent. Celles-ci sont intéressantes et encourageantes.

Lors de formation de médecins généralistes à l'éducation thérapeutique de patients asthmatiques ou diabétiques, certaines difficultés exprimées par les participants sont apparues.

Des représentations de l'éducation du patient peu favorables, notamment :

- tout est fait (" on le fait déjà ! "), la démarche d'éducation du patient est inutile, il n'y a pas de besoin en la matière
- l'intégration de l'éducation du patient en médecine générale apparaît comme difficilement réalisable : difficultés à mettre en place ces démarches, à organiser la pluridisciplinarité, à inclure la dimension préventive dans le travail.
- cela ne fait pas partie du travail du médecin généraliste (pas de vision préventive, éducative). L'éducation du patient remet en question la façon habituelle d'aborder la maladie, la pratique de soignant.

Le temps supplémentaire nécessaire, l'acte intellectuel, n'est pas valorisé dans la rémunération du travail du médecin généraliste. La « *gamme* » ou

l'étendue des interventions possibles du médecin en éducation du patient est large. Les interventions peuvent être rémunérées sur une base forfaitaire en rapport avec le temps consacré.

Il s'agit surtout d'un état d'esprit qui ne demande pas nécessairement du temps supplémentaire, mais une attention particulière, comme prendre quelques minutes pour poser des questions sur les représentations des patients sur leur maladie, leur traitement et vérifier si le patient accomplit correctement les gestes techniques nécessaires à son traitement. Cela permet au médecin de pouvoir mieux orienter ou programmer ses interventions et les consultations suivantes.

Cet état d'esprit demande aussi une attitude « éducative » du médecin dans le sens où il peut proposer à son patient de s'inscrire dans une nouvelle perspective de vie avec sa maladie et donc un futur différent et qui se compose dans et avec son entourage. Il s'agit d'aider, d'accompagner le patient, de se situer en partenaire dans les soins et surtout dans l'avenir à réinventer avec la maladie.

Des besoins de formation à l'écoute, à la relation soignant soigné, à la démarche éducative.

B – avancée : le Centre Educatif Respiratoire du Limousin

C'est un exemple concret de ce qui peut se faire en matière d'éducation thérapeutique.

Cofinancé par l'URCAM, la DRASS et la CPAM de la Haute-Vienne, il a été mis en place à l'initiative du Service de Pathologies Respiratoires du CHU de Limoges (Professeur BONNAUD).

Il fonctionne en partenariat avec ces services ainsi qu'avec le CHRU de Limoges et l'Echelon Régional du Service Médical.

Le lieu choisi est volontairement éloigné du CHRU (centre ville) et piloté par une infirmière Mme JOUANNY, afin d'éliminer la connotation de contrôle du prescripteur, et de rendre l'éducateur plus accessible au patient. De plus, la neutralité du lieu facilite l'envoi d'un patient par le pneumologue ou par le médecin traitant.

La démarche est purement éducative : diagnostic éducatif du malade, démarche éducative (environ 4 consultations par patient) établissement d'un bilan et retour au médecin traitant. Le suivi est assuré par un entretien téléphonique 6 mois après.

Le patient prend rendez vous de lui-même suite à la demande de son médecin, qui envoie au centre une description de la pathologie, de son traitement, et des difficultés rencontrées.

La première rencontre permet d'établir un diagnostic éducatif : sur environ 45 minutes, l'éducateur va d'abord rassurer le patient avant de lui expliquer la démarche éducative, et d'évaluer ses connaissances et son vécu.

Les séances suivantes, en moyenne de 4 consultations par personne, permettent d'instaurer un changement de comportement nécessaire et de transférer les compétences prévues dans le diagnostic éducatif établi.

Le bilan est enfin établi et transmis au médecin par courrier.

L'évaluation est réalisée 6 mois après, par téléphone : l'éducateur recherche les signes d'observance et les modifications du traitement, les hospitalisations ou consultations non programmées et enfin le ressenti du malade.

Les avantages de ce Centre Educatif sont un indice important de satisfaction, une absence d'abandon du parcours éducatif du patient, une diminution des hospitalisations, un bénéfice observé et ressenti sur l'observance des techniques d'inhalations, l'acceptation de la maladie, et l'amélioration de la qualité de vie.

Les limites de cette forme de Centre sont la faible fréquentation due au manque d'informations des praticiens, les difficultés de reconnaissance, une évaluation difficile à réaliser de façon fiable.

3. L'ENQUETE

3.1. METHODES

Un questionnaire qui regroupe des items concernant l'éducation thérapeutique du patient BPCO a été proposé à un groupe de pharmaciens. Ce questionnaire (annexe 4) est basé sur une enquête réalisée auprès de médecins généralistes, parue dans la Revue des Maladies Respiratoires 2005.

Dans un souci d'efficience, les réponses se font sous la forme de choix multiples plutôt que des questions semi-ouvertes. Ces items ont été validés par le Professeur BONNAUD, Le Docteur ANTONINI et le Docteur FILLOUX.

60 questionnaires ont été distribués au cours de la soirée de Présentation des nouvelles thérapeutiques, animée par le Professeur BUXERAUD le 18 Mars 2008, à la Faculté de Pharmacie de Limoges. La soirée réunissait des pharmaciens d'officines, titulaires et adjoints, des préparateurs en pharmacie ainsi que des étudiants et des professeurs de la faculté. 34 questionnaires ont été récupérés, 20 autres exemplaires ont été complétés dans des officines, soit au total 54 questionnaires complets.

3.2. RESULTATS ET COMMENTAIRES

3.2.1 La participation

Vous êtes pharmacien titulaire

Adjoint

Etudiant

Préparateur

Age

Sexe

masculin ☐

féminin ☐

Ville ou vous exercez

	Nombre n = 54	<i>pourcentage</i> %
Pharmacien titulaire	16	30
Pharmacien adjoint	24	44
Etudiant	4	7
Préparateurs	10	19

Age	ans
Moyenne	40,5
Minimum	23
Maximum	73
Médiane	40

Sexe	nombre	<i>pourcentage</i>
Homme	10	18,5
Femme	44	81,5

Lieu d'exercice	nombre	<i>pourcentage</i>
Limoges	25	46
Communes limitrophes	8	15
Communes rurales	21	39

Le taux de participation global de l'enquête (54 exemplaires sur 80 distribués), est de l'ordre de 70 %. Mais il existe un biais en raison de la méthode de recueil des questionnaires : lors de la soirée, sur 60 questionnaires

seuls 34 ont été récupérés complétés. Les autres exemplaires ont été soumis à un échantillon de population captif. Ce biais influence donc positivement le taux de participation.

Le taux d'intérêt pour l'enquête ne serait que de 57 %, reflétant la problématique de l'éducation thérapeutique en matière de BPCO.

L'âge moyen de la population sondée est de 40 ans, donc inférieure à la moyenne nationale des praticiens en exercice, qui est de 48 ans et trois mois pour les pharmaciens titulaires et de 42 ans et deux mois pour les pharmaciens adjoints.

La prédominance du sexe féminin (80 %) dans l'échantillon est supérieure à celle de la population générale mais reflète le ratio homme femme de la profession (pour les pharmaciens titulaires 54 % de femmes pour 46 % d'hommes et pour les pharmaciens de la Section D du Conseil de l'Ordre 82 % de femmes pour 18% d'hommes, au 1^{er} janvier 2007)

3.2.2 Le patient et sa maladie

Pour en faciliter l'interprétation, on regroupe « toujours » avec « souvent » et « parfois » avec « jamais ».

▪ *Vous paraît-il conscient de sa maladie ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	1	2	
Souvent	30	55	57
Parfois	23	43	
Jamais	0	0	43

- *Selon vous, connaît-il la signification du terme BPCO ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	2	4	
Souvent	10	18	22
Parfois	34	62	
Jamais	9	16	78

- *Selon vous, a-t-il clairement compris le caractère chronique de son affection ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	8	15	
Souvent	26	47	62
Parfois	21	38	
Jamais	0	0	38

- *Vous donne-t-il l'impression de connaître les risques ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	2	4	
Souvent	13	23	27
Parfois	35	64	
Jamais	5	9	73

Ces résultats montrent que la majorité des patients ne connaissent pas la BPCO.

▪ *Le malade vous pose-t-il des questions sur :*

Sa maladie

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	0	0	
Souvent	13	24	24
Parfois	27	50	
Jamais	14	26	76

Le traitement

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	4	7	
Souvent	31	58	65
Parfois	17	31	
Jamais	2	4	35

Les complications

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	0	0	
Souvent	9	17	17
Parfois	29	55	
Jamais	15	28	83

L'hygiène de vie

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	2	4	
Souvent	13	24	28
Parfois	20	37	
Jamais	19	35	72

Le sevrage tabagique

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	1	2	
Souvent	18	33	35
Parfois	26	48	
Jamais	9	17	65

Si les patients posent fréquemment des questions sur le traitement (65%) les complications sont moins souvent abordées (17%) et le lien entre la maladie et le sevrage tabagique se fait peu (35 %).

3.2.3 Place du pharmacien dans la prise en charge éducative à l'officine

Dans les traitements de la BPCO

- *Pensez-vous avoir un rôle éducatif dans ce domaine ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	18	32	
Souvent	28	51	73
Parfois	8	15	
Jamais	1	2	17

- *Pratiquez-vous des démonstrations sur l'utilisation des traitements inhalés ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	24	44	
Souvent	20	36	80
Parfois	11	20	
Jamais	0	0	20

- *Expliquez-vous l'intérêt des traitements de fond ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	12	22	
Souvent	24	45	67
Parfois	17	31	
Jamais	1	2	33

- *Vous arrive-t-il de tester l'observance du traitement (questions, contrôle de la fréquence des renouvellements) ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	2	4	
Souvent	21	39	43
Parfois	24	44	
Jamais	7	13	57

▪ *Participez-vous à l'organisation de la vie sous oxygène (coordinations conseils,) ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	1	2	
Souvent	9	16	18
Parfois	18	33	
Jamais	27	49	82

▪ *Informez-vous le patient sur les attitudes dangereuses (somnifères, médicaments antitussifs, poursuite du tabagisme, polluants,..) ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	7	13	
Souvent	26	47	60
Parfois	20	36	
Jamais	2	4	40

Dans la prévention des complications

- Cherchez-vous à repérer chez le malade les signes d'aggravations ?

	Nombre	pourcentage	
Toujours	3	6	
Souvent	12	23	29
Parfois	32	61	
Jamais	5	10	71

- Posez-vous des questions sur l'intensité

De la gêne respiratoire

	Nombre	pourcentage	
Toujours	3	6	
Souvent	25	49	55
Parfois	18	35	
Jamais	5	10	45

L'intensité de la toux

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	3	5	
Souvent	25	46	51
Parfois	22	40	
Jamais	5	9	49

L'aspect de l'expectoration

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	3	6	
Souvent	13	24	30
Parfois	25	45	
Jamais	14	25	70

L'existence d'une fièvre

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	3	6	
Souvent	10	19	25
Parfois	31	57	
Jamais	10	18	75

■ *Abordez-vous la question du sevrage tabagique ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	3	5	
Souvent	31	56	61
Parfois	19	35	
Jamais	2	4	39

■ *Vous arrive-t-il de pratiquer un dépistage à l'aide du Piko6 ou d'un débitmètre de pointe ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	0	0	
Souvent	2	4	3
Parfois	24	44	
Jamais	29	53	97

Votre point de vue sur l'éducation thérapeutique

■ *avec les patients êtes-vous plus dans une démarche
D'exécution de la prescription ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	14	26	
Souvent	24	45	71
Parfois	12	23	
Jamais	3	6	29

De conseils et d'information ?

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Toujours	8	15	
Souvent	33	60	75
Parfois	14	25	
Jamais	0	0	25

■ *quelle est selon vous l'importance de chacun des professionnels suivants en matière d'éducation thérapeutique du patient ?*

Pneumologue

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	50	91	
Très important	4	7	98
Moyennement important	1	2	
Peu important	0	0	2

Médecin généraliste

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	30	55	
Très important	23	42	97
Moyennement important	2	4	
Peu important	0	0	3

Pharmacien

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	16	29	
Très important	30	55	84
Moyennement important	9	16	
Peu important	0	0	16

Kinésithérapeute

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	10	18	
Très important	34	63	81
Moyennement important	9	17	
Peu important	1	2	19

Infirmier

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	2	4	
Très important	16	31	35
Moyennement important	26	50	
Peu important	8	15	65

Autres : entourage malade

	Nombre
Essentiel	1
Très important	3
Moyennement important	0
Peu important	0

Seuls quatre questionnés ont rempli cette rubrique.

- *quelle place attribuez- vous à ces lieux en matière d'éducation thérapeutique ?*

Hôpital

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	40	74	
Très important	8	15	89
Moyennement important	6	11	
Peu important	0	0	11

Cabinet médical

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	20	36	
Très important	30	54	91
Moyennement important	5	9	
Peu important	0	0	9

Centre éducatif spécialisé

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	22	44	
Très important	23	46	90
Moyennement important	5	10	
Peu important	0	0	10

Officine

	Nombre	<i>pourcentage</i>	
Essentiel	7	13	
Très important	31	60	73
Moyennement important	14	27	
Peu important	0	0	27

▪ *Estimez-vous que l'approche de l'éducation thérapeutique en matière de BPCO doit être :*

	Nombre	<i>pourcentage</i>
Individuelle	26	50
En groupe	1	2
Les deux	27	48

▪ *Connaissez-vous le Centre Educatif Respiratoire de Limoges auquel vous pouvez adresser des patients atteint de BPCO ?*

	Nombre	<i>pourcentage</i>
Oui	12	22
Non	42	78

3. 3 DISCUSSION [1 ; 3 ; 10 ; 15 ; 23 ; 32 ;54 ;56 ; 58]

Les professionnels de soins ne peuvent plus se cantonner dans le curatif. Avec la mise en cause croissante des comportements de santé dans les problèmes de santé publique, tant les médecins que les pharmaciens intègrent de plus en plus prévention et éducation. C'est dans son officine que se joue le rôle de conseiller de santé du pharmacien. Cette étude tente d'analyser le ressenti d'un groupe de pharmaciens d'officine autour de 3 items d'éducation thérapeutique du patient BPCO.

L'examen des réponses concernant le patient et sa maladie fait apparaître que la BPCO est inconnue du patient : 78% d'entre eux ne connaissent pas la signification du terme BPCO et seulement 24% posent des questions sur la maladie au pharmacien. Enfin 73% des patients ne connaissent pas les risques de la BPCO.

En effet, contrairement à l'asthme qui bénéficie depuis 20 ans de campagne d'information, la BPCO a eu jusqu'ici de la peine à se faire connaître du grand public, d'autre part et selon les médecins généralistes, la principale attente des patients envers les médecins est le soulagement de la gêne respiratoire, la connaissance de la maladie passant au second plan.

Le plan BPCO du Ministère de la Santé (2005-2010) prévoit dans l'axe 6 des mesures, de mieux faire connaître et reconnaître la BPCO, de lui créer une image collective claire et juste. Cette représentation permettra une meilleure acceptation par le malade : sa pathologie étant reconnue il pourra en prendre conscience plus facilement et adhérer au traitement, améliorant ainsi l'observance. Les « opérations souffle » ont été aussi d'un grand intérêt pour sensibiliser les patients.

L'enquête montre que les pharmaciens contribuent largement à l'éducation thérapeutique en matière de BPCO : pour eux, l'éducation au bon usage des dispositifs d'inhalation est essentielle. Les pharmaciens interrogés la pratiquent à 80% et ils jugent leur rôle éducatif dans ce domaine essentiel à 84%.

En effet, la maîtrise des dispositifs d'inhalation est difficile comme cela est souligné chapitre 1. 7.5. Une enquête réalisée en 2003, a comparé l'utilisation de ces systèmes chez des patients BPCO. L'évaluation a été pratiquée par leur médecin généraliste avec une liste de vérifications : seuls 24% des patients traités par spray et 34 à 40% des patients traités par des systèmes déclenchés à l'inhalation n'ont fait aucune erreur. La fréquence de ces erreurs varie selon les dispositifs : elles sont plus importantes pour les sprays.

Ces résultats justifient le développement des programmes d'éducation destinés aux patients BPCO, comme cela est réalisé dans le Centre Educatif Respiratoire et confirment le rôle du pharmacien dans ce domaine.

Une étude réalisée chez des patients asthmatiques en 2004 indique que l'attente principale du patient asthmatique vis-à-vis du pharmacien concerne la méthode d'utilisation des dispositifs prescrits, soulignant ainsi le manque d'informations reçues ou retenues par le patient lors de la prescription du médecin généraliste.

En revanche, les pharmaciens semblent moins impliqués dans la prévention des complications de la BPCO : seuls 29% de notre échantillon pensent à rechercher les signes d'aggravation de la maladie. Le risque d'exacerbation pour lequel une consultation médicale est impérative risque d'être méconnu. Le même résultat est retrouvé pour des patients asthmatiques, le risque d'asthme grave étant connu de seulement 26% des pharmaciens.

Par conséquent, la reconnaissance des signes des épisodes aigus de l'asthme ou de la BPCO apparaît comme un point essentiel d'« éducation des pharmaciens ». Le pharmacien reçoit, il est vrai, un enseignement de pathologie pendant ses études et il bénéficie ensuite d'un stage clinique pendant la 5^e année AHU (année hospitalo-universitaire). Le passage en pathologies respiratoires devrait être étendu au plus grand nombre.

Les pharmaciens sont souvent le premier interlocuteur en matière de dépistage. Un article récent du Quotidien du Médecin (avril 2008) concernant les programmes d'éducation thérapeutique, rappelle que « l'intervention des pharmaciens permet de recruter des patients non suivis par un médecin généraliste ou ne l'ayant pas vu depuis un an ». Ce programme concernait le risque cardiovasculaire mais il peut en être de même pour la BPCO.

Pourtant les signes cliniques de cette pathologie sont peu recherchés : la toux à 51% mais l'expectoration à 30% seulement. De plus le dépistage du trouble ventilatoire obstructif n'est réalisé que dans 4% des cas. Il a pourtant été démontré dans un travail récent que ce type de dépistage est réalisable en officine avec des résultats encourageants. Il faut mettre en cause d'une part le manque de connaissances en la matière (manipulation de l'appareil et interprétation des résultats) et d'autre part le manque de moyens (temps disponible, matériel présent à l'officine). Le remplacement de cette mesure du souffle par un questionnaire de dépistage est en cours d'évaluation, il serait moins contraignant pour le patient, le médecin et le pharmacien.

Parallèlement le sevrage tabagique n'est abordé que par 35% des patients : est ce la méconnaissance des compétences du pharmacien ?

Une enquête réalisée par l'Université de Genève fait apparaître que les prestations proposées en officine sont relativement bien connues en ce qui concerne la tension artérielle, la location d'appareils, la médecine des voyages mais que d'autres domaines de compétences proposés par le pharmacien tel que l'arrêt du tabac sont ignorés du public.

Pourtant dans le sevrage tabagique, le pharmacien se positionne comme un interlocuteur privilégié, 60% des pharmaciens de notre enquête informent le patient sur les attitudes à risque dont la poursuite du tabagisme. Une enquête (Dr. DURAND) en 2005 propose une mesure de l'oxyde de carbone en pharmacie pour aider à la prise de décision d'arrêter de fumer chez les jeunes femmes ; les femmes enceintes et les jeunes mamans qui viennent à la pharmacie. Mais une ouverture plus spontanée du dialogue ainsi qu'un meilleur agencement pour le respect de la confidentialité contribuerait à mieux valoriser les compétences et la disponibilité du pharmacien, en facilitant l'instauration du dialogue.

L'éducation thérapeutique gagne du terrain dans la prise en charge des pathologies chroniques. Plusieurs expériences ont été présentées au cours du MEDEC 2008 : elles montrent que des groupes de professionnels de santé sont à même de répondre à cette demande en terme de coordination. Le travail se fait en réseau, il implique tous les professionnels.

C'est ce qu'expriment les pharmaciens de notre enquête : pour le patient BPCO l'implication du pneumologue est essentielle (98%) et celle du médecin généraliste est très forte (96%). Ces praticiens font le point sur l'état de santé du patient, son mode de vie, ses handicaps éventuels, ses attentes et sa motivation. L'implication des pharmaciens (84%) et des kinésithérapeutes (82%) est forte dans la prise en charge mais pourrait être plus spécifique : le pharmacien « éduque » au moment de la délivrance du médicament, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage. Le kinésithérapeute

éduque pendant les séances de kinésithérapie et les séances de réhabilitation à l'effort. L'implication de ces professionnels est importante parce qu'ils sont tous deux des professionnels de proximité chez des patients en ambulatoire. Enfin la famille et l'entourage jouent un rôle de renforcement comme aidant dans les pathologies chroniques.

On remarque que la notion d'équipe transparaît dans cette enquête auprès des pharmaciens comme elle apparaît clairement dans le discours des médecins généralistes pour le patient BPCO. La notion de réseau pluridisciplinaire est bien acquise quand on parle d'éducation thérapeutique.

Concernant les lieux et l'approche de l'éducation thérapeutique des patients BPCO : le cabinet médical reste le lieu privilégié (91%). En effet, le patient peut bénéficier d'une séance individuelle qui s'achève par la fixation d'objectifs propres à chaque malade, négociés et à atteindre : « que pouvez-vous commencer vous-même ? Que pouvez vous demander à vos proches ? Que pouvons nous décider de démarrer ensemble ? »

Cependant les médecins généralistes ont un avis différent : ils ont une nette préférence pour l'hôpital. Ce désengagement implicite peut être imputable à un manque de temps mais aussi à la proximité des centres hospitaliers. De même les pharmaciens placent l'hôpital avant l'officine comme lieu privilégié d'éducation. Pour eux, l'éducation thérapeutique doit être réalisée par des professionnels formés en la matière. Et c'est ici que réside l'intérêt des formations existantes pour tous les professionnels, afin qu'ils s'approprient cette dimension de leur métier pour redevenir des acteurs de santé et non uniquement des professionnels de soins.

CONCLUSION

Le pharmacien, professionnel de proximité, est directement impliqué dans la prise en charge du patient BPCO.

Sa mission spécifique d'éducation thérapeutique paraît parfaitement remplie quand il s'agit de l'utilisation des médicaments inhalés et de l'aide au sevrage tabagique. Cependant les actions d'éducation ne peuvent s'élaborer que dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire centré sur le patient, constitué de professionnels de santé et ces actions doivent être soutenues par un centre éducatif.

En revanche deux points faibles apparaissent : la méconnaissance de sa maladie par le patient et celle plus discrète des facteurs de gravité de la BPCO par le pharmacien, avec la faible part laissée à la prévention.

Ce travail pourrait servir de base d'une part pour inciter à approfondir les connaissances cliniques des pharmaciens et d'autre part, pour mettre en place des programmes d'éducation pour le patient. Le rôle des formations paraît ainsi primordial.

L'enjeu reste la modification des représentations tant de la part des malades que des différents professionnels de santé.

ANNEXE 1

Variables et points utilisés pour le calcul du score BODE (Body-Mass Index, Dyspnea, Exercice)

Variable	points dans l'indice BODE			
	0	1	2	3
VEMS en % prédit*	≥65	50–64	36–49	≤35
Distance parcourue en 6minutes (m)	≥350	250–349	150–249	≤149
Echelle de dyspnée de la MMRC**	0–1	2	3	4
Indice de masse corporelle (kg / m ²)	>21	≤21		

*catégories basées sur les références de l'American Thoracic Society

** modified Medical Research Council, 4 étant le degré de dyspnée le plus fort (dyspnée quand le patient quitte sa maison ou s'habille par exemple)

Le score obtenu varie de 0 à 10, plus il est fort plus le pronostic est péjoratif.

ANNEXE 2

Test de FAGERSTRÖM

1.combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2.trouvez vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où cela est interdit (cinémas, bibliothèques,...) ?

Oui	1
Non	0

3.A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il le plus difficile de renoncer ?

A la première du matin	1
A n'importe quelle autre	0

4.combien de cigarettes fumez vous par jour ?

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

5.fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui	1
Non	0

6.fumez-vous lorsque vous êtes malade et que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Score de 0 à 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut s'arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

Score de 3 à 4 : le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

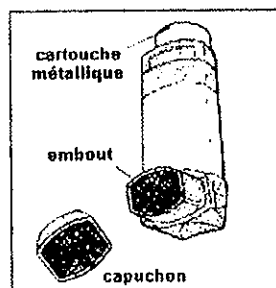
Score de 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant.

L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la forme galénique la plus adaptée à son cas.

Score de 7 à 10 : le sujet est fortement dépendant à la nicotine.

L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varénicline). En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

LES AEROSOLS DOSEURS



Mode d'emploi:

Retirer le capuchon de l'embout

- 1- Agiter l'aérosol-doseur. Spray tête en bas.
 - 2- Mettre le spray dans la bouche.
 - 3- Expirer normalement.
 - 4- Inspirer lentement, et en même temps, enfoncer la cartouche dans l'embout buccal.
 - 5- Retenir sa respiration pendant 5 secondes au minimum.
- Pour inhaler une deuxième dose de médicament, attendre environ 1 minute, puis répéter l'opération.

Remarques:

Il est important d'effectuer les "manœuvres" respiratoires de façon lente pour 2 raisons essentielles:

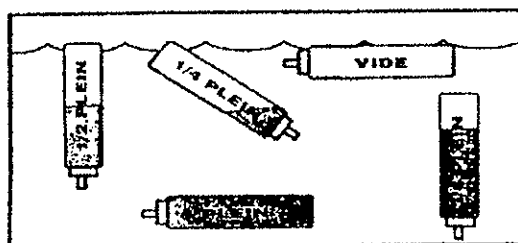
- éviter le bronchospasme lors de l'inspiration.
- éviter l'impactage des particules au niveau de l'appareil respiratoire supérieur.

Entretien:

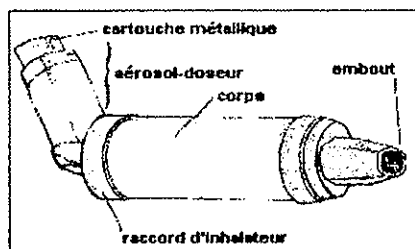
Si possible, 1 fois par jour, passer l'embout buccal sous l'eau tiède et laisser sécher. Dans ce cas, il est préférable d'avoir un 2^{ème} spray qu'on pourra utiliser pendant que le premier sèche.

Deux fois par semaine, il est nécessaire de laver l'embout buccal avec du savon et de l'eau chaude avant de le rincer et de le faire sécher.

Comment savoir si l'aérosol doseur est vide?:



LES CHAMBRES D'INHALATION



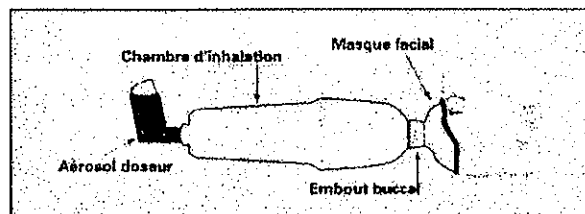
Mode d'emploi:

- 1- Enlever les embouts de l'aérosol et de la chambre.
- 2- Bien agiter l'aérosol.
- 3- Insérer l'embout buccal de l'aérosol dans l'extrémité ouverte de la chambre.

Technique de "grand" enfant:

- 4- Introduire l'embout buccal de la chambre dans la bouche et fermer les lèvres autour.
- 5- Appuyer sur la cartouche pour libérer une bouffée à l'intérieur de la chambre.
- 6- Inspirer et expirer par la bouche, normalement, 5 à 10 fois.

Technique de nourrisson:

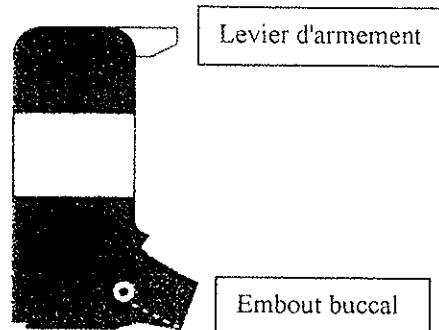


- 4- Appliquer le masque facial sur le nez et la bouche de l'enfant de façon étanche.
- 5- Appuyer sur la cartouche pour libérer une bouffée à l'intérieur de la chambre
- 6- Laisser l'enfant respirer 5 à 10 fois dans l'appareil pour permettre l'absorption du médicament.
- 7- Laver le visage de l'enfant à l'eau douce.

Entretien:

Le nettoyage de la chambre doit être fait au moins une fois par semaine. Attention, les valves sont fragiles: il ne faut pas les placer dans l'eau très chaude ni les exposer à la chaleur, à la lumière directe du soleil ou au froid.

LE SYSTEME "AUTOHALER"



Mode d'emploi:



1- Enlever le capuchon
et armer



2- Agiter



3- Expirer puis
inspirer lentement



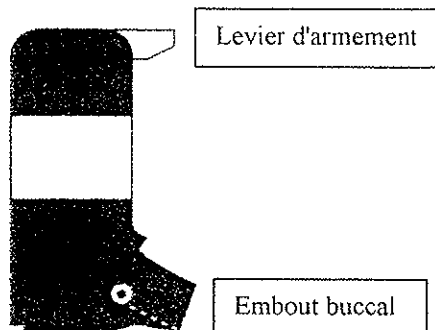
4- Retenir son
souffle au moins 5 sec.

- 1- Oter le capuchon.
Soulever le levier, l'appareil en position verticale, c'est-à-dire armer.
- 2- Bien agiter "l'Autohaler".
- 3- Tenir l'embout de "l'Autohaler" dans la bouche en fermant bien les lèvres autour et expirer lentement.
- 4- Inspirer lentement. On entend un "clic".
- 5- Retenir sa respiration pendant au minimum 5 secondes.
Après chaque bouffée, rabaisser le levier.
Pour savoir si l'aérosol contient encore du médicament, on peut soit agiter la cartouche contre son oreille, soit la mettre dans de l'eau pour vérifier qu'elle ne flotte pas.

Entretien:

Nettoyage après chaque utilisation de l'embout buccal avec un linge propre et sec.

LE SYSTEME "AUTOHALER"



Mode d'emploi:



1- Enlever le capuchon et armer



2- Agiter



3- Expirer puis inspirer lentement



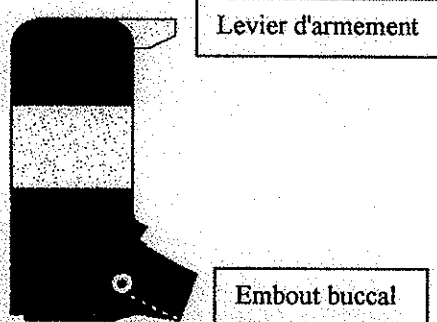
4- Retenir son souffle au moins 5 sec.

- 1- Oter le capuchon.
Soulever le levier, l'appareil en position verticale, c'est-à-dire armer.
- 2- Bien agiter "l'Autohaler".
- 3- Tenir l'embout de "l'Autohaler" dans la bouche en fermant bien les lèvres autour et expirer lentement.
- 4- Inspirer lentement. On entend un "clic".
- 5- Retenir sa respiration pendant au minimum 5 secondes.
Après chaque bouffée, rabaisser le levier.
Pour savoir si l'aérosol contient encore du médicament, on peut soit agiter la cartouche contre son oreille, soit la mettre dans de l'eau pour vérifier qu'elle ne flotte pas.

Entretien:

Nettoyage après chaque utilisation de l'embout buccal avec un linge propre et sec.

LE SYSTEME "AUTOHALER"



Mode d'emploi:



1- Enlever le capuchon
et armer



2- Agiter



3- Expirer puis
inspirer lentement



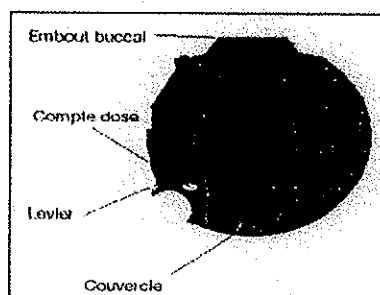
4- Retenir son
souffle au moins 5 sec.

- 1- Oter le capuchon.
Soulever le levier, l'appareil en position verticale, c'est-à-dire armer.
- 2- Bien agiter "l'Autohaler".
- 3- Tenir l'embout de "l'Autohaler" dans la bouche en fermant bien les lèvres autour et expirer lentement.
- 4- Inspirer lentement. On entend un "clic".
- 5- Retenir sa respiration pendant au minimum 5 secondes.
Après chaque bouffée, rabaisser le levier.
Pour savoir si l'aérosol contient encore du médicament, on peut soit agiter la cartouche contre son oreille, soit la mettre dans de l'eau pour vérifier qu'elle ne flotte pas.

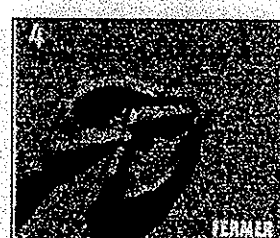
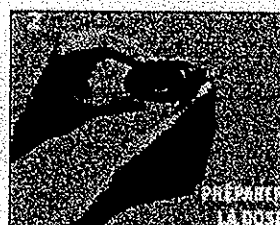
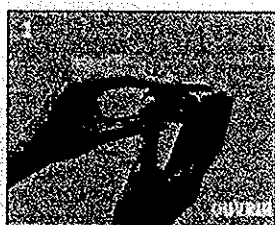
Entretien:

Nettoyage après chaque utilisation de l'embout buccal avec un linge propre et sec.

LE SYSTEME "DISKUS"



Mode d'emploi:



Ouvrir en faisant pivoter le couvercle.

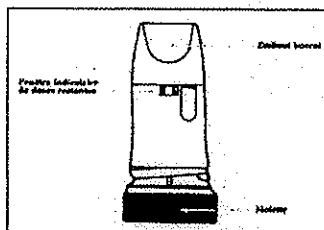
Pour savoir si le diskus n'est pas vide, vérifiez que le compte-dose ne soit pas à zéro.

- 1- Pousser le levier le plus loin possible jusqu'à entendre un déclic, c'est-à-dire armer.
- 2- Expirer profondément par la bouche à l'extérieur de l'appareil.
- 3- Tenir l'embout buccal dans sa bouche en fermant bien les lèvres autour. Inspirer profondément.
- 4- Maintenir sa respiration au minimum pendant 5 secondes. Refermer le couvercle.

Entretien:

Nettoyage après chaque utilisation de l'embout buccal avec un linge propre et sec.

LE SYSTEME "TURBUHALER"



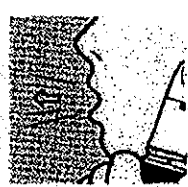
Mode d'emploi:



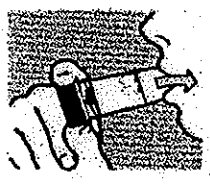
1



2



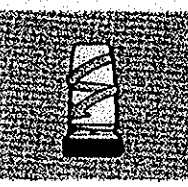
3



4



5



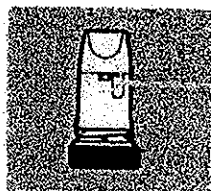
6

Tenir la mollette en dévissant le capuchon.

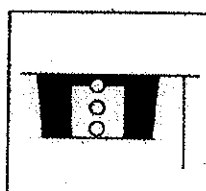
- 1- Tenir le Turbuhaler verticalement et tourner la mollette vers la droite puis vers la gauche jusqu'à entendre un déclic, c'est-à-dire armer.
- 2- Expirer profondément par la bouche à l'extérieur de l'appareil.
- 3- Placer l'embout buccal dans la bouche, en fermant bien les lèvres autour, puis inspirer rapidement et profondément par la bouche.
- 4- Retenir sa respiration pendant 5 secondes au minimum.
Revisser le capuchon.

Remarque:

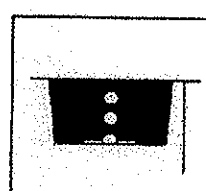
Pour savoir si le Turbuhaler n'est pas vide, vérifier que l'indicateur des doses restantes est blanc. Quand une marque rouge apparaît, il reste 20 doses. Quand il est totalement rouge, il est vide.



Fenêtre indicatrice
des doses restantes



20 doses restantes



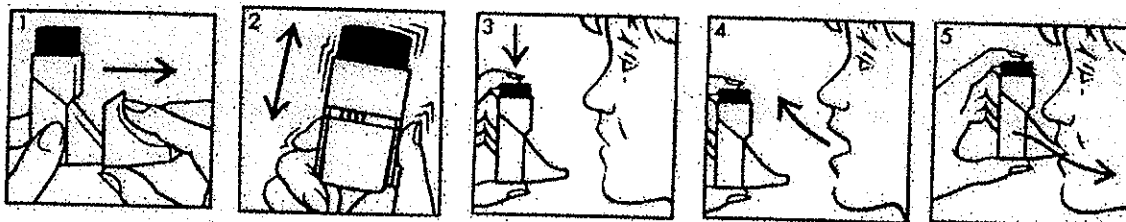
Turbuhaler vide

Entretien:

Nettoyage après chaque utilisation de l'embout buccal avec un linge propre et sec.

LES SYSTEMES "CLICKHALER" ET "EASYHALER"

Mode d'emploi:



Enlever le capuchon de l'embout de l'inhalateur.

1- Secouer l'inhalateur

Tenir l'inhalateur à la verticale avec le pouce sur le fond et le doigt sur le bouton presseur à la partie supérieure de l'appareil.

Appuyer fermement et 1 seule fois sur le bouton presseur.

2- Expirer à l'extérieur de l'appareil

3- Mettre l'embout dans la bouche et bien fermer les lèvres autour

Inspirer régulièrement et profondément par la bouche

4- Retenir sa respiration pendant 5 secondes minimum et retirer l'inhalateur de sa bouche.

Replacer le capuchon sur l'embout.

Remarque:

Si vous pensez avoir actionné plusieurs fois l'appareil, videz l'embout buccal en le tapant contre votre paume ou contre un table. Réenclenchez votre appareil.

Entretien:

Nettoyage après chaque utilisation de l'embout buccal avec un linge propre et sec.

LE SYSTEME HANDIHALER® POUR LE SPIRIVA®

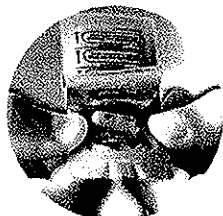
I. Manipulation du blister



A – Le patient sépare le blister prédécoupé en détachant selon la perforation.



B – Puis il relève la feuille d'aluminium (juste avant l'utilisation) jusqu'à ce qu'une seule gélule devienne complètement visible.
Si une seconde gélule est exposée à l'air par inadvertance, celle-ci doit être jetée.

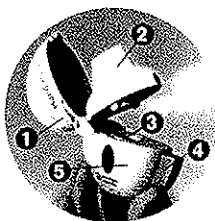


C – Le patient sort la gélule du blister.

Le dispositif HandiHaler® est exclusivement conçu pour SPIRIVA® ; il ne doit pas être utilisé pour un autre produit.
Votre patient peut utiliser ce dispositif pendant un an maximum pour prendre SPIRIVA®.

II. Préparation du HandiHaler®

Le dispositif HandiHaler®



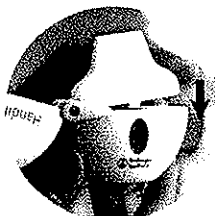
- ❶ Capuchon antipoussière
- ❷ Embout buccal
- ❸ Chambre centrale
- ❹ Bouton perforateur
- ❺ Base



1 – Le patient relève le capuchon anti-poussière puis ouvre l'embout buccal.



2 – Il sort une gélule de SPIRIVA® du blister juste avant son utilisation, et la place dans la chambre centrale (3). La façon dont la gélule est placée dans la chambre centrale importe peu.

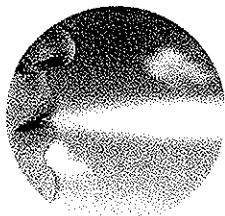


3 – Le patient doit refermer l'embout buccal jusqu'à entendre un clic, en laissant le capuchon anti-poussière ouvert.



4 – Le patient doit tenir le HandiHaler® ouvert, embout buccal vers le haut. Il enfonce complètement le bouton perforateur vert d'une seule pression, puis il relâche. La gélule est perforée et permet la libération de la poudre de SPIRIVA®.

III. Inhalation de SPIRIVA®



5 – Le patient doit expirer à fond. Important : ne jamais expirer dans l'embout buccal.



6 – Le patient doit porter le HandiHaler® à sa bouche et refermer fermement les lèvres autour de l'embout buccal. Il doit alors, en maintenant la tête droite, inspirer lentement et profondément. On doit entendre la gélule vibrer. L'inspiration doit être complète, suivie d'une apnée la plus longue possible. Le patient peut alors ôter le dispositif de sa bouche, reprendre une respiration normale. Le patient doit répéter la manœuvre expiration / inspiration profondes / apnée pour vider totalement la gélule de son contenu.



7 – Le patient doit ouvrir l'embout buccal et faire tomber la gélule et la jeter. L'embout buccal et le capuchon anti-poussière doivent être refermés pour conserver le HandiHaler®.

IV. Nettoyage du HandiHaler®



Le patient doit nettoyer son HandiHaler® une fois par mois : il lui faut ouvrir le capuchon anti-poussière et l'embout buccal, puis ouvrir la base en soulevant le bouton perforateur. Il doit rincer complètement l'inhalateur à l'eau chaude pour enlever toute poudre restante. Il doit sécher soigneusement le HandiHaler® en absorbant l'excès d'eau sur une serviette en papier puis laisser sécher à l'air, en laissant l'embout buccal, le capuchon anti-poussière et la base ouverts. Cette opération de séchage à l'air prend 24 heures. Le patient devra donc nettoyer son HandiHaler® juste après l'avoir utilisé ; il sera prêt pour sa dose suivante. Si nécessaire, le patient nettoiera la surface externe de l'embout buccal avec un chiffon humide mais non mouillé.

 **SPIRIVA®**
(tiotropium)

Ouvrez, respirez



ANNEXE 4

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT BPCO : PLACE DU PHARMACIEN

Fédération Physiopathologie Respiratoire -CHU Limoges
Pr F. BONNAUD – Dr M-T. ANTONINI

Le patient et sa maladie

	toujours	souvent	parfois	jamais
• Vous paraît-il conscient de sa maladie ?	☐	☐	☐	☐
• Selon vous, connaît t-il la signification du terme BPCO ?	☐	☐	☐	☐
• Le malade vous pose t-il des questions sur :				
sa maladie	☐	☐	☐	☐
le traitement	☐	☐	☐	☐
les complications	☐	☐	☐	☐
l'hygiène de vie	☐	☐	☐	☐
le sevrage tabagique	☐	☐	☐	☐
• Selon vous, le malade a t-il clairement compris le caractère chronique de son affection ?	☐	☐	☐	☐
• Vous donne t-il l'impression de connaître les risques liés à sa maladie?	☐	☐	☐	☐

Place du pharmacien dans la prise en charge éducative à l'officine

Dans les traitements de la BPCO

	toujours	souvent	parfois	jamais
• Pensez -vous avoir un rôle éducatif dans ce domaine ?	☐	☐	☐	☐
• Pratiquez vous des démonstrations sur l'utilisation des traitements inhalés ?	☐	☐	☐	☐
• Expliquez vous l'intérêt des traitements de fond ?	☐	☐	☐	☐
• Vous arrive t-il de tester l'observance du traitement (questions, contrôle de la fréquence des renouvellements, ...) ?	☐	☐	☐	☐
• Participez vous à l'organisation de la vie sous oxygène (coordinations, conseils,...) ?	☐	☐	☐	☐
• Informez vous le patient sur les attitudes dangereuses ou à risque (somnifères, automédication, poursuite du tabagisme, polluants, antitussifs,...) ?	☐	☐	☐	☐

Dans la prévention des complications

	toujours	souvent	parfois	jamais
• Cherchez vous à repérer chez le malade les signes d'aggravations de sa maladie ?	☐	☐	☐	☐
• Posez vous des questions sur l'intensité de la gêne respiratoire	☐	☐	☐	☐
l'intensité de la toux	☐	☐	☐	☐
l'aspect de l'expectoration	☐	☐	☐	☐
l'existence d'une fièvre	☐	☐	☐	☐
• Abordez vous la question du sevrage tabagique ?	☐	☐	☐	☐
• Vous arrive t-il de pratiquer un dépistage du trouble ventilatoire obstructive à l'aide d'un débitmètre ou d'un Piko-6 ?	☐	☐	☐	☐

Votre point de vue sur l'éducation thérapeutique du patient

- Avec les patients êtes-vous plutôt

toujours	souvent	parfois	jamais
☐	☐	☐	☐

 - dans une démarche d'exécution de la prescription ?
 - dans une démarche de conseils et d'informations ?
- Quelle est selon vous, l'importance de chacun des professionnels suivants en matière d'éducation thérapeutique du patient ?

	essentiel	très	moyen- nement	peu
--	-----------	------	------------------	-----

important

Pneumologue	☐	☐	☐	☐
Médecin généraliste	☐	☐	☐	☐
Pharmacien	☐	☐	☐	☐
Kinésithérapeute	☐	☐	☐	☐
Infirmier (re)	☐	☐	☐	☐
Autres :	☐	☐	☐	☐
- Quelle place attribuez vous à ces lieux en matière d'éducation thérapeutique ?

Hôpital	☐	☐	☐	☐
Cabinet médical	☐	☐	☐	☐
Centre éducatif spécialisé	☐	☐	☐	☐
Officine	☐	☐	☐	☐
Autres :	☐	☐	☐	☐
- Estimez vous que l'approche de l'éducation thérapeutique en matière de BPCO doit être

individuelle	☐
en groupe	☐
les deux	☐
- Connaissez vous le centre le Centre Educatif Respiratoire de Limoges auquel vous pouvez adresser des patients atteint de BPCO ?

oui	☐
non	☐

Remarques et propositions :

.....

.....

.....

.....

.....

- Vous êtes

Pharmacien	Titulaire	☐
	Adjoint	☐
Etudiant		☐
Préparateur		☐
- Age :
- Sexe

masculin	☐	féminin	☐
----------	--------------------------	---------	--------------------------
- Ville où vous exercez :

Merci pour votre participation

INDEX

ANAES	Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DRDR	Dotation Régionale des Réseaux
DEP	Débitmètre Expiratoire de Pointe
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FIQSV	Fonds d'Intervention à la Qualité de Soins de Ville
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	indice de Masse Corporelle
MIGAC	Mission d'Intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation pour les établissements de santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TVO	Trouble Ventilatoire Obstructif
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VEMS	Volume expiratoire Maximal par seconde

BIBLIOGRAPHIE

1. BLANC F.-X., Education thérapeutique dans l'asthme. Revue des Maladies Respiratoires, 2006, vol. 23, pp. 15S63-15S65
2. CELLI R. B., COTE G. C., MARIN M. J., et all. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnée, and Exercice Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. New England Journal of Medecine, 2004, vol. 350, pp.1005-12
3. CASSET A., REBOTIER P., LIEUTIER-COLAS F., et all. Prise en charge de l'asthme à l'officine : enquête auprès de 120 pharmaciens du Bas-Rhin. Revue des Maladies Respiratoires, 2004, vol.21, pp.925-933
4. CHAMBOULEYRON M., SURPAS P., JACQUEMET S. Education thérapeutique des patients atteints de BPCO. Revue des Maladies Respiratoires 2005, vol.22, pp.7S79-7S82
5. CNOCKAERT P. la cessation tabagique : expérience en médecine générale. Revue Médicale de Bruxelles, 2003, vol. 24, n°4, pp. A350-A353
6. DECRAMER M. Rôle de la réadaptation respiratoire dans le traitement de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires, 2007, vol.24, pp.20-22
7. DEROM E., MARCHAND E., TROOSTER T. réhabilitation du malade atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Annales de réhabilitation et de médecine physique, 2007, vol. 50, pp.602-614
8. DIOT P. Systèmes d'inhalation. Revue de Pneumologie Clinique, 1998, vol. 54, pp. S17-S19

9. DURAND M. Rôle du pharmacien d'officine dans l'arrêt du tabac pendant la grossesse. *Journal de Gynécologie Biologie et Reproduction*, 2005, vol.34 (hors série n°1), pp. 3S336-3S338
- 10.FAURE S., le sevrage tabagique. *Actualités Pharmaceutiques* 2007, n°460, pp. 26-28
- 11.FOUCAULD M., VERSEL M., LAUGT O., et all. Education thérapeutique des patient atteint de BPCO : discours du médecin généraliste. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2005, vol. 22, pp.55-62
- 12.FRIJA ORVOEN E., la mesure du souffle : pourquoi, pour qui, par qui, quand, comment ? *Revue Réseau respiratoire*, 2006, pp.10-11
- 13.GAUTHIER R., PALOMBA B. F3R : Fédérer la réhabilitation respiratoire en réseau. *Info Respiration*, 2007, vol.77, pp.17-18
- 14.GRIGNET J-P. BPCO : une sévérité très liée aux exacerbations. *Revue Réseau Respiratoire*, 2006, pp.7-9
- 15.HOUSSET B., SERRIER P., STACH B. Détection précoce de la BPCO. *Le Concours Médical*, 2007, vol.29, pp.1135
- 16.JACQUEMET J., CERTAIN A. Education thérapeutique du patient : rôle du pharmacien. *Bulletin de l'Ordre*, n°367, pp.269-275
- 17.KENNETH R.Chapman, guidelines for assesment and management of COPD. *Canadian Medical Association Journal*, 1992, vol. , pp.1474

- 18.LEGRAND A. La spirométrie en médecine générale. Revue Médicale de Bruxelles, 2003, vol.24, n°4, pp.A-A349
- 19.LIRSAC B. Etat des lieux de la réhabilitation respiratoire en France. Info Respiratoire n°75, cahier 2, pp. 4-10
- 20.NOSEDA A. Traitements médicamenteux de la BPCO. Revue Médicale de Bruxelles, 2003, vol.24 n°4, pp. A354-A357
- 21.PEREZ-BOGERD S., STERNON J. Le sevrage tabagique : une nouvelle molécule orale, la varénicline (Champix®). Revue Médicale de Bruxelles, 2007, vol.28, n°6, pp 5S23-5S26
- 22.PEREZ T. Le dépistage de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires, 2006, vol.23, pp. 7S140-7S145
- 23.PREFAULT C., BPCO : formation des généralistes au diagnostic précoce. Pneumologie, 2005, n°126, pp.3-4
- 24.RAMBAUD A., Maladies chroniques : l'éducation thérapeutique gagne du terrain. Le Quotidien du Médecin, 2008, vol.8359, pp. 32
- 25.ROCHE N. Dépistage de la BPCO : pourquoi et comment faire ? Pneumologie, 2002, n°118 p.1
- 26.ROCHE N. Piko-6 et diagnostic précoce d'obstruction. Pneumologie, 2005, n°126, pp.1-2
- 27.ROCHE N. Qualité des soins dans le domaine de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires, 2006, vol.23, pp.6S44-6S56

28.SERRIER P. FMC : BPCO et tabac. Pneumologie, 1999, n°109, p.1-4

29.SZAPIRO N. Dépistage précoce de la BPCO. Le quotidien du médecin, 2007, n°8097, pp.1-3

Documents consultés

30.AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
Recommandations de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques
médicamenteuse et non médicamenteuses dans l'arrêt du tabac. Info
Respiration 2003, n°56, pp. 19-35

31.ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé.
Conférence de Consensus. Arrêt de la consommation de tabac (1998 ; Paris)
Info Respiratoire 1999, n°30, pp.1-8

32.DGS Direction Générale de la Santé. Actualité de la réflexion sur l'éducation
thérapeutique disponible sur
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/sommaire.htm>

33.DGS Direction Générale de la Santé. Evaluation des Ecoles de l'asthme en
France

34.HAS Haute Autorité de Santé. Stratégie thérapeutique d'aide au sevrage
tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. Disponible sur
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_477515 (page consulté le
janvier 2008)

35.JOUANNY Processus du Centre Respiratoire de Limoges. 2008 3p

- 36.SPLF Société de Pneumologie de Langue Française. Etat des Lieux de la BPCO en France en 2005. Revue des Maladies Respiratoires, 2006, vol.23, hors série 3, pp.8S9-8S12
- 37.SPLF Société de Pneumologie de Langue Française. Manifeste des patients atteints de BPCO Bronchopneumopathie. Revue des Maladies Respiratoires, 2003, vol. 20, pp.471-476
- 38.SPLF Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandations : prise en charge de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires, 2003, vol.20, n°2 , cahier 2, pp. S7-S68
- 39.SPLF Société de Pneumologie de Langue Française. Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires, 2003, vol.20, pp.294-296
- 40.SPLF Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandations sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. Revue des Maladies Respiratoires, 2005, 22, pp. 696-704

Ouvrages consultés

- 41.groupe ALVEOLE sous la direction de PIPERNOD D. réhabilitation respiratoire : guide pratique. Imothep MS (ed.) Paris 2000
- 42.BOISLEVIN L., DIDIER A., HARRIBEY N., et all. Guide pratique de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique . Paris, Phase 5, 2003, 47p.
- 43.GROBOIS J-M., MUIR J-F. BPCO et... Qualité de vie. Paris, Phase 5, 2005

- 44.KESSLER R., BPCO et ... Exacerbations. Paris : phase 5, 2004, 47p.
- 45.ROCHE N, SIMILOWSKI T. Qualité de vie et BPCO. Paris, John Libbey Eurotext, 2007, 154p.
- 46.SIMILOWSKI T., MUIR J-F ., DERENNE J-P. Les bronchopneumopathies chroniques obstructives. Paris, John Libbey Eurotext, 1999, 227p.
- 47.SIMILOWSKI T., ROCHE N., DERENNE J-P. Souffle et tabac : prévenir, détecter et traiter la BPCO. Paris, John Libbey Eurotext, 2002, 64p.
- 48.SPLF Société de Pneumologie de Langue Française. BPCO : Guide à l'usage des patients et de leur entourage. Paris, 2004, 218p.
- 49.STACH B., MUIR J-F. BPCO et Epreuves fonctionnelles respiratoires. Paris, Phase 5, 2005, 51p.
- 50.VIDAL 2008 le dictionnaire. 84^e édition, Paris édition du Vidal, 2008.

Thèses consultées

- 51.BOUCHER Mathieu. Stratégie de dépistage de la BPCO à l'officine étude de faisabilité auprès de pharmaciens de la région Limousin. Thèse de Doctorat en pharmacie. Limoges. Université de Limoges, 2008, 130 p.

52.FAUGUER Emilie. Pharmacien et éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique : attitude pratique. A propos d'une enquête d'opinion auprès de parents d'enfants asthmatiques. Thèse de doctorat en pharmacie. Limoges. Université de Limoges, 2001, 176 p.

Sites Internet consultés

53.Centre Educatif du patient, Belgique

54.Ministre de la Santé et des Solidarités. Programme d'action en faveur de la Bronchopneumopathie chronique obstructive 2005-2010 (en ligne) disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bpco/plan-bpco.pdf>

55.Ordre National des Pharmaciens. La profession pharmaceutique en France. (en ligne) Disponible sur <http://www.ordre.pharmacien.fr>

56.DECCACHE A. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient : Recommandations de l'OMS. Bulletin d'éducation du patient, vol.19, n°1, 2000, pp. 41-42. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/edufin_3b.htm#2

57.DECCACHE A. Education pour la santé : reconnaître les nouveaux rôles des médecins et des pharmaciens. La Santé de l'Homme vol 376, Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr>

58. FOURNIER C., MISCHLICH D., d'IVERNOIS J.-F., et al. Education du Patient en France Bilan des pratiques. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/sommaire.htm>

59.ROSSET C., GOLAY A. Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient. Revue Médicale Suisse, n° 3076
Disponible sur <http://www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=30863>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
<u>Chapitre 1 la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive.....</u>	16
<u>1.1. DEFINITION</u>	18
<u>1.2. EPIDEMIOLOGIE.....</u>	19
1.2.1 la prévalence.....	19
1.2.2 la mortalité.....	19
1.2.3 la population atteinte.....	19
<u>1.3. PHYSIOPATHOLOGIE</u>	20
1.3.1 inflammation bronchique.....	20
1.3.2 hypersécrétion de mucus et dyskinésie ciliaire.....	21
1.3.3 obstruction bronchique : mécanismes.....	21
1.3.4 anomalies des échanges gazeux et hypertension artérielle pulmonaire.....	22
1.3.5 altération de la fonction respiratoire.....	22
<u>1.4. EFFETS SYSTEMIQUES</u>	23
1.4.1 l'inflammation systémique.....	23
A - perte de poids.....	23
B - altération des muscles squelettiques.....	24
C -altération de la tolérance à l'exercice.....	25
1.4.5 effets neuropsychiques.....	26
<u>1.5. FACTEURS D'EXPOSITION.....</u>	27
1.5.1 le tabac.....	27
1.5.2 l'exposition professionnelle	28
1.5.3la pollution atmosphérique.....	28
1.5.4les infections respiratoires.....	29
<u>1.6. DIAGNOSTIC.....</u>	29
1.6.1 Clinique.....	29
1.6.2 Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)	31
A – Spirométrie standard.....	31
B – Spirométrie en ambulatoire.....	35
<u>1.7. TRAITEMENTS.....</u>	36
1.7.1 arrêt du tabac.....	36
A – Interets.....	36

B – Limites.....	37
C – Stratégies.....	38
D – Traitements du sevrage.....	40
1.7.2 exposition professionnelle et domestique.....	44
1.7.3 les broncho-dilatateurs.....	45
A – β 2 mimétiques.....	45
B – Anticholinergiques.....	46
C – Corticothérapie.....	47
D – Dispositifs d'inhalation.....	48
1.7.4 autres traitements médicamenteux.....	48
1.7.5 médicaments contre-indiqués.....	50
1.7.6 Oxygénothérapie au long cours.....	50
1.7.7 Réhabilitation respiratoire.....	51
A – Modalités.....	51
B – Composantes.....	52
C – Efficacité.....	52
<u>1.8. EXACERBATIONS</u>	52
1.8.1 définition.....	52
1.8.2 causes.....	54
1.8.3 impacts.....	54
1.8.4 traitements.....	56
A – En ambulatoire	56
B – En hospitalisation.....	56
<u>Chapitre 2 l'éducation thérapeutique</u>	57
<u>2.1. HISTORIQUE</u>	58
<u>2.2. DEFINITION</u>	58
<u>2.3. PRINCIPES GENERAUX</u>	59
2.3.1 Professionnels concernés.....	60
2.3.2 Public cible.....	62
2.3.3 Les lieux.....	62
2.3.4 Les modalités	64

A – En hospitalisation	64
B – En ambulatoire	64
C – A domicile	65
2.3.5 Objectifs.....	66
2.3.6 Domaines à aborder.....	67
<u>2.4. METHODES</u>	70
2.4.1 Diagnostic éducatif.....	70
2.4.2 Contrat éducatif.....	72
2.4.3 Méthodes pédagogiques.....	72
2.4.4 Evaluation.....	73
A – Formative.....	73
B – Somative.....	74
C – Suivi éducatif.....	74
<u>2.5. ETATS DES LIEUX EN FRANCE</u>	75
2.5.1 Reconnaissances des pouvoirs publics.....	75
2.5.2 Financements.....	76
2.5.3 Formations existantes.....	78
2.5.4 Difficultés et avancées.....	80
<u>Chapitre 3 L' enquête</u>	84
<u>3.1. METHODES</u>	85
<u>3.2. RESULTATS ET COMMENTAIRES</u>	85
3.2.1 La participation.....	85
3.2.2 Le patient et sa maladie.....	87
3.2.3 Place du pharmacien dans la prise en charge éducative à l'officine.....	91
<u>3. 3 DISCUSSION</u>	100
CONCLUSION	105
ANNEXES	106
INDEX	119
BIBLIOGRAPHIE	120

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

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

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

BON A IMPRIMER N° 3317

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Les études épidémiologiques récentes confirment que la BPCO est une pathologie très fréquente qui deviendra la 3^e cause de mortalité en 2020. La prise en charge du patient associe au sevrage tabagique, les broncho-dilatateurs et la réhabilitation respiratoire. On y adjoint actuellement l'éducation thérapeutique car le patient doit apprendre à « se gérer ». Le pharmacien devient un des professionnels concernés par cette nouvelle discipline.

Le but de ce travail a été d'analyser le ressenti d'un groupe de pharmaciens, au travers d'un questionnaire autour de 3 items d'éducation thérapeutique. Il apparaît essentiellement que le patient BPCO n'est pas conscient de sa maladie (57%) et qu'il fait peu appel au pharmacien pour le sevrage tabagique (37%).

Le pharmacien promeut le bon usage des dispositifs d'inhalation et il juge son rôle éducatif primordial dans ce domaine. Cependant, il semble moins impliqué dans la prévention des complications de la BPCO.

Ce travail pourrait servir de base, d'une part pour inciter à approfondir les connaissances cliniques des pharmaciens, et d'autre part, pour mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Enfin, le rôle des formations et des réseaux de soins reste essentiel.

THESE DE PHARMACIE PNEUMOLOGIE

MOTS CLES

BPCO - EDUCATION THERAPEUTIQUE – PHARMACIEN

Service d'Explorations Fonctionnelles Respiratoires – CHU DUPUYTREN
2 rue Martin Luther KING
87042 LIMOGES