

Faculté de Pharmacie

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2023

Par **Claire FORGEON**

Née le 18 septembre 1997 à Villefranche de Rouergue

Rôle du pharmacien d'officine dans la continuité de la prise en charge des patients atteints de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique

Thèse dirigée par Jérémy JOST et Holy BEZANAHARY

Examineurs :

Pr. Catherine Fagnère, Professeur, Université de Limoges
Dr. Jérémy Jost, MCU-PH, CHU de Limoges, Université de Limoges
Dr. Holy Bezanahary, Praticien hospitalier, CHU de Limoges
Dr. Edouard Fougère, Pharmacien d'officine, Paris

Présidente
Directeur
Co-directrice
Juge



Faculté de Pharmacie

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2023

Par **Claire FORGEON**

Née le 18 septembre 1997 à Villefranche de Rouergue

Rôle du pharmacien d'officine dans la continuité de la prise en charge des patients atteints de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique

Thèse dirigée par Jérémy JOST et Holy BEZANAHARY

Examineurs :

Pr. Catherine Fagnère, Professeur, Université de Limoges
Dr. Jérémy Jost, MCU-PH, CHU de Limoges, Université de Limoges
Dr. Holy Bezanahary, Praticien hospitalier, CHU de Limoges
Dr. Edouard Fougère, Pharmacien d'officine, Paris

Présidente
Directeur
Co-directrice
Juge



Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2021

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIOUX Bertrand

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur LÉGER David, Maître de conférences

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. CARDOT Philippe	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIOUX Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIERE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie
M. TROUILLAS Patrick	Biophysique et mathématiques

Mme VIANA Marylène Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier (*) Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme. CHAUZEIX Jasmine Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

M. JOST Jérémie Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

M. BASLY Jean-Philippe (*) Chimie analytique et bromatologie

Mme BEAUBRUN-GIRY Karine Pharmacie galénique

Mme BÉGAUD Gaëlle Chimie analytique et bromatologie

M. BILLET Fabrice Physiologie

M. CALLISTE Claude Biophysique et mathématiques

M. CHEMIN Guillaume Biochimie et biologie moléculaire

Mme CLÉDAT Dominique Chimie analytique et bromatologie

M. COMBY Francis Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Mme COOK-MOREAU Jeanne Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DELEBASSÉE Sylvie Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DEMIOT Claire-Elise (*) Pharmacologie

M. FABRE Gabin Biophysique et mathématiques

M. FROISSARD Didier Botanique et cryptogamie

Mme JAMBUT Anne-Catherine (*) Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

M. LABROUSSE Pascal (*) Botanique et cryptogamie

Mme LAVERDET Betty Pharmacie galénique

M. LAWSON Roland	Pharmacologie
M. LÉGER David	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MARRE-FOURNIER Françoise	Biochimie et biologie moléculaire
M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
Mme POUGET Christelle (*)	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

Mme AUDITEAU Émilie Épidémiologie, statistique, santé publique

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew Chargé de cours

Mme VERCELLIN Karen Professeur certifié

Remerciements

Aux membres de mon jury,

Au Dr. Holy BEZANAHARY, ma co-directrice de thèse, je tiens particulièrement à vous remercier pour votre soutien, vos encouragements et votre disponibilité tout au long de ce travail.

Au Dr. Jérémy JOST, mon directeur de thèse, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accordé du temps.

Au Dr. Catherine Fagnère, merci beaucoup d'avoir accepté de présider cette thèse. Je vous remercie également pour les enseignements de qualité que vous avez pu nous donner.

Au Dr. Edouard Fougère, je vous remercie de bien vouloir faire partie de mon jury de thèse.

A mes amies,

Lucie et Andréa, merci pour tous ces moments passés ensemble (soirées, goûters, ...). Ces années d'études n'auraient pas été pareilles sans vous.

A Julie, un grand merci pour toutes ces années partagées ensemble, pour ton soutien, pour tous ces moments passés ensemble et aux prochains. Je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle vie de future médecin et beaucoup de courage.

A Stéphanie, merci beaucoup pour tous tes conseils qui ont été précieux (notamment pour certaines rédactions de mails), de m'avoir encadrée pendant mon stage en hématologie et pour tous les autres moments passés ensemble.

A ma famille,

A mes parents, je vous remercie de m'avoir toujours soutenu tout au long de mes études et d'avoir fait le nécessaire pour que je réussisse. Merci d'avoir pris du temps pour venir me voir un samedi sur deux et de m'avoir préparé des bons petits plats.

A Johanne, ma sœur, je te remercie d'avoir cru en moi et d'être venu les samedis à Limoges avec Maman et Papa.

A tous les autres membres de la famille, vous êtes nombreux et je vous remercie tous d'avoir cru en moi durant ces 6 années d'études.

A ma belle-famille, merci de m'avoir acceptée parmi vous, de m'avoir toujours soutenu et d'avoir également cru en moi. Merci pour tout. Un merci particulier à Mamie Eliane pour la relecture de la thèse et la correction des fautes d'orthographe.

A Rémy,

Un immense merci à toi de m'avoir toujours soutenu et de m'avoir aidé autant que tu pouvais pour cette thèse. Merci pour ta patience, je sais que je peux toujours compter sur toi. Bientôt les études seront enfin derrière nous, et nous pourrons nous projeter sur nos futurs projets. Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AAN : Anticorps Anti-Nucléaires
ACG : Artérite à Cellules Géantes
ACR : American College of Rheumatology
AEG : Altération de l'Etat Général
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AIS : Anti-Inflammatoire Stéroïdien
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
BAT : Biopsie de l'Artère Temporale
CAP : Connaissances, Attitudes, Pratiques
CI : Contre-indication
CRP : Protéine C Réactive
DMP : Dossier Médical Partagé
DP : Dossier pharmaceutique
ETP : Education Thérapeutique du Patient
IL : Interleukine
IV : Intra-Veineuse
LES : Lupus Érythémateux systémique
SC : Sous-Cutanée
VS : Vitesse de Sédimentation

Table des matières

Introduction	15
I. Généralités.....	16
I.1. Maladie de Horton.....	16
I.1.1. Définition	16
I.1.2. Epidémiologie et étiologie.....	16
I.1.3. Manifestations cliniques	16
I.1.4. Diagnostic	17
I.1.5. Prise en charge	17
I.1.5.1. Corticothérapie.....	17
I.1.5.1.1. Traitement d'attaque.....	18
I.1.5.1.2. Traitement d'entretien.....	18
I.1.5.1.3. Sevrage.....	18
I.1.5.2. Traitements adjuvants.....	18
I.1.6. Suivi	19
I.1.6.1. Evolution de la maladie	19
I.1.6.2. Traitement.....	19
I.1.6.3. Rechutes de la maladie.....	19
I.2. Lupus érythémateux systémique.....	20
I.2.1. Définition	20
I.2.2. Epidémiologie et étiologie.....	20
I.2.3. Manifestations cliniques	20
I.2.4. Diagnostic	22
I.2.5. Prise en charge	23
I.2.5.1. Antipaludéens	23
I.2.5.2. Anti-inflammatoires	23
I.2.5.3. Immunosuppresseurs.....	24
I.2.6. Suivi	24
I.2.6.1. Poussées.....	25
I.3. Principaux effets indésirables des corticoïdes.....	25
I.3.1. Ostéoporose.....	25
I.3.2. Risque infectieux	25
I.3.3. Effets métaboliques	26
I.4. Education thérapeutique du patient.....	26
I.4.1. Objectifs	26
I.4.2. Modalités de prise des corticoïdes.....	27
I.4.3. Mesures hygiéno-diététiques.....	27
I.4.4. Activité physique	27
II. Etude.....	29
II.1. Matériel et méthodes	29
II.1.1. Enquête CAP	29
II.1.2. Objectifs	30
II.1.3. Population cible	30
II.1.4. Elaboration du questionnaire	31
II.1.5. Déroulement de l'enquête.....	31
II.1.6. Recueil des données et analyse des résultats.....	31

II.2. Résultats.....	32
II.2.1. Caractéristiques de la population cible	32
II.2.2. Maladie de Horton	33
II.2.2.1. Connaissances	34
II.2.2.2. Attitudes.....	38
II.2.2.3. Pratiques.....	39
II.2.3. Lupus Érythémateux systémique.....	41
II.2.3.1. Connaissances	42
II.2.3.2. Attitudes.....	45
II.2.3.3. Pratiques.....	47
II.2.4. Synthèse globale et analyse.....	50
II.2.4.1. Maladie de Horton.....	50
II.2.4.1.1. Dimension connaissance.....	50
II.2.4.1.2. Dimension attitude.....	50
II.2.4.1.3. Dimension pratique.....	50
II.2.4.2. Lupus Erythémateux Systémique.....	51
II.2.4.2.1. Dimension connaissance.....	51
II.2.4.2.2. Dimension attitude.....	51
II.2.4.2.3. Dimension pratique.....	51
II.2.4.3. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique	52
II.2.4.4. Outil de partage d'information entre l'hôpital et les officines	53
III. Discussion et perspectives	55
III.1. Analyse de l'enquête CAP	55
III.2. Limites	55
III.3. Perspectives	56
Conclusion	58
Références bibliographiques	60
Annexes	62
Serment De Galien.....	79

Table des illustrations

Figure 1 : Critères de classification de l'American College of Rheumatology du Lupus érythémateux systémique (8)	22
Figure 2 : Profession du répondant.....	32
Figure 3 : Département de l'officine	33
Figure 4 : Type de patientèle de l'officine	33
Figure 5 : La maladie de Horton également appelée Artérite à cellules géantes.....	34
Figure 6 : Caractéristiques de la maladie de Horton	34
Figure 7 : Sexe le plus touché par la maladie de Horton.....	35
Figure 8 : Symptômes de la maladie de Horton	35
Figure 9 : Type d'apparition des symptômes de la maladie de Horton.....	36
Figure 10 : Traitements de la maladie de Horton	36
Figure 11 : Traitement de la maladie de Horton débuté rapidement	37
Figure 12 : Effets indésirables du traitement de la maladie de Horton	37
Figure 13 : Recommandation d'arrêter de fumer avec la maladie de Horton.....	38
Figure 14 : Pratique d'activité physique avec la maladie de Horton	38
Figure 15 : Envisager une grossesse avec la maladie de Horton	38
Figure 16 : Limitation de la consommation en sel et sucre si corticothérapie en cours	39
Figure 17 : Importance de la kinésithérapie des patients atteints de la maladie de Horton ...	39
Figure 18 : Recommandation de la vaccination anti-grippale pour les patients atteints de la maladie de Horton	39
Figure 19 : Interruption sans avis médical du traitement de la maladie de Horton si amélioration des symptômes	40
Figure 20 : Interruption sans avis médical du traitement de la maladie de Horton si amélioration des symptômes	40
Figure 21 : Consultation d'un dermatologue avec la maladie de Horton	40
Figure 22 : Importance de rappeler aux patients atteints de la maladie de Horton de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses	41
Figure 23 : Importance de surveiller la maladie de Horton.....	41
Figure 24 : Caractéristiques de la maladie du Lupus	42
Figure 25 : Sexe le plus touché par le Lupus.....	42
Figure 26 : Facteurs favorisant le Lupus	43
Figure 27 : Symptômes du Lupus Érythémateux systémique	43
Figure 28 : Atteinte de plusieurs organes avec le Lupus.....	44
Figure 29 : Symptômes du Lupus variables d'une personne à une autre.....	44

Figure 30 : Evolution des symptômes du Lupus par poussées	44
Figure 31 : Traitements du Lupus	45
Figure 32 : Recommandation d'arrêter de fumer avec le Lupus	45
Figure 33 : Possibilité de travailler pour les patients atteints du Lupus	46
Figure 34 : Possibilité d'envisager une grossesse avec le Lupus	46
Figure 35 : Pratiquer une activité physique avec le Lupus	46
Figure 36 : Recommandation de la kinésithérapie aux patients atteints du Lupus	47
Figure 37 : Recommandation de la vaccination anti-grippale pour les patients atteints du Lupus	47
Figure 38 : Interruption sans avis médical du traitement du Lupus si amélioration des symptômes.....	47
Figure 39 : Recommandation de consulter un médecin spécialiste aux patients atteints du Lupus	48
Figure 40 : Importance de rappeler aux patients lupiques de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses.....	48
Figure 41 : Importance de l'apparition de plaques sur le corps chez les patients atteints du Lupus	48
Figure 42 : Surveillance pulmonaire chez les patients atteints du Lupus	49
Figure 43 : Protection du soleil chez les patients atteints du Lupus	49
Figure 44 : Importance de la surveillance du Lupus.....	49
Figure 45 : Scores obtenus à l'enquête CAP sur la maladie de Horton.....	50
Figure 46 : Scores obtenus à l'enquête CAP sur le Lupus érythémateux systémique.....	51
Figure 47 : Importance du rôle à jouer dans la prise en charge de la maladie de Horton et du Lupus	52
Figure 48 : Rôle à jouer dans la prise en charge de ces maladies	52
Figure 49 : Utilité d'un outil de partage d'informations entre l'hôpital et les officines	53
Figure 50 : Types d'informations souhaitant être partagé via l'outil hôpital-officines	53

Introduction

La maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique sont deux maladies auto-immunes et chroniques nécessitant une prise en charge rigoureuse afin de stabiliser au mieux la pathologie, d'améliorer la qualité de vie du patient et d'éviter toute rechute. Les pathologies chroniques sont non curables et impliquent des traitements à vie. Une mauvaise observance ou un arrêt de traitement sans avis médical peut avoir des conséquences graves sur l'état de santé du patient et entraîner une rechute de la maladie.

Lors des consultations ou des hospitalisations, les médecins se rendent compte qu'un problème de continuité de soin après l'hospitalisation est souvent détecté. Les traitements sont mal pris par les patients à cause d'une mauvaise observance de leur part mais aussi en raison des effets indésirables provoqués par les médicaments.

Le pharmacien d'officine peut jouer un rôle majeur dans la prise en charge de ces maladies, c'est un professionnel de santé proche de ses patients. Les patients se rendent tous les mois en officine pour le renouvellement de leurs traitements. Malheureusement pour aider les patients de façon optimale, les pharmaciens manquent souvent de connaissances sur ces maladies limitant leurs conseils au comptoir. Ainsi, il serait intéressant de développer des outils de partage d'informations entre l'hôpital et la ville afin de leur apporter les notions importantes sur les pathologies et les patients.

De nos jours, ce type d'outil existe à l'officine pour d'autres pathologies. Par exemple, des expérimentations sont en place permettant un lien hôpital – ville dans la prise en charge du cancer. Grâce à ce type d'outils les patients sont mieux accompagnés dès la fin de leur hospitalisation et des erreurs médicales (ou pharmaceutiques) sont évitées.

L'optique de cette thèse est de réaliser l'étude préliminaire à la mise en place de ce type de lien. Dans ce but, un questionnaire relatif aux pathologies évoquées ci-dessus, à leur prise en charge et aux conseils apportés a été élaboré et envoyé aux officines de la région Limousin. Cette enquête CAP ayant pour but d'interroger les pharmaciens sur leurs connaissances et de questionner leur intérêt concernant l'évolution du lien hôpital – ville. Les résultats de l'enquête exposée ci-dessous ouvrent des perspectives quant à l'avenir de relations entre médecins hospitaliers et pharmaciens d'officine et à la prise en charge des patients se présentant au comptoir.

I. Généralités

I.1. Maladie de Horton

I.1.1. Définition

La maladie de Horton également appelée artérite à cellules géantes (ACG) est une pathologie auto-immune chronique de type vascularite (1). Les vascularites sont des maladies auto-immunes rares entraînant une inflammation de la paroi des vaisseaux sanguins (2). Cette pathologie inflammatoire touche les artères de gros et moyen calibre et préférentiellement l'artère carotide externe et l'artère temporale (1).

I.1.2. Epidémiologie et étiologie

La maladie de Horton touche majoritairement les femmes. Elle apparaît après 50 ans mais son âge moyen de survenue est de 75 ans. C'est une maladie rare. Son incidence au sein de la population générale est de 9 pour 100 000 habitants mais elle augmente avec l'âge. De nos jours, cette incidence croît avec l'augmentation du vieillissement de la population.

L'étiologie de la maladie de Horton n'est pas bien connue. Il semblerait que des mécanismes auto-immuns soient en cause et que possiblement un facteur déclenchant infectieux et des facteurs génétiques jouent un rôle mais rien n'est encore confirmé (1).

I.1.3. Manifestations cliniques

Les premiers symptômes de la maladie de Horton sont très variables d'une personne à une autre. Chez certains patients, les manifestations cliniques vont être très caractéristiques de la pathologie alors que chez d'autres, les signes seront moins spécifiques entraînant plus de difficultés pour poser un diagnostic. La maladie de Horton peut apparaître de manière brutale ou progressive.

Plusieurs types de symptômes sont observables dans cette pathologie. Les principaux sont : des signes céphaliques, une atteinte ophtalmologique, une atteinte artérielle ainsi que des signes généraux.

Les signes céphaliques sont majoritairement définis par des céphalées au niveau occipital, frontal ou temporal. Cependant, une hyperesthésie du cuir chevelu et une claudication de la mâchoire peuvent également être observées (3).

L'atteinte ophtalmologique se caractérise par des troubles visuels pouvant entraîner une vision trouble, un dédoublement de la vision ou encore une perte partielle ou totale de la vision. Ces signes sont due à l'inflammation et au rétrécissement des artères irriguant l'œil (3).

L'atteinte des artères se manifeste visuellement par un gonflement de ces dernières (3).

Les signes généraux, tel que l'amaigrissement, l'asthénie, la fièvre ne sont pas spécifiques de la maladie mais ils représentent le principal motif de consultation (1).

D'autres manifestations moins caractéristiques de la maladie peuvent également survenir : des douleurs articulaires, une atteinte neurologique ou encore une atteinte pulmonaire (3).

I.1.4. Diagnostic

Le diagnostic se fait sur un ensemble de signes cliniques et biologiques. Les premiers signes ne sont pas toujours très évocateurs, ils sont peu spécifiques de la maladie de Horton. Elle ne se manifeste pas de la même façon chez tous les patients. De nos jours, cette pathologie ne peut être prévenue ou dépistée avant son apparition (3).

Le médecin généraliste joue un rôle important dans le diagnostic de cette pathologie car c'est lui que les patients vont consulter en premier lieu. C'est pourquoi il doit avoir en tête le tableau clinique de la maladie de Horton afin de pouvoir orienter les patients en cas de suspicion de la pathologie vers des spécialistes (1).

Au niveau biologique, il est seulement intéressant de doser la protéine C réactive (CRP) et la vitesse de sédimentation (VS) qui sont 2 marqueurs de l'inflammation. Dans la maladie de Horton, il y aura une augmentation de ces derniers car il s'agit d'un syndrome inflammatoire. Dans certains cas, d'autres tests biologiques comme une recherche d'ANCA (anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles) peuvent être réalisés afin d'éliminer des diagnostics différentiels de la maladie de Horton (1).

La biopsie de l'artère temporale (BAT) est l'examen de référence permettant de confirmer une maladie de Horton. Cet examen, s'il est positif, montre qu'il y a une infiltration de la paroi artérielle par des cellules inflammatoires de grandes tailles d'où le nom « artérite à cellules géantes ». Cependant, si cet examen est négatif, il ne faut pas exclure dans tous les cas la possibilité d'une artérite temporale (3).

Une échographie-Doppler des artères temporales peut également être réalisée en substitution de la biopsie de l'artère temporale. Elle est non-invasive et montre, en cas de maladie de Horton, un halo dû à l'œdème de la paroi artérielle (1).

I.1.5. Prise en charge

Pour que la prise en charge de la maladie de Horton soit la plus optimale possible, il y a une urgence thérapeutique. Le traitement doit être commencé le plus rapidement possible, parfois même avant la confirmation du diagnostic afin d'éviter des complications ischémiques céphaliques telle que la cécité définitive provoquée par une névrite optique ischémique antérieure aiguë par exemple. Les corticoïdes et le tocilizumab par voie sous-cutanée (SC) sont les seules molécules à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour traiter la maladie de Horton. D'autres médicaments comme le méthotrexate ou encore le tocilizumab par voie intra-veineuse (IV) peuvent être prescrits mais ils seront utilisés dans ce cas-là en hors AMM (1). Il n'y a pas de modification de l'espérance de vie pour les patients pris en charge pour la maladie de Horton (4).

I.1.5.1. Corticothérapie

Le traitement de référence de la maladie de Horton est basé sur une corticothérapie orale au long cours. La prednisone est la molécule généralement prescrite du fait de son action courte. La corticothérapie se déroule en plusieurs étapes : le traitement d'attaque, le traitement d'entretien et pour finir le sevrage si possible (1).

I.1.5.1.1. Traitement d'attaque

La corticothérapie débute par un traitement d'attaque (traitement destiné à obtenir un effet rapide grâce à des doses élevées) de 2 à 4 semaines avec des doses de prednisone généralement de 0,7 mg/kg/j si la maladie est non compliquée. La posologie est propre à chaque patient et dépend du tableau clinique et de la sévérité de la pathologie. Lorsqu'il y a une atteinte ophtalmique, la dose de prednisone peut être augmentée à 1 mg/kg/j et peut être associée également à des bolus IV (administration du médicament à des doses élevées sur une période courte pour obtenir une réponse thérapeutique rapide) pendant 1 à 3 jours. Les effets du traitement sont assez rapides et peuvent être remarqués au bout de quelques heures à quelques jours. Ce traitement d'attaque doit être débuté le plus tôt possible, dès que la maladie de Horton est suspectée, et même avant les résultats du diagnostic pour diminuer le risque de cécité s'il y en a un. Une surveillance étroite du traitement doit être faite afin de vérifier son efficacité. Une diminution des symptômes et une normalisation de la CRP doivent être perceptible (1,5).

I.1.5.1.2. Traitement d'entretien

Lorsque la VS est normalisée, une décroissance des corticoïdes par paliers est entamée. L'objectif de cette dernière est d'atteindre un dosage de 5 mg par jour de prednisone (1). La décroissance peut être plus ou moins rapide selon l'état du patient. Le traitement d'entretien a pour but de réduire les doses des corticoïdes pour limiter les effets indésirables de ces derniers, tout en contrôlant la maladie. Une surveillance étroite des signes cliniques et biologiques est faite pour éviter une rechute de la maladie (5).

I.1.5.1.3. Sevrage

A partir du seuil de 5 mg par jour de prednisone on entame une phase dite de sevrage (1). L'arrêt de la corticothérapie doit être systématiquement essayée lorsque les symptômes ont disparu depuis plusieurs semaines. Un suivi clinique et biologique rigoureux devra être mis en place afin de surveiller toute rechute. La diminution des corticoïdes se fera par palier de 1mg tous les 1 ou 2 mois (5).

I.1.5.2. Traitements adjuvants

Les traitements adjuvants sont des médicaments administrés en plus du traitement de première intention. Le tocilizumab et le méthotrexate sont 2 traitements adjuvants de la maladie de Horton. Ce sont également des traitements dits d'épargne cortisonique. Ils permettent de faire baisser la dose de corticoïdes.

Le tocilizumab est un anticorps monoclonal humanisé dirigé contre le récepteur de l'interleukine (IL) 6 (6). Le méthotrexate est un traitement immunosuppresseur. Ces 2 molécules sont indiquées dans la maladie de Horton en cas de plusieurs rechutes associées à une mauvaise tolérance de la corticothérapie ou en cas de cortico-dépendance. Le tocilizumab aurait un effet d'épargne cortisonique supérieur à celui du méthotrexate. Ce sont des traitements adjuvants, ils seront administrés en plus de la corticothérapie. Le méthotrexate étant utilisé hors AMM dans la maladie de Horton, sa prescription doit être justifiée (1).

I.1.6. Suivi

Le suivi permet de contrôler l'évolution de la maladie, la tolérance et l'efficacité du traitement, l'observance du patient et de détecter une éventuelle rechute. Au début, le suivi est rapproché, il est mensuel, ensuite, il passe à tous les 3 à 6 mois puis il devient de plus en plus espacé. Le rythme du suivi est propre à chaque patient et dépend de plusieurs facteurs : évolution de la maladie, tolérance du traitement. Il peut être effectué en coordination avec le médecin spécialiste et le médecin généraliste. D'autres professionnels de santé peuvent également être impliqués dans le suivi de la pathologie tel que : kinésithérapeute, pharmacien(ne), diététicien(ne), etc. (1).

I.1.6.1. Evolution de la maladie

La surveillance biologique et clinique de la pathologie est importante pour surveiller son évolution et déceler toutes rechutes. La surveillance clinique permet de s'assurer que les symptômes régressent. Le suivi biologique consiste à doser régulièrement les marqueurs de l'inflammation qui doivent diminuer puis revenir à la normale sous l'effet du traitement (1).

I.1.6.2. Traitement

Les rendez-vous de suivi permettent également de surveiller le traitement : tolérance, effets indésirables, décroissances des corticoïdes, efficacité et observance.

Sous corticothérapie, les effets indésirables sont nombreux et fréquents. Ils doivent être surveillés et prévenus autant que possible pour préserver au mieux la qualité de vie du patient. Le traitement étant de longue durée, il est important de rappeler au patient l'importance de sa prise régulière. Le protocole de décroissance des corticoïdes est également une étape qui doit être surveillée. Il doit être rigoureusement respecté par les patients. L'efficacité du traitement est aussi un point clé à suivre car cela pourrait être une perte de temps dans la prise en charge de la pathologie.

I.1.6.3. Rechutes de la maladie

Le suivi de la pathologie permet aussi de détecter précocement les rechutes qui sont généralement moins sévères que les symptômes initiaux et mieux maîtrisées. Lors de rechutes non compliquées, une augmentation des doses de corticoïdes, généralement au palier précédent efficace est souvent suffisant (1).

I.2. Lupus érythémateux systémique

I.2.1. Définition

Le Lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie chronique, auto-immune, systémique et inflammatoire qui produit des anticorps anti-nucléaires (AAN) dirigés contre l'ADN natif. C'est l'une des principales pathologies auto-immunes systémiques. Une maladie systémique signifie qu'elle affecte plusieurs systèmes et qu'elle est non spécifique à un organe. Le LES possède un important polymorphisme clinique, c'est-à-dire qu'il peut se présenter sous de nombreuses formes différentes rendant le diagnostic compliqué (7). Cette pathologie peut s'avérer grave en l'absence de traitement. Le LES est une maladie complexe dont la gravité de la pathologie dépend des organes touchés et de leur niveau de sévérité d'atteinte (8).

I.2.2. Epidémiologie et étiologie

Le Lupus érythémateux systémique touche majoritairement les femmes (9 fois sur 10) et en particulier celles en âge de procréer. Le Lupus peut également être diagnostiqué chez des enfants mais cela reste très rare. La prévalence du LES est de 41 pour 100 000 habitants en France (8).

Des dérèglements au niveau du fonctionnement du système immunitaire seraient à l'origine du LES cependant sa compréhension reste encore incomplète. Les mécanismes sont probablement multiples et différents d'un patient à un autre (9). Plusieurs facteurs pourraient également favoriser le développement de la pathologie : des facteurs génétiques, des facteurs immunologiques, des facteurs environnementaux (rayons UV, prise de certains médicaments, tabac, agents infectieux, etc.) et des facteurs endocriniens (prise d'œstrogènes, grossesse) (7).

Le LES est parfois associé à d'autres pathologies : un syndrome des anticorps antiphospholipides (maladie auto-immune caractérisée par la survenue de manifestations thromboemboliques et/ou la survenue de complications obstétricales), un syndrome de Sharp (maladie auto-immune s'attaquant aux tissus), un syndrome de Gougerot (maladie auto-immune responsable d'une sécheresse buccale et oculaire) ou encore une thyroïdite d'Hashimoto (inflammation auto-immune de la thyroïde) (8).

I.2.3. Manifestations cliniques

Le Lupus érythémateux systémique est une pathologie pouvant atteindre de nombreux systèmes et ayant de nombreux signes cliniques. L'expression des symptômes est variable d'une personne à une autre et évolue au cours de la maladie (10). L'apparition des symptômes peut se faire de manière progressive ou brutale suite à un déclenchement par un facteur tel que la grossesse, le soleil ou encore la prise de certains médicaments. Les symptômes du LES évoluent par poussées. Une poussée est l'apparition de nouveaux symptômes ou la réapparition et/ou l'amplification de symptômes déjà connus (7).

Les manifestations dermatologiques sont très fréquentes (environ 80 % des patients). Elles sont prédominantes au niveau des zones exposées au soleil à cause de leur photosensibilité.

La plus caractéristique d'entre elle est une rougeur du visage localisée au niveau des zones exposées (joues et nez) dite « en forme de masque de loup » (8).

Les manifestations rhumatologiques sont également très fréquentes et marquent souvent le début de la pathologie. Elles peuvent se présenter sous forme d'arthralgie, d'arthrite, d'ostéoporose, d'ostéonécrose, de myalgie ou de fibromyalgie (7).

Les manifestations rénales sont très surveillées du fait qu'elles sont souvent asymptomatiques. L'atteinte rénale est majoritairement détectée au cours d'une analyse biologique des urines avec comme anomalie une protéinurie (présence anormale de protéine dans les urines), une hématurie (présence anormale de sang dans les urines) ou une leucocyturie (présence anormale de globules blancs dans les urines) (8). Elles sont très surveillées car elles peuvent influencer le pronostic vital du patient (11).

Les manifestations cardiaques sont essentiellement exprimées par une péricardite (inflammation du péricarde, tunique enveloppant le cœur) pouvant se ressentir par des douleurs thoraciques (7,10).

Des atteintes vasculaires peuvent être observées avec un phénomène de Raynaud dû à une mauvaise circulation au niveau de l'extrémité des doigts et des orteils. Une hypertension artérielle et des thromboses peuvent également survenir (10).

Les manifestations respiratoires peuvent faire partie d'un des premiers signes de la maladie. Elles sont marquées par une atteinte pleurale pouvant causer une douleur thoracique, des difficultés respiratoires et une toux sèche (8).

Les manifestations neuropsychiatriques regroupent les signes neurologiques et les signes psychiatriques. Parmi les symptômes neurologiques sont observés des crises épileptiques (15 %), des manifestations focales (altération neurologique d'une région du corps), des troubles de la mémoire et cognitifs. Les symptômes psychiatriques sont définis par des troubles de l'humeur, un syndrome hallucinatoire, confusionnel et/ou délirant (8).

Les manifestations hématologiques se définissent par la baisse d'une ou plusieurs lignées cellulaires ayant pour mécanisme la présence d'auto-anticorps (8). Les plus fréquentes sont l'anémie (diminution de l'hémoglobine dans le sang), la leucopénie (diminution des globules blancs dans le sang) et la thrombopénie (diminution du taux de plaquettes dans le sang) (10).

Des signes hépato-gastro-entérologiques peuvent également être observées mais elles ne sont pas spécifiques de la maladie. Elles peuvent être la conséquence du traitement. Le signe le plus caractéristique est la péritonite lupique mais elle est rare (7).

Les manifestations ophtalmologiques sont rares mais existent. Elles s'expriment sous forme de rétinite ou de neuropathie optique essentiellement (7).

Parmi toutes ces manifestations cliniques, des signes généraux tels que la fièvre, l'asthénie, l'amaigrissement sont très fréquents mais ne sont pas spécifiques de la pathologie (7).

I.2.4. Diagnostic

Le Lupus érythémateux systémique n'est pas facile à diagnostiquer, cela se fait sur un ensemble d'arguments cliniques et biologiques. Le diagnostic dépend des atteintes du patient, il ne sera pas forcément le même pour tous.

Le diagnostic commence par un interrogatoire reprenant les antécédents personnels et familiaux du patient avec l'élaboration d'un arbre généalogique. Cette étape sera commune à tous les patients.

Au niveau biologique, une augmentation de la CRP et de la vitesse de sédimentation sont perceptibles (11).

Le diagnostic se base également sur la classification de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1982 et mise à jour en 1997. C'est la classification de référence permettant de différencier les patients atteints du LES de ceux atteints d'une autre pathologie inflammatoire systémique. Lorsqu'au moins 4 des 11 critères de la classification sont présents cela permet d'évoquer la présence d'un Lupus érythémateux systémique. (8).

1. Rash malaire ;
2. Lupus discoïde ;
3. Photosensibilité ;
4. Ulcérations orales ou nasopharyngées ;
5. Arthrites non érosives touchant au moins 2 articulations périphériques, caractérisées par une douleur, un gonflement ou un épanchement ;
6. Pleurésie ou péricardite ;
7. Protéinurie persistante > 0,5 g/jour ou cylindrurie ;
8. Convulsions ou psychose (en l'absence de cause médicamenteuse ou métabolique) ;
9. Atteinte hématologique :
 - Anémie hémolytique, ou
 - Leucopénie < 4 000/ μ l constatée à 2 reprises, ou
 - Lymphopénie < 1 500/ μ l constatée à 2 reprises, ou
 - Thrombopénie < 100 000/ μ l, en l'absence de drogues cytopéniantes ;
10. Titre anormal d'anticorps antinucléaires par immunofluorescence (en l'absence de drogues inductrices) ;
11. Perturbations immunologiques :
 - Titre anormal d'anticorps anti-ADN natif, anticorps anti-Sm, ou présence d'anticorps antiphospholipides : sérologie syphilitique dissociée constatée à 2 reprises en 6 mois ou anticoagulant circulant de type lupique ou titre anormal d'anticorps anti-cardiolipine en IgG ou IgM.

Figure 1 : Critères de classification de l'American College of Rheumatology du Lupus érythémateux systémique (8)

Outre l'interrogatoire et la classification de l'American College of Rheumatology, une recherche de différents anticorps est réalisée afin d'affiner le diagnostic. Parmi cela on retrouve principalement : les anticorps antinucléaire (AAN), les anticorps anti-ADN natif et les anticorps anti-antigène nucléaire soluble (7).

Selon les atteintes du patient, par exemple, une biopsie cutanée peut être réalisée s'il y a la présence de lésions cutanées, des radiographies peuvent être faites en cas d'atteinte articulaire, etc.

D'autres examens peuvent aussi être faits pour éliminer des diagnostics différentiels comme la recherche d'anticorps antiprotéines citrulinées présents en cas de polyarthrite rhumatoïde. Selon le contexte, des examens complémentaires sont également réalisés pour rechercher

une maladie auto-immune associée comme le dosage de la TSH par exemple pour rechercher une thyroïdite d'Hashimoto (8).

I.2.5. Prise en charge

Le Lupus érythémateux systémique est une maladie chronique qui est donc non curable, cependant, le pronostic vital est largement amélioré grâce aux progrès de la prise en charge. Les différents traitements ne seront pas curatifs mais auront pour but de préserver la qualité de vie du patient, d'atténuer les symptômes, de limiter l'évolution de la pathologie et de prévenir les poussées. La stratégie thérapeutique est propre à chaque patient et dépendra de la gravité de la pathologie et des organes atteints. Les principales classes médicamenteuses utilisées dans la prise en charge du LES sont : les antipaludéens, les anti-inflammatoires et les immunosuppresseurs (7,8).

I.2.5.1. Antipaludéens

Les antipaludéens sont utilisés dans la prise en charge du Lupus érythémateux systémique comme traitement de fond afin de prévenir au mieux les poussées. Ils agissent sur le système immunitaire et ont l'avantage de provoquer moins d'effets indésirables que les corticoïdes mais leur délai d'action est un peu plus long (6 à 8 semaines) (11). Les 2 molécules utilisées sont : l'hydroxychloroquine et la chloroquine. Les antipaludéens sont très efficaces pour les atteintes articulaires et cutanées (7,12).

L'hydroxychloroquine est majoritairement plus utilisée que la chloroquine. Avant d'initier un traitement par hydroxychloroquine, un examen ophtalmologique doit être réalisé afin de rechercher toutes éventuelles rétinopathies pouvant contre-indiquer sa prescription. La dose usuelle d'hydroxychloroquine est de 400 mg par jour (8). Cette molécule peut être utilisée pendant la grossesse ce qui représente un avantage majeur pour les femmes (13).

La chloroquine, plus rarement utilisée, est indiquée en cas d'intolérance ou d'inefficacité à l'hydroxychloroquine (12).

I.2.5.2. Anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires sont également très utilisés dans la prise en charge du Lupus érythémateux systémique. Ils sont dissociés en 2 groupes : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS).

Les AINS sont faiblement utilisés dans le LES. Ils peuvent soulager les douleurs articulaires mais ils sont très souvent insuffisants. De plus, le Lupus érythémateux systémique peut provoquer des atteintes rénales pouvant être aggravées par ces derniers. Ils sont donc très souvent contre-indiqués (10).

Les anti-inflammatoires stéroïdiens également appelés corticoïdes sont très employés dans la prise en charge de cette pathologie. Ils sont très efficaces mais ils ont l'inconvénient de provoquer de nombreux effets indésirables. Leur posologie doit donc être dans la mesure du possible à la dose efficace la plus faible possible pour limiter ces derniers (12). Cependant, la posologie dépend de la gravité de la maladie et doit parfois être élevée dans les cas sévères

et être administrée en bolus par voie intra-veineuse pendant les premiers jours du traitement pour réduire au maximum l'inflammation et les symptômes. Une fois la maladie stabilisée, une dégression des corticoïdes peut être envisagée afin de limiter les complications liées au traitement (10).

Les corticoïdes peuvent également être utilisés localement sur les atteintes cutanées (8).

I.2.5.3. Immunosuppresseurs

Les immunosuppresseurs sont des traitements agissant sur le système immunitaire en supprimant ou diminuant les réactions immunitaires de l'organisme.

Dans le traitement du Lupus érythémateux systémique, plusieurs molécules immunosuppressives sont utilisées. Les principales sont : l'azathioprine, la cyclophosphamide, le méthotrexate et le mycophénolate mofétil (12).

L'azathioprine est un traitement adjuvant dans le LES. Elle est prescrite en association des corticoïdes en cas de gravité moyenne de la pathologie. Cette molécule a un effet d'épargne cortisonique. Elle a également l'avantage de ne pas être tératogène par rapport aux autres immunosuppresseurs pouvant être utilisés. L'azathioprine peut donc être utilisée pendant la grossesse (6,9).

Le cyclophosphamide est employé dans le traitement du Lupus érythémateux systémique sévère avec un risque vital notamment en cas d'atteinte rénale ou cardiaque. Il est également utilisé en association aux corticoïdes (7,13).

Le méthotrexate est un immunosuppresseur utilisé à faible dose (15 à 20 mg par semaine) jouant un rôle sur les manifestations articulaires et cutanées. Il joue également un rôle d'épargne cortisonique. Le méthotrexate est prescrit en deuxième intention lorsqu'il y a échec des antipaludéens (12).

Le mycophénolate mofétil appartient aussi à la classe des immunosuppresseurs et est utilisé dans les formes graves du Lupus érythémateux disséminé notamment lors d'atteinte rénale. Il est employé en alternative au cyclophosphamide (7).

I.2.6. Suivi

Le suivi, comme pour la maladie de Horton, aura pour but de surveiller l'évolution de la pathologie, de dépister de nouvelles atteintes, d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement. Le suivi se fait généralement en coordination avec le médecin traitant. Cependant, d'autres professionnels de santé peuvent intervenir comme le kinésithérapeute.

La fréquence du suivi est adaptée à chaque patient et tient compte de l'état clinique, de la sévérité et de l'évolution de la maladie et du traitement mis en place. Le suivi peut être de tous les mois en cas d'évolution de la pathologie à tous les ans en période de quiescence (8).

Ce qui va être différent de la maladie de Horton dans le suivi, ce sont les poussées.

I.2.6.1. Poussées

Les consultations de suivi permettront de détecter les périodes de poussées afin de les prendre en charge au plus vite. En cas de poussées, il est nécessaire de rechercher le facteur qui aurait pu déclencher cette dernière (11).

I.3. Principaux effets indésirables des corticoïdes

Les corticoïdes sont les principaux traitements utilisés dans ces 2 maladies chroniques auto-immunes : la maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique. Ce sont des médicaments généralement très efficaces mais leur utilisation au long cours entraîne de nombreux effets indésirables qu'il est nécessaire de surveiller et prévenir. Ces derniers sont dépendants de la dose et de la durée du traitement. Les effets indésirables induits par les corticoïdes peuvent être : une hypertension, une hypokaliémie, des troubles du sommeil et de l'humeur, de l'ostéoporose, un diabète cortico-induit, une rétention hydrosodée, une augmentation du risque infectieux, des troubles digestifs, etc. Ces effets sont réversibles et peuvent disparaître avec la diminution des doses de corticoïdes. Certains peuvent être prévenus ou atténués par des mesures préventives (3).

I.3.1. Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie osseuse caractérisée par une diminution de la densité osseuse ce qui fragilise les os et augmente le risque de fractures (14). Les corticoïdes ont un effet sur les os. Ils agissent sur les ostéoblastes ce qui entraîne une diminution de la formation de l'os et ils vont également jouer un rôle sur la résorption de l'os. Tout cela va fragiliser les os (15).

Pour prévenir l'ostéoporose cortisonique, il est recommandé de prescrire un traitement anti-ostéoporotique tel que des bisphosphonates (risédronate, acide zolédronique) ou du téraparatide. Ce traitement est indiqué en cas de corticothérapie pendant une période supérieure à 3 mois à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg par jour chez des hommes de plus de 50 ans et des femmes ménopausées. Une supplémentation en vitamine D doit également être prescrite. En revanche, la supplémentation en calcium n'est pas systématiquement prescrite si les apports par l'alimentation sont suffisants.

Pour limiter l'ostéoporose, il est également recommandé de pratiquer une activité physique régulière, de réduire la consommation d'alcool et pour les fumeurs d'arrêter de fumer (1).

I.3.2. Risque infectieux

Les corticoïdes ont un effet immunosuppresseur diminuant l'immunité et augmentant le risque d'infection des patients. Certaines infections peuvent être prévenues par la vaccination ou des traitements anti-infectieux prophylactiques. Par exemple, les infections invasives à pneumocoque ou encore la grippe pourront être prévenues par la vaccination (1). D'autres mesures peuvent être mises en place comme le lavage des mains réguliers, l'éviction de personnes pouvant contaminer le patient. Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués en raison du risque de développer une maladie vaccinale lorsque la corticothérapie est prolongée. Cette contre-indication est absolue avec une dose de corticoïde supérieure à 10

mg par jour. Cependant, dans certains cas le rapport bénéfice-risque s'étudie comme par exemple pour le vaccin contre la fièvre jaune si la dose de corticoïde est plus faible (8).

I.3.3. Effets métaboliques

Les corticoïdes ont un effet sur le métabolisme glucidique, lipidique et hydroélectrolytique. Ils sont hyperglycémisants. Leur prise entraîne fréquemment un diabète nommé cortico-induit. Au niveau du métabolisme lipidique, les corticoïdes entraînent une augmentation du taux de cholestérol et des triglycérides dans le sang. Les troubles hydroélectrolytiques causés par les corticoïdes peuvent provoquer une hypokaliémie et une rétention hydrosodée entraînant une prise de poids. Cela peut avoir des conséquences au niveau cardio-vasculaire (16). Pour limiter ces effets indésirables, un(e) diététicien(ne) peut intervenir pour mettre en place un régime alimentaire adapté en apports caloriques, glucidiques et sodés. La surveillance biologique et clinique sera importante, il est nécessaire d'être vigilant à une prise ou perte de poids, une rétention hydrosodée ou encore une hypokaliémie (1).

I.4. Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément clé faisant aussi partie de la prise en charge de la pathologie. C'est un processus permettant d'aider les patients à vivre au mieux avec leur pathologie chronique en renforçant leurs compétences sur le sujet (17).

En dehors des connaissances sur la maladie, l'éducation thérapeutique du patient est similaire pour ses 2 pathologies (maladie de Horton et Lupus érythémateux systémique) ayant de nombreux points communs notamment avec la prise de corticoïdes. Cette dernière pose souvent des problèmes liés aux effets indésirables et à la mauvaise observance des patients.

L'éducation thérapeutique du patient peut avoir lieu lors des hospitalisations ou en ambulatoire en suivant un programme mais elle peut également avoir lieu à l'officine lors de la délivrance des traitements ou d'un rendez-vous. Les pharmaciens d'officines peuvent jouer un rôle majeur dans cette étape de la prise en charge de ces pathologies. C'est un professionnel de santé proche des patients, ils vont le voir régulièrement pour le renouvellement de leur traitement.

I.4.1. Objectifs

L'ETP va avoir plusieurs objectifs :

- Apporter des connaissances sur la maladie, les symptômes et les traitements,
- Connaître les effets indésirables du traitement,
- Définir les risques en cas d'arrêt de traitement,
- Sensibiliser à la nocivité du tabac et à la vaccination,
- Sensibiliser à l'exposition solaire dans le cadre du Lupus érythémateux systémique,
- Apporter des informations hygiéno-diététiques,
- Encourager à la pratique d'activités physiques (8).

I.4.2. Modalités de prise des corticoïdes

Le pharmacien pourra réexpliquer au patient lors de la délivrance de son ordonnance le rôle de chacun des médicaments, lesquels sont pour la maladie et ceux qui sont pour pallier aux effets indésirables du traitement.

Dans le traitement de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique, les corticoïdes sont généralement utilisés sur des durées prolongées. De nombreux conseils sur la prise seront à donner aux patients.

Les corticoïdes sont des médicaments à prendre le matin, ils ont un effet excitateur et pourraient être responsables de troubles du sommeil. Il est également préférable de les prendre au cours d'un repas pour éviter les effets indésirables digestifs même si les corticoïdes sont plutôt bien tolérés par rapport aux AINS. De plus, une corticothérapie ne doit jamais s'arrêter brutalement sans l'avis d'un médecin cela pourrait avoir des conséquences néfastes et notamment entraîner une insuffisance surrénalienne (16).

Le patient devra être également être informé des nombreux effets indésirables que peuvent causer les corticoïdes et comment ils peuvent être prévenus comme il a été vu précédemment.

I.4.3. Mesures hygiéno-diététiques

Associés à une bonne prise des corticoïdes, des conseils hygiéno-diététiques doivent être appliqués. Les habitudes alimentaires devront être modifiées. La consommation de sel doit être diminuée en raison du risque de rétention hydrosodée mais elle peut être modifiée par des épices par exemple. Les corticoïdes étant hyperglycémiant, un régime pauvre en sucre devra également être adopté avec la diminution par exemple de la consommation de sodas, pâtisseries, sucreries, alcool, etc. Pour diminuer le risque d'ostéoporose induit par les corticoïdes, les apports en calcium et vitamine D doivent être suffisants. Ces derniers peuvent être amenés par les produits laitiers pour le calcium et par l'exposition solaire pour la vitamine D. L'alcool et le tabac sont également à proscrire car ils peuvent majorer le risque d'ostéoporose déjà favorisé par la prise des corticoïdes.

La modification du régime alimentaire pourra se faire avec l'aide d'un(e) diététicien(ne). En revanche, le pharmacien pourra jouer un rôle dans la prise en charge du sevrage tabagique (16).

I.4.4. Activité physique

Un autre point à aborder avec les patients est l'activité physique. Elle permet un contrôle du poids et de limiter l'atrophie musculaire provoquée par les corticoïdes. L'activité physique doit être adaptée à l'état du patient. Cela ne signifie pas forcément de pratiquer un sport, 30 minutes de marche par jour peuvent être suffisantes (16).

Les conseils du pharmacien d'officine restent tout de même limités sur la maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique de par leur faible niveau de connaissances sur les pathologies. Il semblerait intéressant de les impliquer dans la prise en charge, notamment lors de la délivrance du traitement à l'officine.

Les patients sont plus observants dès qu'ils comprennent leur pathologie, le rôle de chacun des médicaments, les risques, ect. C'est un outil complémentaire à la prise en charge médicamenteuse.

II. Etude

La maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique sont 2 maladies inflammatoires, auto-immunes et chroniques. Elles nécessitent un suivi régulier et un protocole de traitement à suivre rigoureusement. Ces 2 pathologies sont très souvent mal connues des pharmaciens d'officine. Ils ne peuvent donc pas accompagner les patients atteints de ces maladies comme il le faudrait. Des difficultés sont observées dans la continuité de la prise en charge en ville suite à une hospitalisation, notamment des problèmes d'observance et d'effets indésirables liés au traitement. Ces dernières engendrent parfois un arrêt du traitement avec ensuite une rechute de la maladie. Pour éviter cela, les pharmaciens ont également un rôle à jouer lors de la dispensation du traitement au comptoir (conseils, soutien, éducation thérapeutique, etc.).

Une étude sous forme d'enquête CAP a donc été réalisée pour interroger les officines du Limousin afin de faire un état des lieux sur la situation et d'en savoir un peu plus sur leur niveau de connaissance vis-à-vis de ces maladies, sur les attitudes et les pratiques adoptées au comptoir avec les patients ainsi qu'avoir un avis sur l'utilité d'un outil de partage d'informations entre la ville et l'hôpital.

Avant de réaliser cette étude, des recherches ont été faites sur l'existence d'un lien ville-hôpital pour la maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique. Il existe différentes méthodes : des lettres de sortie, des fiches de suivi entre l'hôpital et la ville, des appels, des conciliations de sortie, des communications par messagerie sécurisée. Ces dernières ont déjà été étudiées pour d'autres pathologies mais elles n'ont jamais été appliquées à la maladie de Horton et au Lupus érythémateux systémique.

II.1. Matériel et méthodes

II.1.1. Enquête CAP

Une enquête CAP est un type d'étude transversale permettant d'étudier 3 dimensions : Connaissances, Attitudes et Pratiques. La connaissance est le fait d'avoir des compétences dans un domaine. Elle se définit comme un ensemble de choses connues, autrement dit le savoir. L'attitude représente la manière à agir face à une situation, c'est-à-dire le savoir être. Cela correspond plutôt à une tendance. Et enfin, la pratique se définit comme un comportement ou une action pouvant être observable en réponse à une situation concrète c'est-à-dire le savoir-faire (18).

Une enquête CAP est une méthode quantitative ayant pour but d'interroger un échantillon permettant de mesurer un phénomène, de faire un diagnostic, de mettre en œuvre un projet par l'intermédiaire d'un questionnaire et l'analyse de ses résultats (18).

C'est un outil souvent utilisé dans le domaine de la santé permettant d'identifier un besoin d'une population cible (19). Une enquête CAP est essentiellement constituée de questions fermées et ne pourra donc pas faire ressortir d'autres problématiques que celles étudiées. Elle permet de confirmer une hypothèse ou non et d'essayer de trouver des solutions. C'est une méthode utile pour la mise en place d'un projet. L'enquête CAP permet de faire un état des lieux sur une situation actuelle ce qui va permettre de faire ressortir les points forts et faibles et d'essayer de trouver des solutions. L'avantage de ce type d'étude est qu'elle permet de recueillir un grand nombre de données en un seul questionnaire (18):

II.1.2. Objectifs

Avant de construire l'enquête CAP, il est important de définir ses objectifs. Ces derniers vont permettre de donner un sens à l'enquête et de bien identifier ce que l'on recherche. Les objectifs vont être construits à partir des questions que l'on se pose (18). Ils doivent être réalistes et pertinents. L'objectif principal est d'évaluer le niveau de connaissances et de déterminer les attitudes et les pratiques sur un sujet donné. Les autres objectifs de l'enquête CAP sont de faire ressortir un besoin et de résoudre ce problème identifié dans une situation donnée et de changer les mauvaises pratiques si cela est nécessaire (19).

Les objectifs de cette étude sur la maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique étaient au nombre de 3 :

- Évaluer le niveau de connaissances de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique dans les officines,
- Déterminer si les pharmaciens d'officine donnent les conseils adaptés aux patients et sur la pathologie en leur délivrant leur traitement,
- Avoir leur avis sur leur rôle à jouer dans la prise en charge de ces pathologies et sur l'utilité d'un outil renforçant le lien ville-hôpital.

II.1.3. Population cible

Pour constituer l'enquête CAP, il faut également définir une population cible. C'est un groupe de personnes défini sur lequel on souhaite faire une étude. Pour commencer, il faut identifier le type de personne que l'on veut voir répondre à l'enquête. Plusieurs critères peuvent rentrer en compte pour définir la population cible (âge, sexe, région, profession, etc.) (18).

Il existe 3 méthodes d'échantillonnage : aléatoire, stratifié et de convenance. Dans l'échantillonnage, aléatoire chaque sujet est sélectionné de façon hasardeuse parmi la population générale. La méthode de l'échantillonnage stratifié détermine les sujets selon des critères et un raisonnement. Et l'échantillonnage de convenance est l'inverse de l'échantillonnage aléatoire, ici les sujets sont sélectionnés selon leur pertinence (20).

Ensuite, il faut également définir la taille de l'échantillon pour qu'il soit le plus représentatif possible ainsi que le nombre minimum de répondants afin de pouvoir généraliser les résultats (18).

Dans cette étude, l'enquête CAP a été envoyée aux officines du Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse), c'est-à-dire environ 200 officines. Elle était essentiellement destinée aux pharmaciens mais les préparateurs et étudiants en pharmacie pouvaient également y répondre afin d'obtenir plus de réponses. Dans ce cas-là, c'est la méthode de l'échantillonnage de convenance qui a été utilisée. Pour cette enquête, le seuil minimal de réponse était fixé à 30 réponses, il y en a eu 42.

II.1.4. Elaboration du questionnaire

Une fois les objectifs de l'enquête définis et la population cible déterminée, le questionnaire peut être construit. C'est un outil structuré servant de support pour recueillir les données (18). Dans ce type d'étude, il y a essentiellement des questions fermées rendant plus facile l'analyse. Mais, il peut également y avoir quelques questions ouvertes permettant une réponse libre de la part des personnes interrogées. Pour élaborer les questions, il est nécessaire d'avoir toujours en tête les objectifs de l'enquête pour ne pas s'éloigner de ce que l'on cherche. Il est également important de commencer le questionnaire par une petite introduction pour présenter le sujet et donner les instructions pour sa réalisation afin qu'il soit fait dans les meilleures conditions (20).

Pour cette enquête CAP destinées aux officines du Limousin, le questionnaire était constitué de 4 parties. La première partie se composait de questions socio-démographiques pour en savoir un peu plus sur le répondant. Les 2 parties suivantes étaient respectivement sur la maladie de Horton et sur le Lupus érythémateux systémique. Ces dernières étaient construites sous la forme CAP c'est-à-dire avec des sous parties : Connaissances, Attitudes et Pratiques. Et enfin, la dernière partie portait sur l'avis des pharmaciens sur leur rôle à jouer dans la prise en charge de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique et l'utilité d'un outil de partage d'informations entre l'hôpital et les officines. Le questionnaire était constitué de 49 questions dont 2 questions ouvertes. (voir Annexe 1).

II.1.5. Déroulement de l'enquête

Avant de mener l'enquête, il faut déterminer la période et la durée pendant laquelle les données pourront être collectées et par quels moyens l'enquête sera proposée aux répondants. Dans la majorité des cas, les données sont recueillies par un enquêteur allant sur le terrain (20).

Dans ce cas-là, pour avoir un maximum de réponses sans trop perdre de temps le questionnaire a été envoyé par le biais de plusieurs sources : logiciel LGPI, liste de diffusion des pharmaciens agréés du Limousin par la faculté de pharmacie de Limoges. La durée initiale de diffusion de l'enquête prévue était de 3 mois.

Malheureusement, le questionnaire envoyé pendant une vague de COVID, les pharmaciens manquant de temps, il n'y a eu seulement que 12 réponses. Il a fallu trouver une solution pour avoir plus de réponses. Il a donc été décidé de rechercher les adresses mails de chaque officine du Limousin et de leur envoyer un mail personnellement. Cela a rallongé de 2 mois la durée de déroulement de l'enquête mais cette technique a permis d'arriver à un total de 42 réponses.

II.1.6. Recueil des données et analyse des résultats

Suite au déroulement de l'enquête, une saisie des données recueillies doit être faite afin de permettre par la suite de les analyser (18). L'interprétation des résultats permettra de faire le lien entre les objectifs de l'enquête et les réponses obtenues (20).

Le questionnaire a été envoyé sous forme de lien googledoc aux officines. Cela a permis de recueillir directement les données dessus. Ces dernières pouvaient également être transférées sur un tableur comme Excel par exemple pour ensuite faire une analyse. Elle aura pour but d'apporter des réponses aux objectifs définis au début (20).

II.2. Résultats

Les résultats de l'enquête vont être détaillés selon le plan du questionnaire. Pour commencer, il y aura une partie sur les caractéristiques sociodémographiques, puis les résultats de chaque pathologie seront décrits avec des sous parties sur les 3 dimensions (Connaissance, Attitudes et Pratiques). Et pour finir, une synthèse globale sera faite.

Selon la pertinence et l'importance de la question des points allant de 1 à 4 ont été attribués à chaque question des 2 parties sur les pathologies dans le but d'obtenir un score à la fin et de les comparer entre eux.

Lors de l'analyse, l'ensemble des répondants seront assimilés à des pharmaciens permettant une facilité sémantique.

Au niveau de la présentation des graphiques, les réponses correctes sont de couleur verte et les mauvaises réponses de couleur grise.

L'enquête CAP a été envoyée à environ 200 officines du Limousin pendant la période novembre 2021-mars 2022 avec un total de 42 réponses.

II.2.1. Caractéristiques de la population cible

Avant de répondre à l'enquête CAP, quelques renseignements socio-démographiques étaient demandés aux répondants. Parmi ces derniers, il y avait la profession, la date de naissance, l'année de diplôme, le département d'exercice et le type de clientèle de l'officine.

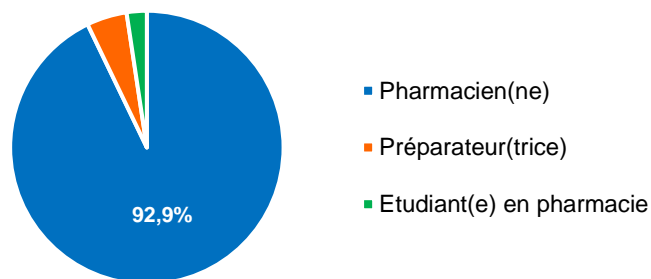


Figure 2 : Profession du répondant

A l'exception de 3 réponses, ce sont des pharmaciens(ne)s qui ont répondu à l'enquête. Il y a eu une réponse d'un(e) étudiant(e) en pharmacie et deux réponses de préparateurs(trices) en pharmacie.

Les pharmaciens répondant sont de tout âge (26 à 67 ans) et de toutes expériences, des jeunes diplômés à des plus expérimentés, avec des années de diplôme très variées (1970 à 2021). Cela va permettre de regarder si l'âge et l'année de diplôme ont un impact sur les résultats.

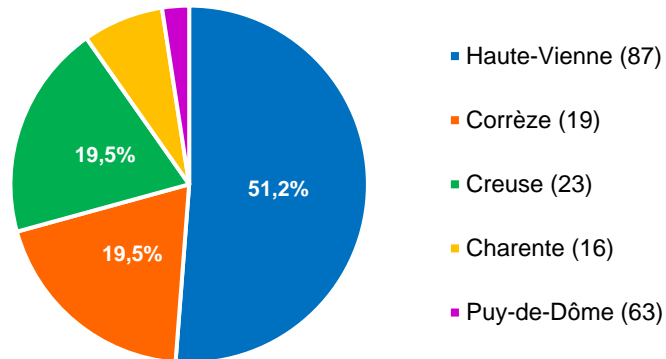


Figure 3 : Département de l'officine

Des pharmaciens d'officines des 3 départements du Limousin ont répondu à l'enquête : 51,2 % de Haute-Vienne, 19,5 % de Corrèze et de Creuse. A cela, il y a également eu des officines limitrophes au Limousin ayant reçu le questionnaire (Charente et Puy-de-Dôme) et représentant une part minimale des réponses soit 9,8 %.

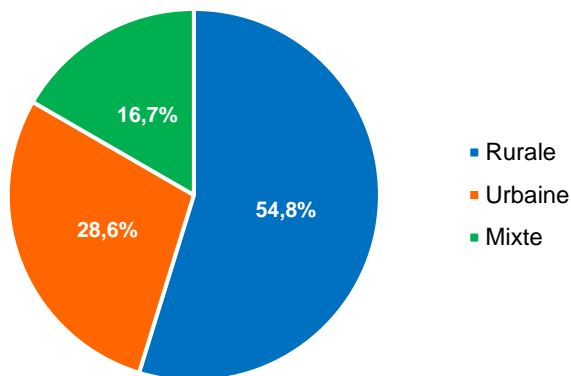


Figure 4 : Type de clientèle de l'officine

La majorité des pharmaciens interrogés ont une clientèle rurale (54,8 %), les autres officines ont une clientèle urbaine (28,6 %) ou mixte (16,7%).

II.2.2. Maladie de Horton

Dans la partie sur la maladie de Horton, il y avait 39 points répartis en 19 questions. Ces dernières étaient partagées en 8 questions de Connaissances, 4 questions d'Attitudes et 7 questions de Pratiques.

II.2.2.1. Connaissances

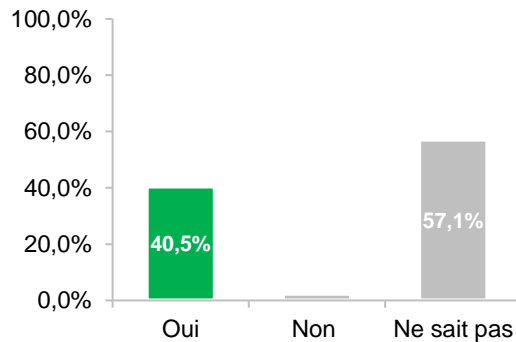


Figure 5 : La maladie de Horton également appelée Artérite à cellules géantes

Une proportion de 40,5 % des répondants sait que la maladie de Horton est également appelée artérite à cellules géantes.

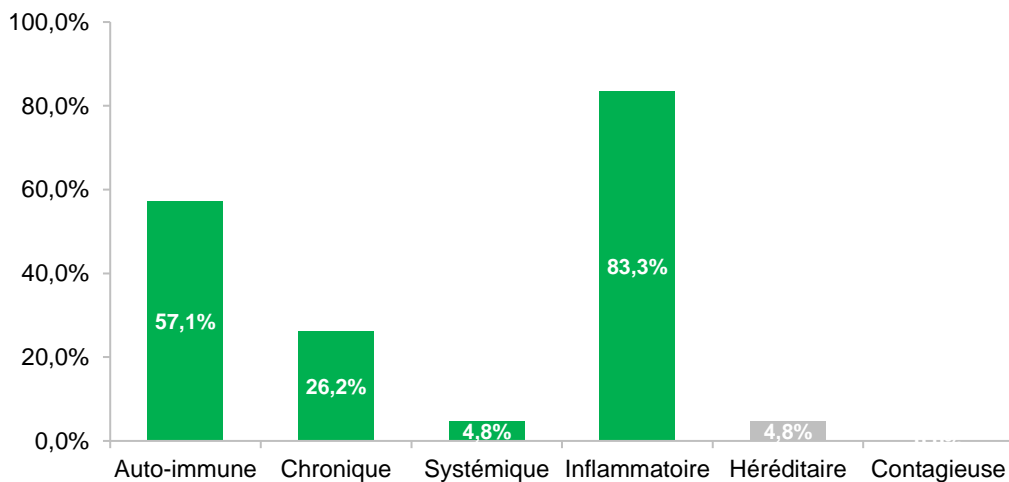


Figure 6 : Caractéristiques de la maladie de Horton

Aucun des interrogés n'a su caractériser parfaitement cette maladie. Plusieurs réponses étaient possibles : auto-immune, chronique, systémique, inflammatoire, héréditaire et contagieuse. Parmi les pharmaciens, 83,3 % savent que la maladie de Horton est une pathologie inflammatoire, 57,1 % auto-immune, 26,2 % chronique et seulement 2 % que cette pathologie est systémique. Les autres réponses étaient fausses.

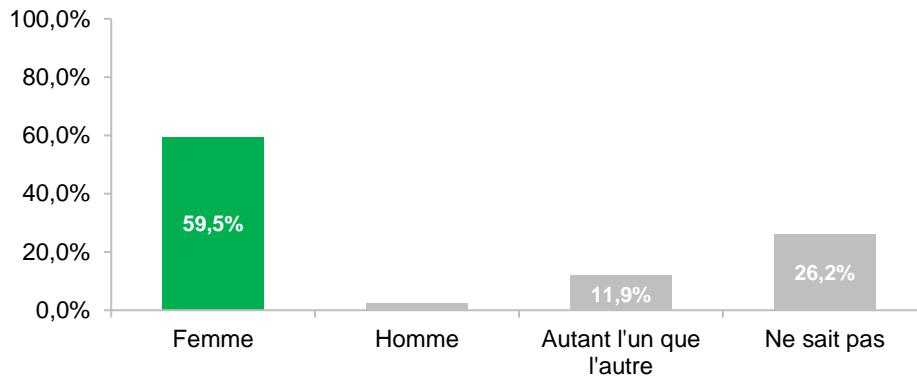


Figure 7 : Sexe le plus touché par la maladie de Horton

La majorité des répondants (59,5%) sait que le sexe le plus touché par la maladie de Horton sont les femmes.

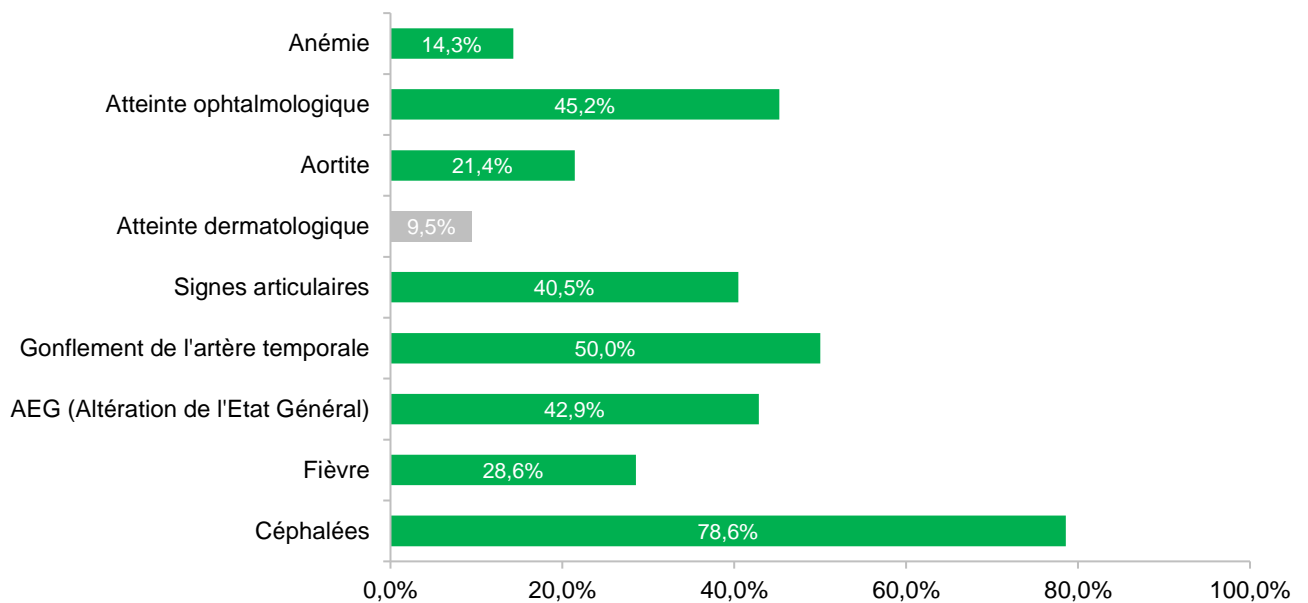


Figure 8 : Symptômes de la maladie de Horton

Une seule personne parmi tous les répondants a donné tous les symptômes de la maladie de Horton. Il y avait plusieurs réponses possibles : céphalées, fièvre, AEG (Altération de l'Etat Général), gonflement de l'artère temporale, signes articulaires, atteinte dermatologique, aortite, atteinte ophtalmique et anémie.

Parmi les interrogés, 78,6 % savent que la maladie de Horton peut provoquer des céphalées, 50 % un gonflement de l'artère temporale, 45,2 % une atteinte ophtalmique, 42,9 % une AEG, 40,5 % des signes articulaires, 28,6 % de la fièvre, 21,4 % une aortite et 14,3 % une anémie. L'atteinte dermatologique est une réponse fautive.

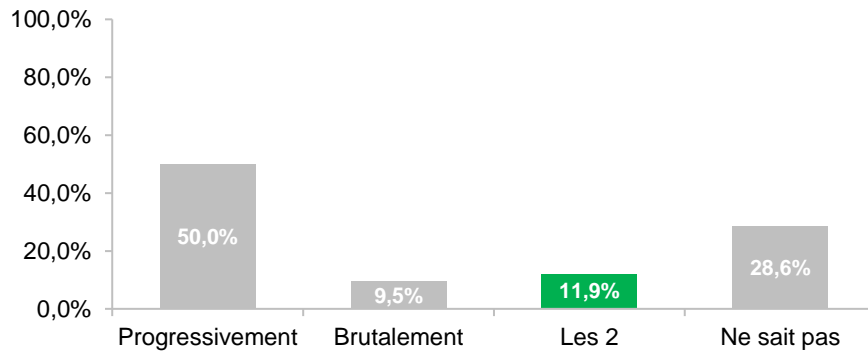


Figure 9 : Type d'apparition des symptômes de la maladie de Horton

Très peu des pharmaciens répondants (11,9 %) savent que les symptômes de cette pathologie peuvent apparaître de manière progressive ou brutale.

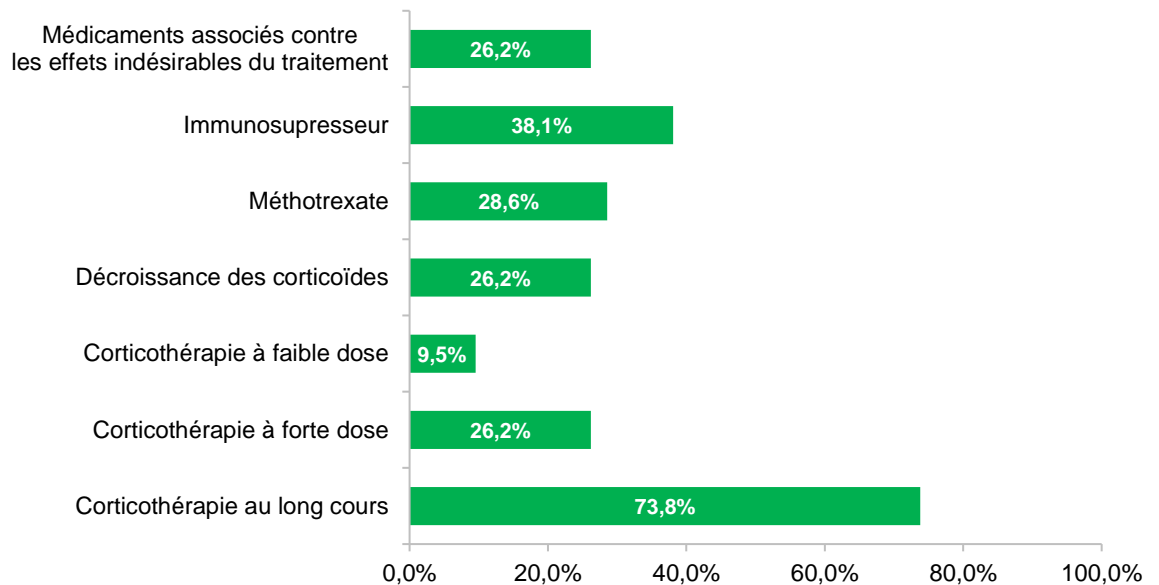


Figure 10 : Traitements de la maladie de Horton

Aucun des répondants n'a su tout ce que pouvait comporter le traitement de la maladie de Horton. Il y avait 6 réponses possibles : une corticothérapie au long cours, une corticothérapie à forte dose, une corticothérapie à faible dose, une décroissance des corticoïdes, un immunosuppresseur, des médicaments associés contre les effets indésirables du traitement. Toutes ces réponses étaient justes.

La majorité des répondants, 73,8 %, sait que le traitement peut comporter une corticothérapie au long cours, 38,1 % un immunosuppresseur, 28,6 % du méthotrexate, 26,2 % une corticothérapie à forte dose, une décroissance des corticoïdes et des médicaments associés contre les effets indésirables du traitement et seulement 9,5 % une corticothérapie à faible dose.

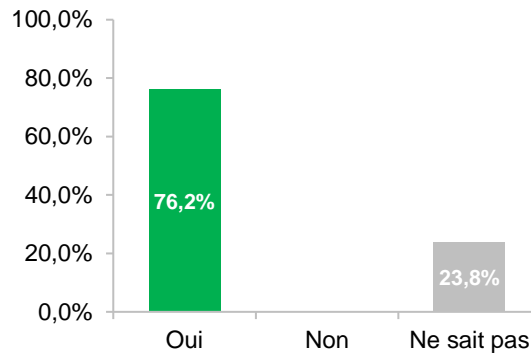


Figure 11 : Traitement de la maladie de Horton débuté rapidement

La plupart des interrogés (76,2 %) savent que le traitement doit débuter le plus rapidement possible.

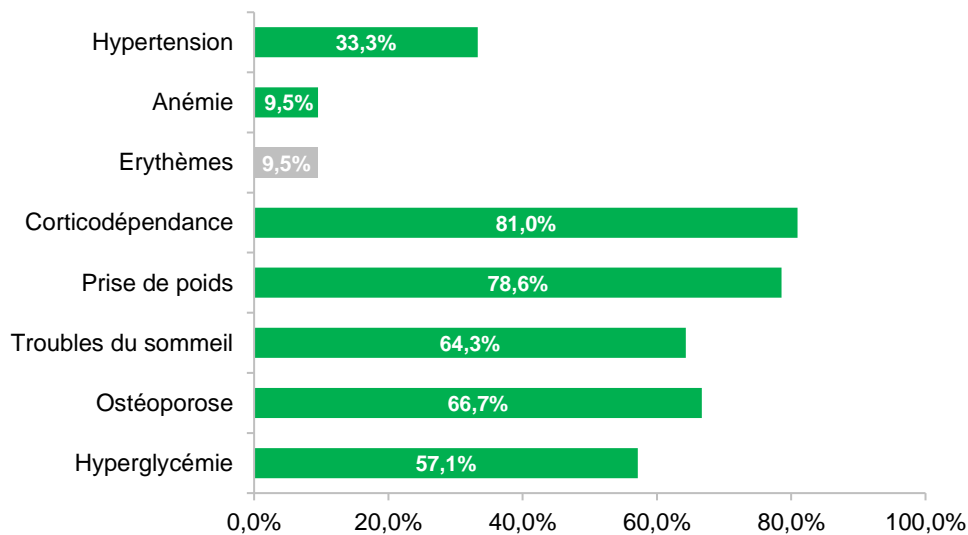


Figure 12 : Effets indésirables du traitement de la maladie de Horton

Personne ne connaît tous les effets indésirables proposés que peut induire le traitement de la maladie de Horton. Les réponses possibles étaient : hyperglycémie, ostéoporose, troubles du sommeil, prise de poids, corticodépendance, érythèmes, anémie et hypertension.

81 % des pharmaciens répondants savent que le traitement peut induire une corticodépendance, 78,6 % une prise de poids, 66,7 % de l'ostéoporose, 64,3 % des troubles du sommeil, 57,1 % une hyperglycémie, 33,3 % de l'hypertension et 9,5 % de l'anémie. Les érythèmes sont une réponse fautive.

II.2.2.2. Attitudes

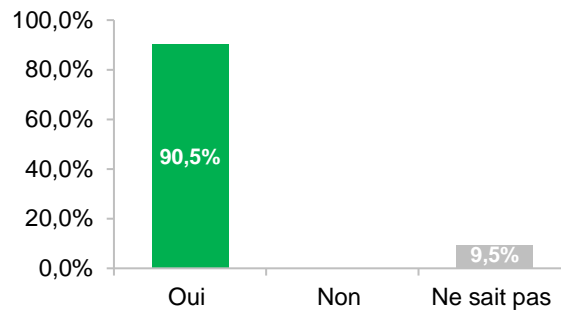


Figure 13 : Recommandation d'arrêter de fumer avec la maladie de Horton

La majeure partie des répondants (90,5 %) sait qu'il faut recommander aux patients fumeurs d'arrêter de fumer avec la maladie de Horton.

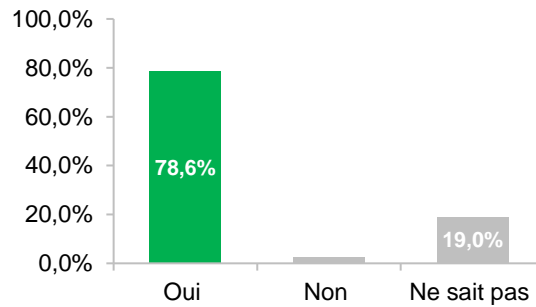


Figure 14 : Pratique d'activité physique avec la maladie de Horton

Le plus grand nombre des interrogés (78,6 %) sait qu'un patient atteint de la maladie de Horton peut pratiquer une activité physique.

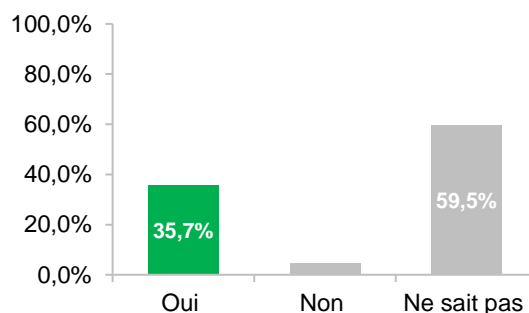


Figure 15 : Envisager une grossesse avec la maladie de Horton

La majorité des pharmaciens répondants (59,5 %) ne sait pas qu'il est possible d'envisager une grossesse en étant atteint de la maladie de Horton. Cette affirmation est à nuancer car les patientes atteintes par la maladie de Horton ne sont souvent plus en âge de procréer.

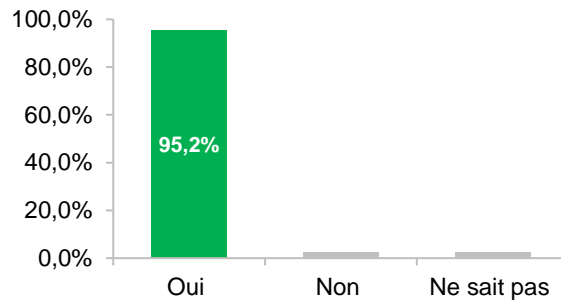


Figure 16 : Limitation de la consommation en sel et sucre si corticothérapie en cours

Seulement 2 répondants sur les 42 interrogés ne savent pas qu'il faut limiter la consommation en sel et en sucre s'il y a une corticothérapie en cours.

II.2.2.3. Pratiques

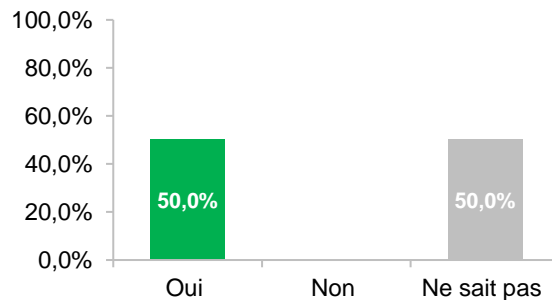


Figure 17 : Importance de la kinésithérapie des patients atteints de la maladie de Horton

La moitié des pharmaciens sait qu'il est important de conseiller de la kinésithérapie aux patients atteints de la maladie de Horton.

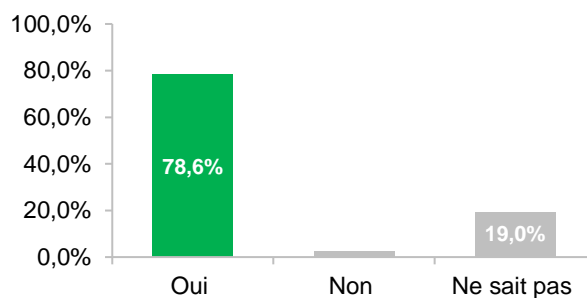


Figure 18 : Recommandation de la vaccination anti-grippale pour les patients atteints de la maladie de Horton

La majorité des répondants (78,6 %) à connaissance qu'il faut recommander la vaccination anti-grippale aux personnes atteintes de la maladie de Horton.

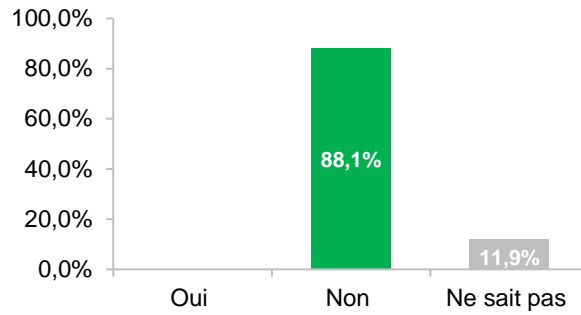


Figure 19 : Interruption sans avis médical du traitement de la maladie de Horton si amélioration des symptômes

La plupart des pharmaciens interrogés (88,1 %) savent qu'un patient atteint de la maladie de Horton ne doit pas interrompre son traitement même s'il y a une amélioration des symptômes.

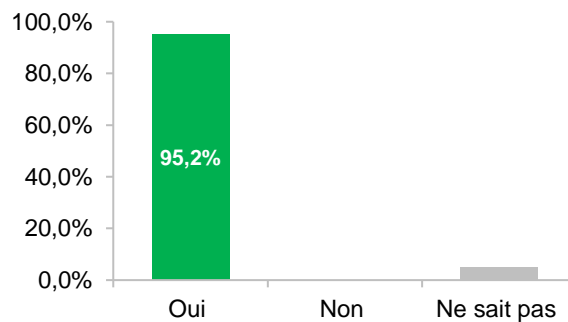


Figure 20 : Interruption sans avis médical du traitement de la maladie de Horton si amélioration des symptômes

La majorité des pharmaciens (95,2 %) sait qu'il faut recommander aux patients atteints de la maladie de Horton de consulter un médecin spécialiste.

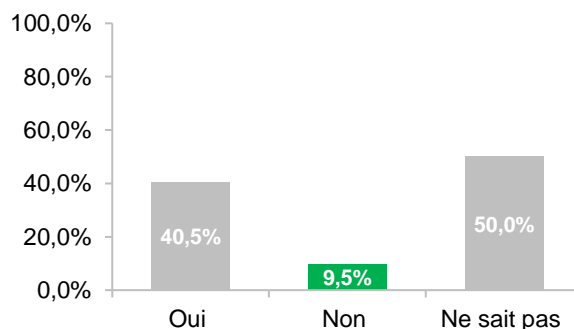


Figure 21 : Consultation d'un dermatologue avec la maladie de Horton

Seulement 9,5 % des pharmaciens savent qu'il n'y a pas besoin de consulter un dermatologue pour les patients atteints de la maladie Horton. Il n'y a pas d'atteinte dermatologique.

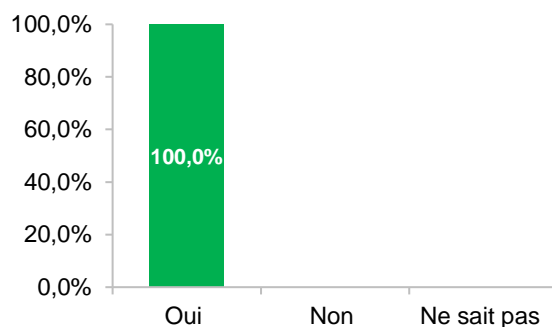


Figure 22 : Importance de rappeler aux patients atteints de la maladie de Horton de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses

La totalité des répondants (100 %) sait qu'il est important de rappeler aux patients atteints de la maladie de Horton de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses.

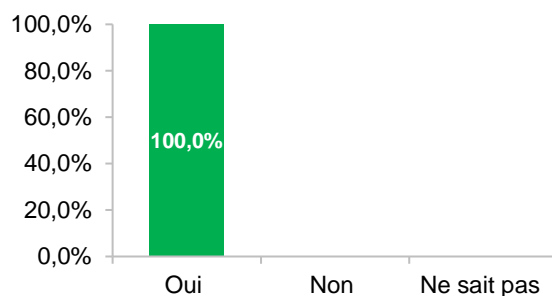


Figure 23 : Importance de surveiller la maladie de Horton

L'intégralité des pharmaciens (100 %) sait également qu'il est important de surveiller la maladie de Horton.

II.2.3. Lupus Érythémateux systémique

Dans cette partie sur le Lupus Érythémateux systémique, il y avait 42 points répartis en 21 questions. Elles étaient divisées en 8 questions de Connaissance, 4 questions d'Attitudes et 9 questions de Pratiques.

II.2.3.1. Connaissances

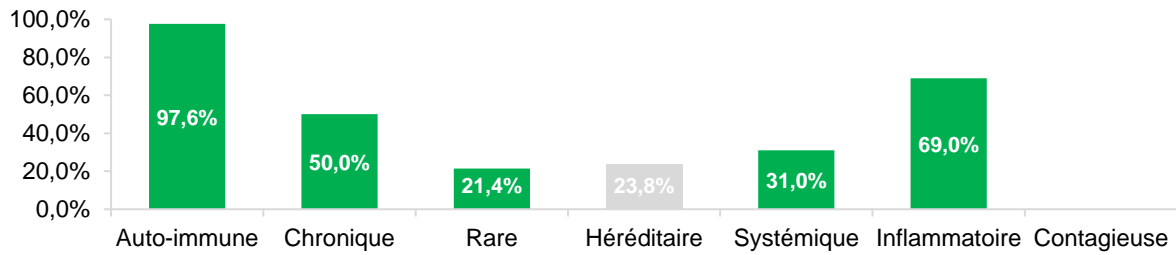


Figure 24 : Caractéristiques de la maladie du Lupus

Un seul répondant à su caractériser parfaitement la maladie du Lupus parmi les réponses proposées. Ces dernières étaient : auto-immune, chronique, rare, héréditaire, systémique, inflammatoire et contagieux.

La majorité des pharmaciens sait que le Lupus est une pathologie auto-immune (97,6 %). 69 % savent que c'est une maladie inflammatoire, 50 % que le Lupus est chronique, 31 % systémique et 21,4 % rare. Héritaire était une réponse fautive.

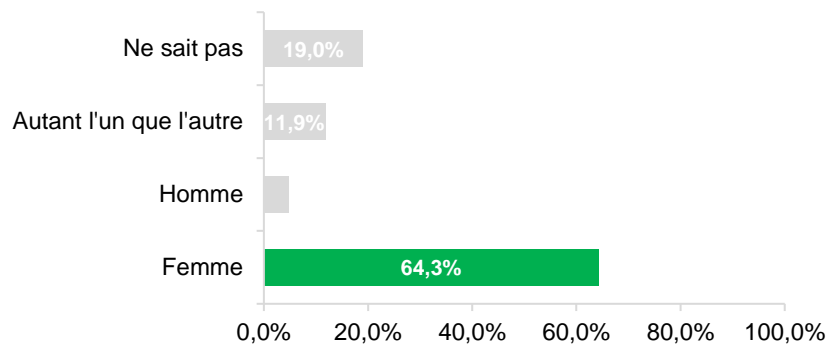


Figure 25 : Sexe le plus touché par le Lupus

La plupart des pharmaciens (64,3 %) savent que le sexe le plus touché par le Lupus Érythémateux systémique est la femme.

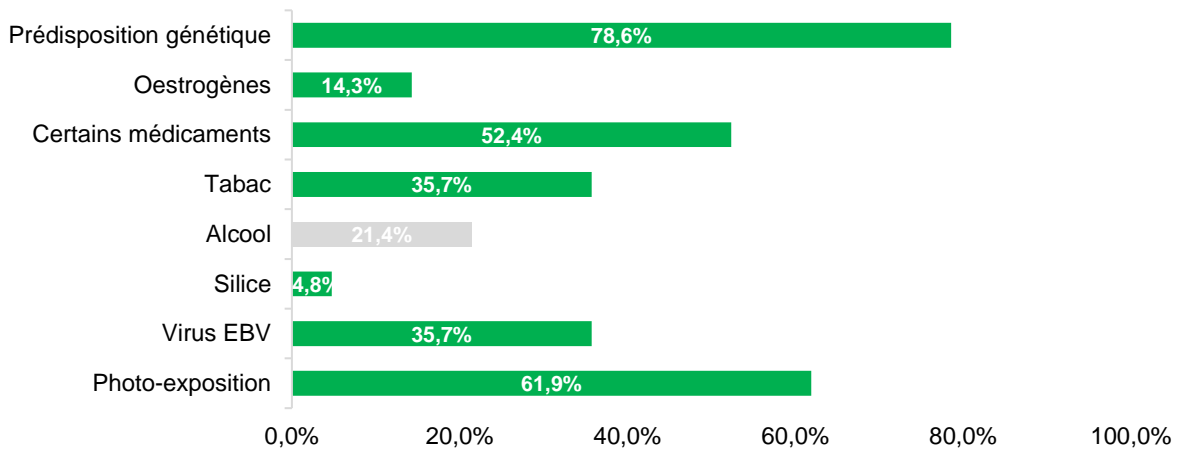


Figure 26 : Facteurs favorisant le Lupus

Aucun répondant n'a su trouver tous les facteurs pouvant favoriser l'apparition du Lupus. Il y avait plusieurs propositions : la prédisposition génétique, les œstrogènes, certains médicaments, le tabac, l'alcool, la silice, le virus EBV et la photo exposition. L'alcool était une réponse fautive.

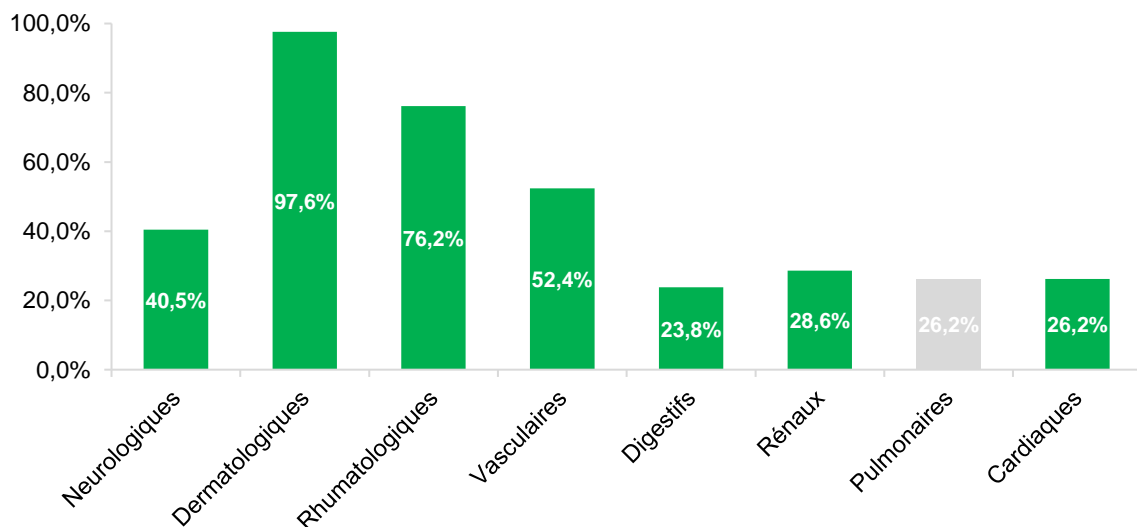


Figure 27 : Symptômes du Lupus érythémateux systémique

Aucun des répondants n'a su trouver tous les symptômes du Lupus parmi ceux proposés. Ces derniers étaient : neurologiques, dermatologiques, rhumatologiques, vasculaires, digestifs, rénaux, pulmonaires et cardiaques.

La majorité des interrogés, 97,6 %, sait que le Lupus provoque des signes dermatologiques, 76,2 % des signes rhumatologiques, 52,4 % une atteinte vasculaire, 40,5 % des signes neurologiques, 28,6 % une atteinte rénale, 26,2 % des signes cardiaques et 23,8 % des symptômes digestifs. L'atteinte pulmonaire était une réponse fautive.

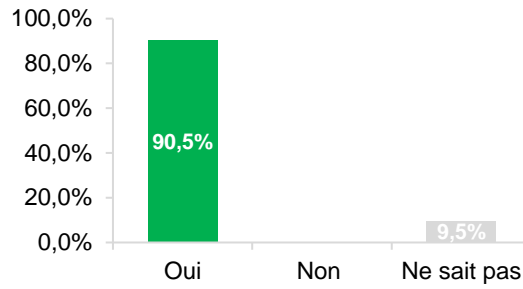


Figure 28 : Atteinte de plusieurs organes avec le Lupus

La majorité des pharmaciens (90,5 %) sait qu'il y a une atteinte de plusieurs organes avec le Lupus Érythémateux systémique.

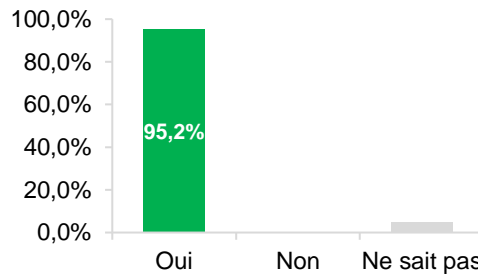


Figure 29 : Symptômes du Lupus variables d'une personne à une autre

La majeure partie des répondants (95,2 %) sait que les symptômes du Lupus sont variables d'une personne à une autre.

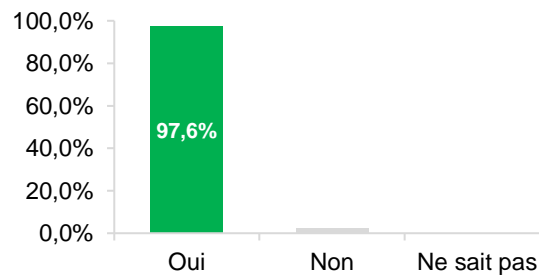


Figure 30 : Evolution des symptômes du Lupus par poussées

A l'exception d'un répondant, la plupart des pharmaciens (97,6 %) savent que les symptômes du Lupus évoluent par poussées.

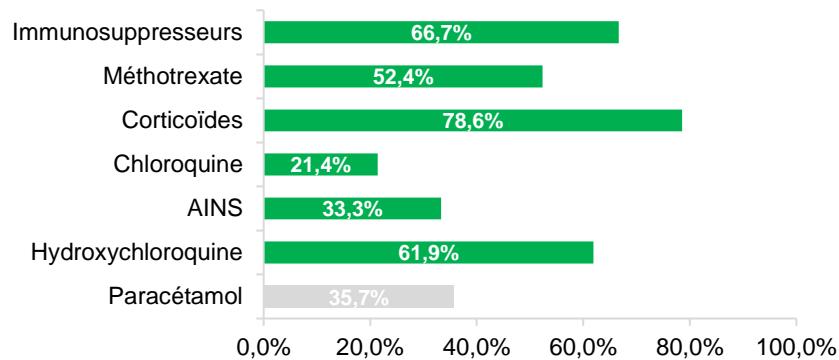


Figure 31 : Traitements du Lupus

Deux répondants connaissent ce que peut comporter le traitement du Lupus. Les réponses possibles étaient : des immunosuppresseurs, du méthotrexate, des corticoïdes, de la chloroquine, des AINS, de l'hydroxychloroquine et du paracétamol.

78,6 % des pharmaciens savent que le traitement peut contenir des corticoïdes, 66,7 % des immunosuppresseurs, 61,9 % de l'hydroxychloroquine, 52,4 % du méthotrexate, 33,3 % des AINS et 21,4 % de la chloroquine. Le paracétamol était une réponse fautive.

II.2.3.2. Attitudes

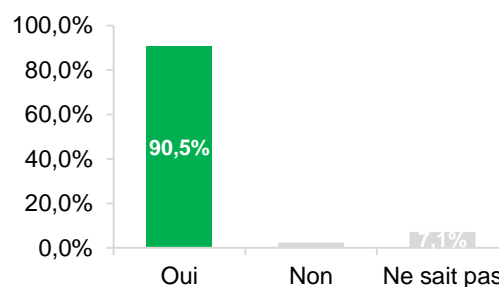


Figure 32 : Recommandation d'arrêter de fumer avec le Lupus

La majorité des pharmaciens (90,5 %) sait qu'il est nécessaire de recommander aux patients atteints du Lupus d'arrêter de fumer.

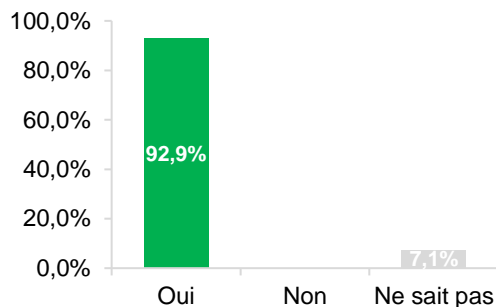


Figure 33 : Possibilité de travailler pour les patients atteints du Lupus

La quasi-totalité des répondants (92,9 %) sait que les patients atteints du Lupus peuvent travailler.

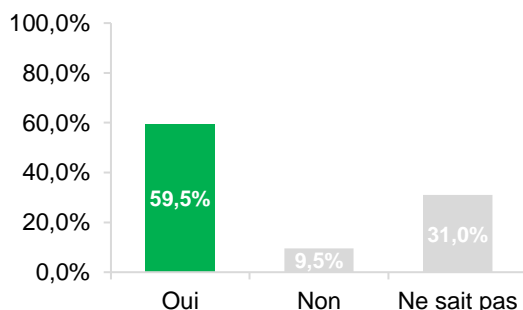


Figure 34 : Possibilité d'envisager une grossesse avec le Lupus

59,5 % des pharmaciens savent qu'il est possible d'envisager une grossesse chez les patientes atteintes du Lupus.

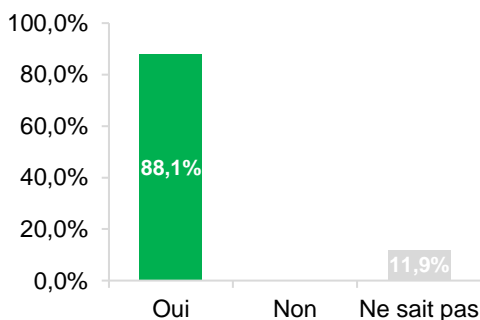


Figure 35 : Pratiquer une activité physique avec le Lupus

La plupart des interrogés (88,1 %) savent qu'il est possible de pratiquer une activité physique en étant atteint du Lupus.

II.2.3.3. Pratiques

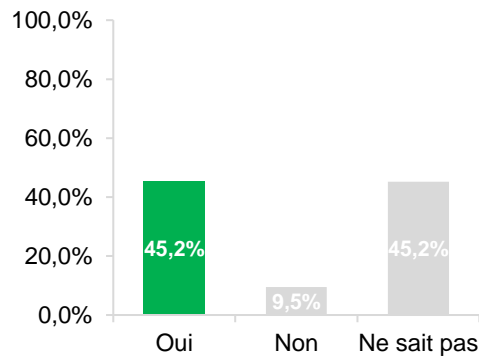


Figure 36 : Recommandation de la kinésithérapie aux patients atteints du Lupus

Seulement 45,2 % des pharmaciens savent qu'il est nécessaire de conseiller de la kinésithérapie aux patients atteints du Lupus.

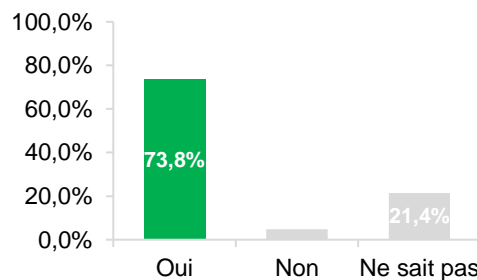


Figure 37 : Recommandation de la vaccination anti-grippale pour les patients atteints du Lupus

La majorité des répondants (73,8%) sait qu'il est important de recommander la vaccination anti-grippale aux patients lupiques.

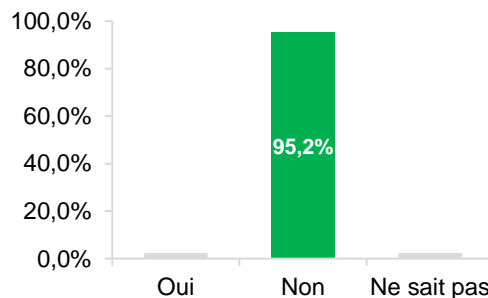


Figure 38 : Interruption sans avis médical du traitement du Lupus si amélioration des symptômes

La quasi-totalité des pharmaciens (95,2 %) sait que les patients atteints du Lupus ne doivent pas interrompre leur traitement sans avis médical même s'il y a une amélioration des symptômes.

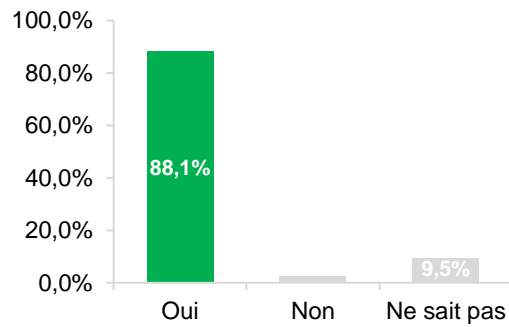


Figure 39 : Recommandation de consulter un médecin spécialiste aux patients atteints du Lupus

88,1 % des interrogés savent qu'il est nécessaire de recommander aux patients atteints du Lupus de consulter un médecin spécialiste.

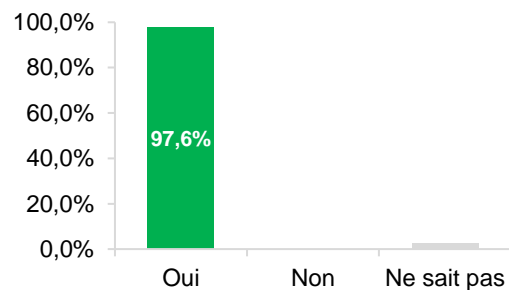


Figure 40 : Importance de rappeler aux patients lupiques de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses

La plupart des pharmaciens (97,6 %) savent qu'il est important de rappeler aux patients atteints du Lupus de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses.

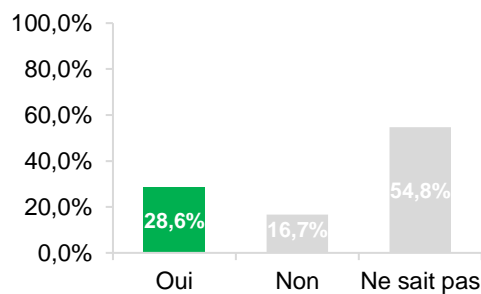


Figure 41 : Importance de l'apparition de plaques sur le corps chez les patients atteints du Lupus

Un faible pourcentage (28,6 %) des pharmaciens sait que l'apparition de plaques sur le corps chez un patient atteint du Lupus peut être grave.

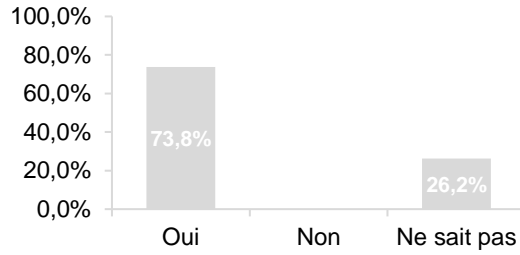


Figure 42 : Surveillance pulmonaire chez les patients atteints du Lupus

Aucun des pharmaciens interrogés ne sait qu'il n'y a pas besoin de surveillance pulmonaire chez les patients atteints du Lupus.

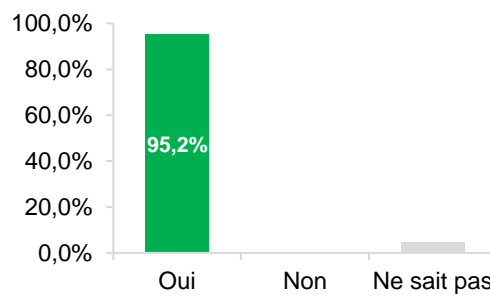


Figure 43 : Protection du soleil chez les patients atteints du Lupus

Une grande partie des répondants (95,2 %) sait que la protection solaire est très importante chez les patients atteints du Lupus.

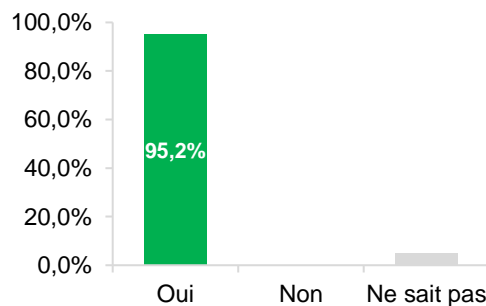


Figure 44 : Importance de la surveillance du Lupus

La majorité des pharmaciens (95,2 %) sait qu'il est important de surveiller le Lupus.

II.2.4. Synthèse globale et analyse

II.2.4.1. Maladie de Horton

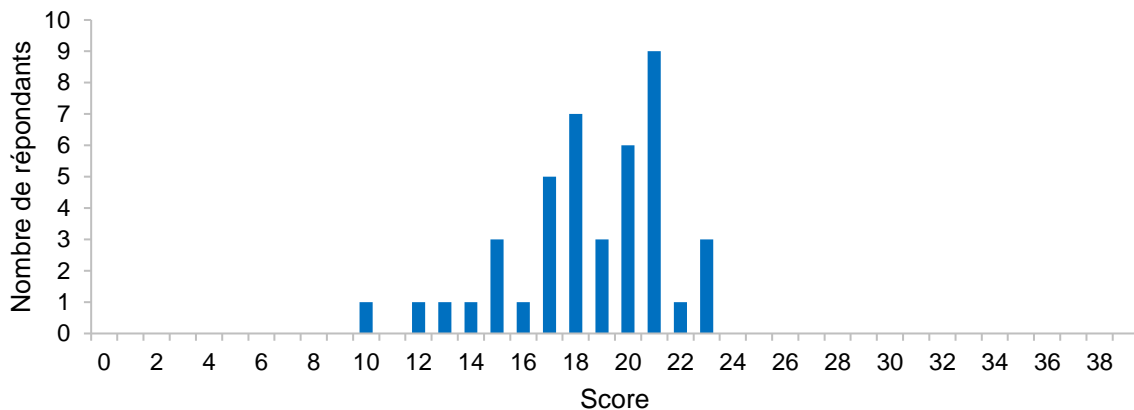


Figure 45 : Scores obtenus à l'enquête CAP sur la maladie de Horton

Pour la maladie de Horton, les scores des pharmaciens varient entre 10 et 23. Le maximum de points pouvant être obtenu était de 39. Cela correspond à une moyenne de 18,5/39 c'est-à-dire un pourcentage de 47,50 % de bonnes réponses.

II.2.4.1.1. Dimension connaissance

Concernant la partie connaissance sur la maladie de Horton, 17 points étaient répartis en 8 questions. La moyenne sur l'ensemble des répondants est de 2,1/17 représentant un taux de 12,4 % de bonnes réponses.

II.2.4.1.2. Dimension attitude

Dans la partie attitude, il y avait 4 questions notées sur 2 points chacune. La moyenne sur l'ensemble des répondants est de 6/8 représentant un taux de 75 % de bonnes réponses.

II.2.4.1.3. Dimension pratique

A propos de la partie pratique, il y avait 14 points répartis en 7 questions. La moyenne obtenue sur l'ensemble des pharmaciens répondants est de 10,4/14 représentant un taux de bonnes réponses de 74,3 %.

Les analyses statistiques de chacune des dimensions permettent de se rendre compte que ce sont principalement les connaissances sur la maladie de Horton qui manquent aux pharmaciens d'officines. Au niveau de la façon d'agir face à une situation donnée ou concrète, ces derniers semblent à l'inverse apporter une réponse satisfaisante.

II.2.4.2. Lupus Erythémateux Systémique

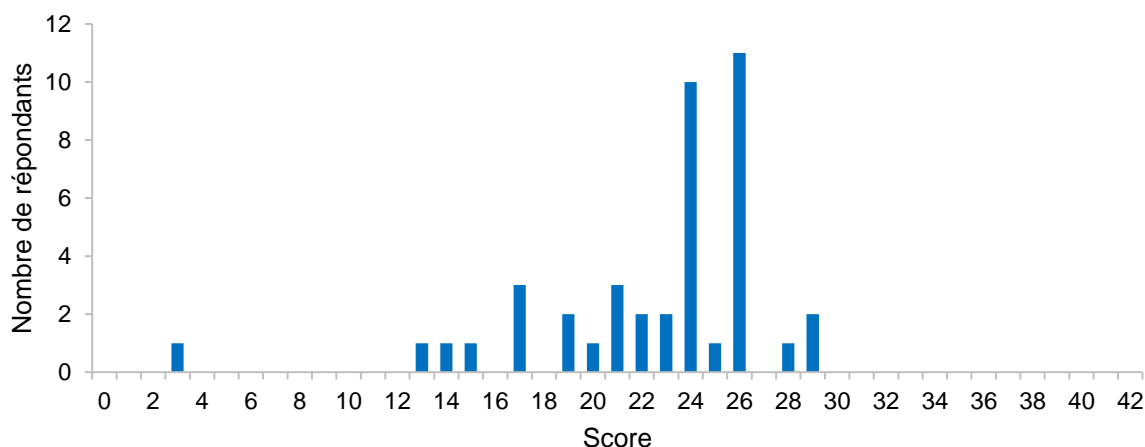


Figure 46 : Scores obtenus à l'enquête CAP sur le Lupus érythémateux systémique

Concernant le Lupus, les scores des pharmaciens varient essentiellement entre 13 et 29 à l'exception d'un score à 3 points. Le maximum de points pouvant être obtenu était de 42. Cela correspond à une moyenne de 22,5/42 soit un pourcentage de 52,30 % de bonnes réponses.

II.2.4.2.1. Dimension connaissance

A propos de la dimension connaissance sur le Lupus, 16 points étaient répartis en 8 questions. La moyenne obtenue sur l'ensemble des répondants est de 3,7/16 représentant une proportion de bonnes réponses de 23,1 %.

II.2.4.2.2. Dimension attitude

Concernant la dimension attitude, il y avait 4 questions notées sur 2 points chacune. La moyenne des pharmaciens est de 6,6/8 correspondant à un taux de bonnes réponses de 82,5 %.

II.2.4.2.3. Dimension pratique

Au sujet de la dimension pratique, 9 questions étaient également notées sur 2 points chacune. La moyenne obtenue sur l'ensemble des répondants est de 12,2/18 représentant un taux de bonnes réponses de 67,8 %.

Même si le Lupus érythémateux systémique semble être un peu plus connu des pharmaciens d'officine en comparaison à la maladie de Horton. Les analyses statistiques démontrent également le manque de connaissance sur cette pathologie.

II.2.4.3. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique

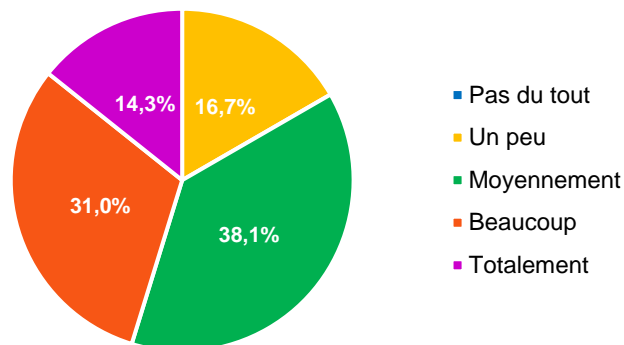


Figure 47 : Importance du rôle à jouer dans la prise en charge de la maladie de Horton et du Lupus

Tous les pharmaciens répondants pensent à différents degrés avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de ces pathologies : 14,3 % totalement, 31,0% beaucoup, 38,1 % moyennement et 16,7 % un peu.

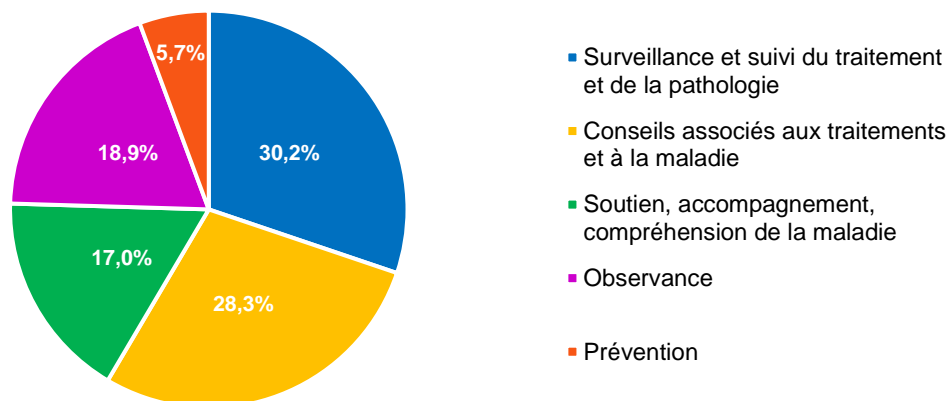


Figure 48 : Rôle à jouer dans la prise en charge de ces maladies

La majorité des répondants (30,2 %) pense avoir un rôle à jouer dans la surveillance et le suivi du traitement et de la pathologie. D'autres pensent avoir un rôle à jouer dans les conseils associés aux traitements et à la maladie (28,3 %), dans l'observance (18,9 %), dans le soutien, l'accompagnement et la compréhension de la maladie (17,0 %) et dans la prévention (5,7 %). Toutes ces réponses regroupent de manière générale l'éducation thérapeutique du patient.

II.2.4.4. Outil de partage d'informations entre l'hôpital et les officines

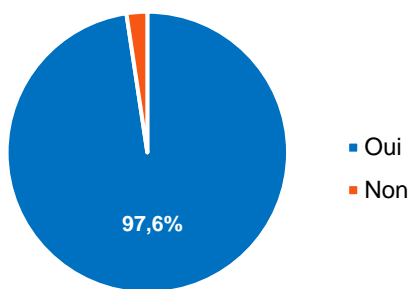


Figure 49 : Utilité d'un outil de partage d'informations entre l'hôpital et les officines

La majorité des pharmaciens (97,6 %) pense qu'un outil de partage d'informations entre l'hôpital et les officines serait utile.

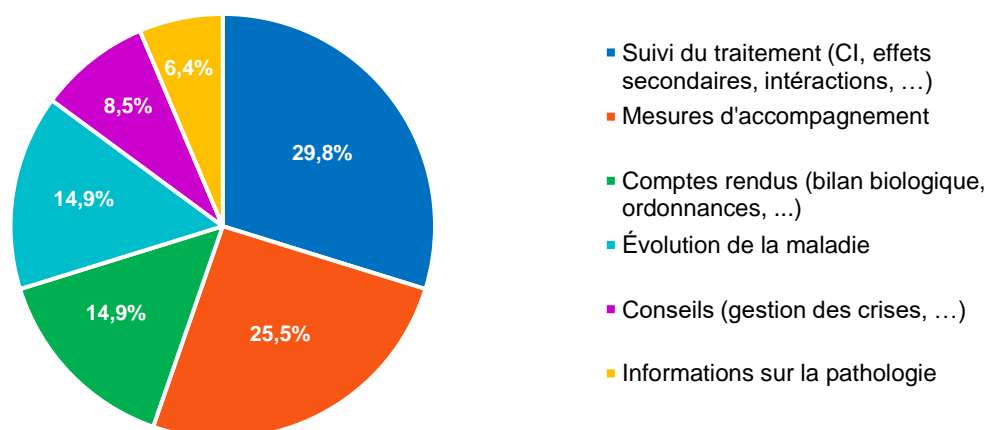


Figure 50 : Types d'informations souhaitant être partagées via l'outil hôpital-officines

Différentes propositions des pharmaciens ont été faites pour les types d'informations qu'ils trouveraient utiles de partager via l'outil reliant l'hôpital aux officines : le suivi du traitement (29,8 %), les mesures d'accompagnement (25,5 %), les comptes rendus (14,9 %), l'évolution de la maladie (14,9 %), les conseils (8,5 %) et des informations sur la pathologie (6,4 %).

Des pharmaciens de tout âge ont répondu au questionnaire, des jeunes diplômés aux plus expérimentés, cela n'a montré aucune différence de niveau de connaissances que ce soit selon leur expérience ou selon leur année de naissance. Les connaissances sont moyennes sur ces 2 pathologies. Pourtant, dans la majorité des cas, ils pensent tout de même avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de ces maladies.

D'après les réponses obtenues, la majorité des personnes interrogées trouveraient également utile d'avoir un lien entre l'hôpital et les officines pour mieux prendre en charge ces maladies au comptoir afin de permettre un suivi plus personnalisé du patient.

III. Discussion et perspectives

Aujourd'hui, cette enquête CAP menée auprès des officines du Limousin sur la maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique semble être la première réalisée. Elle avait pour objectif de faire un état des lieux sur les connaissances des pharmaciens au sujet de ces deux pathologies et de collecter leurs avis sur un outil de partage d'informations renforçant le lien entre l'hôpital et la ville.

III.1. Analyse de l'enquête CAP

Les pharmaciens répondants étaient de tout âge, de toute expérience, de différents milieux (rural ou urbain) et de différents départements mais cela n'a montré aucune différence significative au niveau des résultats pour aucune des deux maladies.

Concernant la maladie de Horton, les scores obtenus sont légèrement moins bons que ceux pour le Lupus laissant penser que cette pathologie est moins bien connue des pharmaciens d'officine. Grâce à l'enquête, on s'aperçoit également que c'est essentiellement la partie Connaissance qui est mal maîtrisée. Les parties Attitude et Pratique sont mieux réussies car elles concernent plutôt les traitements et les conseils à donner au comptoir et ces derniers peuvent être communs à d'autres pathologies plus courantes. En effet, au cours des études de Pharmacie et de la pratique officinale, les corticoïdes mis en œuvre contre le Lupus et la maladie de Horton sont courants et enseignés. Ainsi, les conseils associés à ces traitements sont connus alors que les informations relatives aux maladies sont beaucoup moins étudiées.

Au sujet du Lupus érythémateux systémique, les connaissances sont légèrement meilleures que pour la maladie de Horton. Cependant elles restent insuffisantes. Les pharmaciens semblent également, comme pour la maladie de Horton, plus à l'aise avec les attitudes et pratiques au comptoir.

Une comparaison des scores obtenus lors de l'enquête présentée dans cette thèse pourrait être réalisée avec d'autres enquêtes CAP effectuées pour d'autres pathologies auprès des pharmaciens d'officine. Malheureusement, ce type d'étude est encore peu fréquent dans le domaine de la santé. Après de nombreuses recherches, aucune étude similaire n'a été publiée ne permettant pas de comparaison avec cette enquête sur le Lupus et la maladie de Horton.

III.2. Limites

Cette enquête, diffusée en pleine vague de COVID-19, a obtenu un nombre de réponses limité. Les pharmaciens étant très occupés à ce moment-là par les tests antigéniques et la vaccination contre le COVID. Les réponses apportées par les pharmaciens non répondants auraient pu modifier les résultats et donné une interprétation différente. De plus, le questionnaire a seulement été diffusé dans la région Limousin et n'est donc pas représentatif de l'entièreté du territoire Français. Malgré tout, comme cela a été évoqué précédemment, une tendance se dégage. En revanche, pour être plus significatif, il pourrait être réalisé dans d'autres régions de la France afin d'élargir le nombre de répondants.

Une question supplémentaire aurait pu être ajoutée à l'enquête diffusée dans les officines afin de savoir sous quelle forme l'outil pourrait être développé. Les pharmaciens, qui étaient en grande majorité favorables à la mise en place de cet outil n'ont jamais pu donner leur avis sur la forme du lien de communication. Cette information est importante car l'organisation dans le service est différente en fonction de l'outil mis en place. Entre un simple appel téléphonique indiquant la sortie du patient et le développement d'une plateforme, la charge de travail n'est pas la même.

III.3. Perspectives

La majorité des pharmaciens interrogés demande des notions supplémentaires sur ces maladies. Leur apporter les connaissances manquantes et nécessaires serait donc intéressant afin que l'accompagnement de leurs patients lors de la délivrance de leurs traitements soit meilleur. Ils sont également favorables à l'idée de mettre en place un outil de partage d'informations entre l'hôpital et la ville. La formation des pharmaciens sur ces pathologies pourrait passer via cet instrument. L'outil pourrait également permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir un lien direct avec le service prescripteur. Actuellement, les appels entre l'officine et l'hôpital ne sont pas rares au sujet des prescriptions. Un outil de partage d'informations permettrait également de préparer l'arrivée du patient à l'officine, de sécuriser et d'améliorer la prise en charge.

Le travail réalisé pourrait être poursuivi avec la mise en place de l'outil de partage d'informations entre l'hôpital et la ville abordé précédemment. La satisfaction des pharmaciens et leur niveau de connaissance sur les pathologies pourraient de nouveau être évalués afin de comparer les nouveaux résultats avec ceux obtenus avant la mise en place de l'outil.

Des études similaires à celle-ci ont déjà été menées pour d'autres pathologies avec différents outils de partage d'information mis en place tels que des lettres de sortie, des fiches de suivi entre l'hôpital et la ville, un appel à la sortie du patient, des conciliations de sortie ou encore une communication par messagerie sécurisée. Ces différentes méthodes sont essentiellement appliquées pour les patients sous anti-cancéreux (21–23) . Cependant, elles pourraient être élargies aux autres maladies chroniques.

La mise en place d'outils permettant une meilleure prise en charge des patients par les pharmaciens d'officine dès leur sortie de l'hôpital est de plus en plus fréquente. Cependant, cette envie de communication est récente et ne permet pas d'avoir beaucoup de recul sur l'avis des praticiens hospitaliers et des pharmaciens d'officine. Si les besoins de l'ensemble des médecins et pharmaciens impliqués sont maintenant formalisés, de nombreux freins existent toujours : la mise en place de ces outils est coûteuse, prend du temps, et demande une organisation importante au sein des services. De plus, il est indispensable que l'ensemble des informations sur le patient soit communiqué à l'officine avant l'arrivée du patient.

Des études sur l'utilisation d'outils de communication lors de la prise en charge de cancer ont déjà été réalisées. En juin 2022, un article publié dans le Bulletin du Cancer évoque ce lien hôpital-ville dans les officines d'Aveyron. Les problématiques détaillées dans cette publication correspondent à celles évoquées par les pharmaciens interrogés dans l'enquête présentée dans cette thèse. Les outils actuels (DP, DMP et messagerie sécurisées) sont peu employés, ils ne correspondent pas aux besoins spécifiques de prise en charge de pathologies lourdes et chroniques. La communication entre l'hôpital et la ville reste difficile, les praticiens concernés au sein de l'hôpital étant difficiles à joindre directement. Les futurs outils développés devront répondre à cette problématique (24).

Conclusion

Au sein de tous les hôpitaux de France, les services de Médecine Interne prennent en charge des pathologies aux caractéristiques particulières. Ces maladies sont plutôt rares, systémiques, difficiles à diagnostiquer et complexes à prendre en charge. Dans cette thèse, les cas de la maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique sont particulièrement étudiés. A la sortie de l'hôpital, la continuité des soins est souvent difficile pour les patients atteints de ces pathologies.

Les difficultés de prise en charge en fin d'hospitalisation sont essentiellement liées aux traitements. Ils comprennent principalement des corticoïdes qui entraînent de nombreux effets indésirables et nécessitent un ajustement régulier des posologies. Afin d'accompagner au mieux les patients dans le suivi de leur traitement, la compréhension des maladies par les pharmaciens d'officine est nécessaire.

Dans cette optique des outils de communication entre la ville et l'hôpital peuvent être développés. Ce type de lien existe déjà pour d'autres maladies notamment dans les services d'oncologie. Ces outils permettent d'organiser au mieux la sortie du patient de l'hôpital et son accueil à l'officine. Ils créent également une relation directe avec le service concerné. Il serait donc intéressant de développer cet outil pour la maladie de Horton et le Lupus afin de pallier aux problèmes de continuité de soins suite à l'hospitalisation. Aujourd'hui, cet outil n'existe pas pour ces maladies. Dans le futur, il pourrait être développé en coordination entre les médecins et les pharmaciens d'officine afin de transcrire au mieux les besoins de chaque partie.

Actuellement, le niveau de connaissances des pharmaciens d'officine sur ces maladies est inconnu. Sans cette donnée, mettre en place un outil de communication est plus difficile. Afin de pallier à ce problème, un questionnaire sous la forme d'une enquête CAP a été établi. Pour rappel, elle comprend trois dimensions : Connaissances, Attitudes et Pratiques. Pour avoir un ordre d'idée, l'enquête a d'abord été envoyée aux officines de la région Limousin. Les réponses obtenues ont permis de se rendre compte que les connaissances des pharmaciens d'officine étaient mauvaises et qu'ils souhaitent en savoir plus sur ces pathologies afin de mieux prendre en charge les patients atteints de ces dernières. Outre les questions sur les pathologies, les pharmaciens étaient également interrogés sur l'utilité d'un outil de lien avec l'hôpital et sur les informations qu'ils souhaiteraient y voir partagées. Dans leur grande majorité, ces derniers étaient favorables à la mise en place de cet outil.

Au cours de l'étude, 42 réponses ont été collectées. Ce nombre est plutôt satisfaisant sachant que l'enquête a été réalisée de novembre 2021 à mars 2022, pendant une vague de COVID. Ces réponses ont permis de dégager une tendance. A l'avenir, l'étude pourrait être étendue aux autres régions de France pour être plus représentative.

Ce type d'étude sous forme d'enquête CAP est une démarche plutôt innovante. Habituellement utilisée dans le domaine de la santé, cette méthode reste peu fréquente au quotidien. Les enquêtes CAP permettent de faire un état des lieux global d'une situation donnée afin d'amener à la mise en place d'un projet. Dans le cas de cette thèse, le projet serait la mise en place de l'outil de communication entre l'hôpital et la ville.

Afin de mieux mettre en place cet outil, des points restent à définir tels que sa forme : messagerie sécurisée, lettre de sortie, application, appels téléphoniques, etc. Un nouveau questionnaire pourrait être envoyé aux pharmaciens pour leur demander leur avis, les médecins du service concerné devraient aussi être consultés. D'autres services utilisent déjà ce lien, l'aspect technique de l'outil à développer pourrait s'en inspirer. Concernant le contenu et les informations partagées via cet outil, les pharmaciens ont déjà été interrogés au cours de cette thèse.

Références bibliographiques

1. Nutrition SA. P Rotocole N Ational De P Rise En C Harge. 2007;1–15.
2. Définition des vascularites [Internet]. [cited 2022 Jul 25]. Available from: <https://www.association-vascularites.org/les-vascularites-c-est-quoi/definition-des-vascularites>
3. Horton L De. La maladie I Qu'est-ce que la maladie de Horton ? 2007;
4. Maladie de Horton : Les réponses à vos questions [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.fai2r.org/les-pathologies-rares/maladie-de-horton-pseudo-polyarthrite-rhizomelique/questions-patients/#anchor0>
5. Barrier J. Maladie de Horton et pseudopolyarthrite rhizomélique. Rev du Prat. 2002;52(10):1125–30.
6. Cormier D. Annexe I. L'utilisation méthodes Quant en vérification. 2020;241–8.
7. Bonnetblanc JM. Item 117 - Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des antiphospholipides. Ann Dermatol Venereol. 2012;139(11 SUPPL).
8. Haute Autorité de Santé. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) : Lupus Systémique. 2020;2017:1–89.
9. Lupus systémique, maladie inflammatoire chronique - CeRAiNO [Internet]. [cited 2022 Oct 3]. Available from: https://www.ceraino.chu-lille.fr/lupus_systemique/#1617192463096-b2d341ae-cb85
10. Eryth L, Eryth L. La maladie I Qu'est-ce que le lupus systémique (LS) ? 2008;2200(Ref 6651150). Available from: www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/LupusErythemateuxSystemique-FRfrPub124v01.pdf
11. Lupus systémique : Généralités [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.fai2r.org/les-pathologies-rares/lupus-systemique/generalites/>
12. Felten R, Scher F, Sibilia J, Chasset F, Arnaud L. Les traitements du lupus systémique : retour vers le futur. Rev du Rhum (Edition Fr. 2019;86(6):573–81.
13. Sibilia J, Pasquali JL. Systemic lupus erythematosus: news and therapeutic perspectives. Press Medicale. 2008;37(3 PART 2):444–59.
14. Ostéoporose · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/osteoporose/>
15. Dudler J. Prophylaxie de l'ostéoporose. Rev Med Suisse. 2010;307–13.
16. Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, Agenda N, et al. La corticothérapie : précautions d'emploi et conseils à l'officine. Syria Stud. 2015;7(1):37–72.
17. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc_1_1
18. Hill C, York N, Garden B, Uni- H, Wurdack KJ, Fund S. L m. p. World Wide Web Internet Web Inf Syst. 2001;88(12):2309–20.
19. Connaissances LECAP, José EM, Oudou N. en Recherche Médicale . 2013;14(June):1–3.
20. Abigail H. Enquêtes sur les connaissances , attitudes et pratiques en matière de protection de l' enfant. Guid des Program Prot l'enfant pour Concev Appl pas-à-pas les méthodes d'enquête CAP. 2012;

21. Ghio M. Petite histoire. L'en-je lacanien. 2005;5(2):22.
22. de D. UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES THÈSE Obtenue après soutenance du Mémoire du Diplôme d'Études Spécialisées de Pharmacie Hospitalière Présentée et soutenue publiquement par : RUBIRA Léa DÉVELOPPEMENT DU LIEN VILLE HÔPITAL PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DES THÉRAPIES ORALES EN CANCEROLOGIE JURY.
23. Cornut J-P, Bouix V, Garnier V. Lien Ville-Hôpital dans le Gard.
24. Cavallier G, Laudet M, Vayssettes PM, Balayssac D, Chennell P. Hospital – community pharmacy coordination for the dispensing of oral antineoplastic drugs: An observational study in the French county of the Aveyron. Bull Cancer. 2022;109(6):692–706.

Annexes

Annexe 1. Enquête CAP63

Annexe 1. Enquête CAP

Enquête CAP

Etudiante en Pharmacie à la Faculté de Limoges, je réalise ma thèse sur le rôle du pharmacien d'officine dans la continuité de la prise en charge des patients atteints de la maladie de Horton et du Lupus.

Cette étude a pour objectif de :

- Déterminer les besoins du pharmacien afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints de ces maladies
- Proposer un outil adapté pour répondre aux besoins énoncés afin d'assurer une meilleure articulation entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire.

Le questionnaire est à faire individuellement et peut être fait par tout les membres de l'officine (pharmacien(ne)s, préparateurs(trices), étudiant(e)s).

La durée est d'environ 5 minutes.

FORGEON Claire

Directeurs de thèse : Dr. BEZANAHARY (médecin interniste) et Dr. JOST (pharmacien hospitalier)

Informations

1. Vous êtes ?

Une seule réponse possible.

- Pharmacien(ne)
- Préparateur(trice)
- Étudiant(e)

2. Quel est votre date de naissance ?

Exemple : 7 janvier 2019

3. En quelle année avez-vous été diplômé ?

Une seule réponse possible.

- Pas encore diplômé
- 2021
- 2020
- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- 2009
- 2008
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004
- 2003
- 2002
- 2001
- 2000
- 1999
- 1998
- 1997
- 1996
- 1995
- 1994
- 1993
- 1992
- 1991
- 1990

- 1989
- 1988
- 1987
- 1986
- 1985
- 1984
- 1983
- 1982
- 1981
- 1980
- 1979
- 1978
- 1977
- 1976
- 1975
- 1974
- 1973
- 1972
- 1971
- 1970

4. Quel est votre département ?

Une seule réponse possible.

- Haute-Vienne (87)
- Creuse (23)
- Corrèze (19)
- Autre : _____

5. Quel est le type de clientèle de votre pharmacie ?

Une seule réponse possible.

- Rurale
- Urbaine
- Mixte

La maladie de Horton

6. Selon vous, la maladie de Horton peut-elle aussi être appelée Artérite à cellules géantes ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7. Selon vous, comment la maladie de Horton peut-elle être caractérisée ?

Plusieurs réponses possibles.

- Auto-immune
- Chronique
- Systémique
- Inflammatoire
- Héritaire
- Contagieuse

8. Selon vous, quel sexe est le plus touché par la maladie de Horton ?

Une seule réponse possible.

- Femme
- Homme
- Autant l'un que l'autre
- Ne sait pas

9. Selon vous, quels sont les symptômes de la maladie de Horton ?

Plusieurs réponses possibles.

- Céphalée
- Fièvre
- AEG (Altération de l'Etat Général)
- Gonflement de l'artère temporale
- Signes articulaires
- Atteinte dermatologique
- Aortite
- Atteinte ophtalmique
- Anémie

10. Selon vous, de quelle façon apparaissent les symptômes de la maladie de Horton ?

Une seule réponse possible.

- Progressivement
- Brutalement
- Les 2
- Ne sait pas

11. Selon vous, que peut comporter le traitement de la maladie de Horton ?

Plusieurs réponses possibles.

- Une corticothérapie au long cours
- Une corticothérapie à forte dose
- Une corticothérapie à faible dose
- Une décroissance des corticoïdes
- Du méthotrexate
- Un immunosuppresseur
- Des médicaments associés contre les effets indésirables du traitement

12. Selon vous, le traitement de la maladie de Horton doit-il être débuté le plus rapidement possible ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

13. Selon vous, quels peuvent être les effets indésirables du traitement de la maladie de Horton ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hyperglycémie
- Ostéoporose
- Troubles du sommeil
- Prise de poids
- Corticodépendance
- Erythèmes
- Anémie
- Hypertension

14. Selon vous, faut-il recommander aux patients fumeurs atteints de la maladie de Horton d'arrêter ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

15. Selon vous, un patient atteint de la maladie de Horton peut-il pratiquer une activité physique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

16. Selon vous, une patiente atteinte de la maladie de Horton peut-elle envisager une grossesse ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

17. Selon vous, les patients atteints de la maladie de Horton doivent-ils limiter leur consommation de sel et de sucre (si corticothérapie en cours) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

18. Selon vous, faut-il conseiller la kinésithérapie aux patients atteints de la maladie de Horton ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

19. Selon vous, faut-il recommander aux patients atteints de la maladie de Horton la vaccination anti-grippale ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

20. Selon vous, peut-on conseiller à un patient atteint de la maladie de Horton d'interrompre son traitement si il y a une amélioration ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

21. Selon vous, faut-il recommander aux patients atteints de la maladie de Horton de consulter un médecin spécialiste ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

22. Selon vous, faut-il conseiller aux patients atteints de la maladie de Horton de consulter un dermatologue ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

23. Selon vous, est-il important de rappeler aux patients atteints de la maladie de Horton de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

24. Selon vous, est-il important de surveiller la maladie de Horton ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Le Lupus

25. Selon vous, comment peut être caractérisé le Lupus ?

Plusieurs réponses possibles.

- Auto-immune
- Chronique
- Rare
- Héritaire
- Systémique
- Inflammatoire
- Contagieux

26. Selon vous, quel sexe est le plus touché par le Lupus ?

Une seule réponse possible.

- Femme
- Homme
- Autant l'un que l'autre
- Ne sait pas

27. Selon vous, quels sont les facteurs pouvant favoriser le Lupus ?

Plusieurs réponses possibles.

- Photo-exposition
- Le virus EBV
- La silice
- L'alcool
- Le tabac
- Certains médicaments
- Les oestrogènes
- Une prédisposition génétique

28. Selon vous, quels sont les symptômes du Lupus ?

Plusieurs réponses possibles.

- Neurologiques
- Dermatologiques
- Rhumatologiques
- Vasculaires
- Digestifs
- Rénaux
- Pulmonaires
- Cardiaques

29. Selon vous, une atteinte de plusieurs organes est-elle possible avec le Lupus ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

30. Selon vous, avec le Lupus, les symptômes peuvent-ils varier d'une personne à une autre ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

31. Selon vous, les symptômes peuvent-ils évoluer par poussées dans le Lupus ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

32. Selon vous, que peut comporter le traitement du Lupus ?

Plusieurs réponses possibles.

- Paracétamol
- Hydroxychloroquine
- AINS
- Chloroquine
- Corticoïdes
- Méthotrexate
- Immunosuppresseurs

33. Selon vous, est-il nécessaire de recommander aux patients fumeurs atteints du Lupus d'arrêter ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

34. Selon vous, les patients atteints de Lupus peuvent-ils travailler ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

35. Selon vous, une patiente atteinte du Lupus peut-elle envisager une grossesse ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

36. Selon vous, un patient atteint du Lupus peut-il pratiquer une activité physique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

37. Selon vous, faut-il conseiller la kinésithérapie aux patients atteints du Lupus ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

38. Selon vous, faut-il recommander aux patients atteints du Lupus la vaccination anti-grippale ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

39. Selon vous, peut-on conseiller à un patient atteint du Lupus d'interrompre son traitement si il y a une amélioration ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

40. Selon vous, faut-il recommander aux patients atteints du Lupus de consulter un médecin spécialiste ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

41. Selon vous, est-il important de rappeler aux patients atteint du Lupus de bien prendre leur traitement et de bien respecter les doses ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

42. Selon vous, l'apparition de plaques sur le corps d'un patient atteint du Lupus est-elle grave ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

43. Selon vous, faut-il conseiller aux patients atteints du Lupus une surveillance pulmonaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

44. Selon vous, un patient atteint du Lupus doit-il se protéger du soleil ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

45. Selon vous, est-il important de surveiller le Lupus ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Autres

46. Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de ces maladies (Horton et Lupus) ?

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Totalement

47. Si oui, lequel ?

48. Selon vous, un outil de partage d'informations entre l'hôpital et les officines serait-il utile ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

49. Si oui, pour quels types d'informations ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

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.

Rôle du pharmacien d'officine dans la continuité de la prise en charge des patients atteints de maladie de Horton et du Lupus érythémateux systémique

La maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique sont deux maladies auto-immunes et chroniques nécessitant une prise en charge rigoureuse. Le pharmacien d'officine joue un rôle très important dans cette prise en charge mais ses connaissances sont souvent insuffisantes. Afin de mieux prendre en charge ces pathologies, une enquête de type CAP (Connaissance Attitudes et Pratiques) a été réalisée. Ainsi une évaluation sur le savoir des pharmaciens vis-à-vis de ces maladies est effectuée et leur avis sur le développement d'un outil de partage d'informations entre l'hôpital et la ville est demandé. Les résultats dévoilent que les pharmaciens manquent de connaissances sur la maladie de Horton et le Lupus érythémateux systémique. En revanche, ils sont plus à l'aise avec les dimensions Attitudes et Pratiques, appliquées au comptoir. Les pharmaciens d'officine sont généralement intéressés pour qu'un outil de partage d'informations entre l'hôpital et la ville soit créé. La prochaine étape consisterait désormais à le développer.

Mots-clés : maladie de Horton, Lupus érythémateux systémique, maladies auto-immunes, enquête CAP, lien hôpital-ville

Role of the community pharmacist in the continuity of care of patients with Horton's disease and systemic lupus erythematosus

Horton's disease and systemic lupus erythematosus are two autoimmune and chronic diseases that require rigorous management. Community pharmacists play a crucial role in this management, but their knowledge is often insufficient. In order to better address these conditions, a KAP survey (Knowledge, Attitudes, and Practices) was conducted. Thus, an assessment of pharmacists' knowledge of these diseases is carried out, and their opinions on the development of an information-sharing tool between the hospital and the dispensary are sought. The results reveal that pharmacists lack of knowledge about Horton's disease and systemic lupus erythematosus. However, they are more comfortable with the Attitudes and Practices dimensions (applied at the counter). Community pharmacists are generally interested in the creation of an information-sharing tool between the hospital and the dispensary. The next step would now be to develop it.

Keywords: Horton's disease, systemic lupus erythematosus, autoimmune diseases, KAP survey, dispensary-hospital link

