

**Faculté de pharmacie  
et des sciences biomédicales**

**L'Education thérapeutique du  
patient souffrant de  
bronchopneumopathies chroniques  
obstructives par le pharmacien :  
pourquoi s'y intéresser et comment  
s'y prendre ?**

Auteur : Naomi Savel  
Promotrice: Nathalie Dujardin  
Année académique 2019-2020  
Master en Sciences Pharmaceutiques à finalité spécialisée



## Table des matières

<b>I.</b>	<b>Remerciements</b> .....	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>IV.</b>	<b>Méthodologie bibliographique</b> .....	<b>10</b>
<b>V.</b>	<b>Rappels théoriques</b> .....	<b>11</b>
A.	<i>La Bronchopneumopathie chronique obstructive</i> .....	<b>11</b>
1.	Définition .....	<b>11</b>
2.	Étiologie .....	<b>12</b>
3.	Diagnostic .....	<b>12</b>
4.	Traitements.....	<b>15</b>
B.	<i>L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)</i> .....	<b>20</b>
1.	Définition .....	<b>20</b>
2.	Mise en place.....	<b>20</b>
3.	Approche thérapeutique .....	<b>21</b>
<b>VI.</b>	<b>Pourquoi s'intéresser à l'éducation thérapeutique d'un patient BPCO ?</b> .....	<b>22</b>
A.	<i>Problèmes rencontrés par les patients</i> .....	<b>22</b>
B.	<i>Plus-value du pharmacien selon la littérature</i> .....	<b>24</b>
C.	<i>Bénéfices en termes de coûts pour le patient</i> .....	<b>28</b>
<b>VII.</b>	<b>Comment s'y prendre pour réaliser l'éducation thérapeutique d'un patient BPCO ?</b> .....	<b>29</b>
A.	<i>Enquêtes</i> .....	<b>29</b>
1.	Enquête « patients ».....	<b>29</b>
2.	Enquête « pharmaciens » .....	<b>33</b>
B.	<i>Proposition d'aide</i> .....	<b>40</b>
1.	Qu'est-ce qu'un Bon Usage du Médicament ? .....	<b>40</b>
2.	BUM BPCO .....	<b>40</b>
3.	Perspectives d'avenir.....	<b>46</b>
<b>VIII.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>48</b>
<b>IX.</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>50</b>
<b>X.</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>52</b>
A.	<i>Annexe 1</i> .....	<b>52</b>
B.	<i>Annexe 2</i> .....	<b>53</b>
C.	<i>Annexe 3</i> .....	<b>54</b>
D.	<i>Annexe 4</i> .....	<b>57</b>
E.	<i>Annexe 5 : ébauche d'un BUM BPCO</i> .....	<b>60</b>
F.	<i>Annexe 6</i> .....	<b>61</b>
G.	<i>Annexe 7</i> .....	<b>62</b>
H.	<i>Annexe 8</i> .....	<b>64</b>



## I. Remerciements

Je tiens à remercier Nathalie Dujardin, ma promotrice, pour son soutien, ses conseils avisés, sa disponibilité et ses relectures multiples.

Je remercie également ma famille pour m'avoir soutenue tout au long de mes cinq années d'études et plus particulièrement mes sœurs, Oksana et Nastasia, pour leurs conseils et corrections de ce travail et ma tante, pour l'apport de documentations précieuses à la réalisation de mon travail.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont répondu à mes enquêtes, sans qui, une part importante de mon travail n'aurait pu aboutir.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave.

## II. Liste des abréviations

AMPc : Adénosine MonoPhosphate Cyclique

APB : Association Pharmaceutique Belge

BAPCOC : Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CAT : COPD Assessment Test

CBIP : Centre Belge d'Informations Pharmacothérapeutiques

COPD : Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CSI : CorticoStéroïdes Inhalés

CV : Capacité Vitale

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

GOLD : Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease

LABA : Long Acting Beta Agonist

LAMA: Long Acting Muscorinic Agent

mMRC : Modified British Medical Research Council

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QUALY : Quality – Adjusted Life Year

RCT : Randomized Controlled Trial

SABA : Short Acting Beta Agonist

SAMA : Short Acting Muscarinic Agent

VEMS : Volume Expiratoire Maximale en une Seconde

### III. Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO ou COPD en anglais : Chronic Obstructive Pulmonary Disease) est une maladie très présente dans notre quotidien de pharmacien d'officine. Voici quelques chiffres interpellant. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2016, environ 65 millions de personnes étaient touchées par la maladie dans le monde. Cela est associé à 5% de décès la même année. Pour le moment, il s'agit de la quatrième cause de décès mondiale mais d'ici 2030, elle pourrait devenir la troisième. (Organisation Mondiale de la Santé 2016)

En ce qui concerne la Belgique, une enquête de santé publique réalisé par Sciensano (l'ancien Institut de santé publique) vient de sortir et nous informe d'une prévalence de plus ou moins 8% de personne de plus de 65 ans atteintes de BPCO en Belgique. (Charafeddine et al. 2018) Cette maladie est donc plus que présente et touche énormément de personnes. Or, elle reste méconnue et peu de gens la comprennent. La plupart des patients qui en souffrent ne savent même pas expliquer leur maladie et sont encore plus incapables d'expliquer leur médication. J'ai donc décidé de centrer mon mémoire sur l'éducation thérapeutique du patient BPCO en apportant par la même occasion une aide aux pharmaciens d'officine.

Je débiterai ce travail par un état général des connaissances sur la maladie en rappelant les causes, le dépistage, la classification en différents stades et les différents traitements. Toujours d'un point de vue théorique, j'expliquerai en quelques lignes ce qu'est l'éducation thérapeutique.

Par la suite, j'analyserai la littérature afin de recenser les problèmes fréquemment rencontrés par les patients débutant ou poursuivant un traitement pour la BPCO. J'analyserai également quelques études afin de prouver la plus-value du pharmacien dans l'éducation du patient. Et enfin, je regarderai les bénéfices en termes d'économie que peut apporter une meilleure prise en charge du malade.

Toujours dans la même logique, je réaliserai deux enquêtes. L'enquête pour les pharmaciens permettra d'évaluer l'apport d'un entretien personnel avec le patient afin de lui expliquer sa maladie et son traitement. Et celle pour les patients visera à identifier leurs connaissances sur leur maladie, leurs traitements. Il visera également à connaître leur avis sur le développement d'une aide lors de la mise en place d'un nouveau traitement.

Tous ces éléments me permettront de réaliser un outil afin d'aider les pharmaciens lors d'une première délivrance et de créer des supports adéquats pour encadrer le patient. Ce dispositif sera réalisé à l'instar d'un Bon Usage du Médicament (BUM) déjà créé par l'Association Pharmaceutique Belge (APB) pour l'asthme et le diabète. Pour conclure, je terminerai par l'évocation de quelques perspectives d'avenir suite à l'éventuelle mise en place de ce BUM BPCO.

## IV. Méthodologie bibliographique

J'ai commencé mes recherches en parcourant le site de l'APB afin de glaner le plus d'informations possibles sur la maladie : description, étiologies, conséquences, traitement, ... J'ai recoupé mes informations avec un livre de référence qui nous avez été conseillé dans le cours WFARM 2196 : critères de choix thérapeutiques. Ce livre est le Harrisson : « Principes de médecine interne ». J'ai également utilisé des sites de référence comme l'initiative GOLD très connu dans le monde de la BPCO et le CBIP (Centre Belge d'Informations Pharmacothérapeutiques) pour tout ce qui est choix de traitement. En septembre 2019, une édition du journal de pharmacie de Belgique publié par l'APB est sortie. Celle-ci abordait justement cette maladie. J'ai pu parcourir la bibliographie afin d'y trouver des articles intéressants.

En ce qui concerne la partie éducation thérapeutique, j'ai eu à ma disposition plusieurs livres que ma tante utilise dans ses cours donnés à ce sujet.

J'ai également recherché des études concernant les besoins des patients, les apports du pharmacien et les bénéfices en termes de coût d'une prise en charge adéquate. Pour cela, j'ai utilisé le site PubMed et ai sélectionné les MESH suivantes : COPD, Pharmacist, Pharmaceutical Care, Cost-effectiveness, issues, Belgium, ... J'ai ainsi pu consulter différents articles, en portant également mon attention sur les commentaires et articles associés. J'ai utilisé les mêmes mots clés sur les sites Minerva et Cochrane.

Pour sélectionner ma documentation, j'ai utilisé plusieurs critères : une date de publication non supérieure à cinq ans, des études avec le moins de biais possibles, j'ai essayé de ne prendre que des revues de la littérature ou des méta-analyses afin d'avoir une vue d'ensemble, ...

## V. Rappels théoriques

### A. La Bronchopneumopathie chronique obstructive

#### 1. Définition

La BronchoPneumopathie Chronique Obstructive ou BPCO est une maladie chronique du système respiratoire quasiment irréversible. Elle se définit par un rétrécissement et une obstruction des voies respiratoires avec une diminution du flux aérien bronchique. (Reilly, Silverman, and Shapiro 2012; Agusti et al. 2019)

Différents mécanismes la caractérisent :

- L'inflammation de l'arbre respiratoire
- La bronchite chronique : toux chronique avec exacerbation
- L'emphysème : augmentation du diamètre des alvéoles menant à la détérioration de leur paroi.

Sur la **figure 1**, l'effet de la bronchite et de l'emphysème sur la structure des bronches et des alvéoles pulmonaires est décrit. D'une part, sur le haut du schéma, nous observons une bronche avec un diamètre rétréci et une importante sécrétion de mucus avec une inflammation très visible par rapport à la bronche saine. D'autre part, au niveau des alvéoles pulmonaires, nous pouvons très clairement voir que celles-ci sont gonflées empêchant un échange d'air idéal. (Reilly, Silverman, and Shapiro 2012; Agusti et al. 2019)

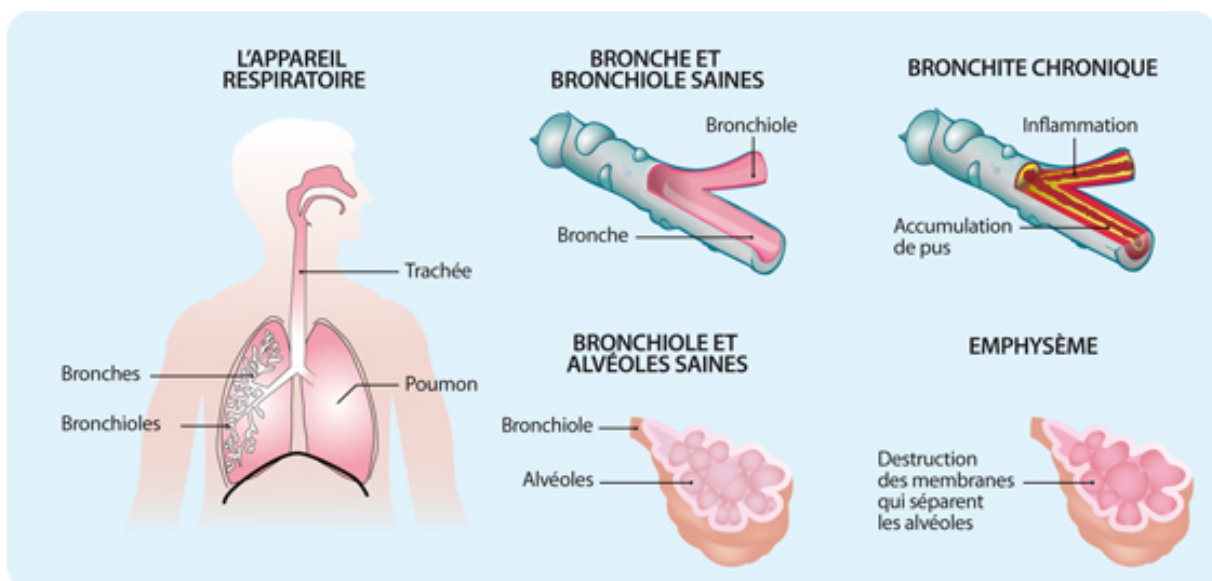


Figure 1 : Schéma représentant l'état des bronches et alvéoles pulmonaires d'un patient BPCO et emphysemateux, tiré de <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/bpco-bronchite-chronique/comprendre-bpco>

## 2. Étiologie

Il existe plusieurs causes au développement de la BPCO mais la principale est le tabagisme. Parmi les autres causes les plus fréquentes, on peut citer les polluants atmosphériques, professionnels (peintures, poussières, ...) et domestiques (biocombustibles pour chauffage, cuisine,...). Par ailleurs, certains malades développent une bronchite chronique suite à un problème génétique qui provoque une diminution d'alpha 1-antitrypsine. A cause de ce déficit, une augmentation de l'activité de protéases est observée, détruisant notamment les tissus pulmonaires et provoquant de l'emphysème. (Agusti et al. 2017; A.Wise 2017)

## 3. Diagnostic

### *a) Dépistage*

Les patients présentant une toux inhabituelle, des expectorations, une dyspnée d'effort et dans la plupart des cas étant fumeurs ou anciens fumeurs attirent l'attention vers le diagnostic d'une probable BPCO. (Reilly, Silverman, and Shapiro 2012)

Dans un premier temps, une **anamnèse** sera réalisée afin d'évaluer au mieux les symptômes de la personne. Les patients ressentent souvent ces symptômes depuis un bon moment. Lorsqu'on les interroge, ceux-ci expliquent ne plus savoir respirer correctement, avoir une soif d'air.

L'attention se porte également sur un **changement au niveau de leurs activités physiques**. En effet, s'ils ont du mal à utiliser leurs bras pour soulever une charge, par exemple, mais qu'ils sont soulagés une fois leurs bras soutenus (exemple : en poussant un caddie), cela nous renforce dans notre diagnostic. Au plus la maladie évolue, au plus la dyspnée devient importante, empêchant la plupart des activités de la vie quotidienne. (Reilly, Silverman, and Shapiro 2012)

Mise à part l'anamnèse, plusieurs **signes physiques** sont recherchés. A l'auscultation, on peut entendre des râles c'est-à-dire des sifflements lors de l'expiration. De plus, le patient se tient dans une position particulière dite en « trépied » (penché en avant et assis sur ses mains) afin de soulager sa respiration. A un stade avancé, il peut présenter un thorax distendu ainsi qu'une cyanose due à l'hypoxie. (Reilly, Silverman, and Shapiro 2012; Soumagne et al. 2017; Degano and Soumagne 2014; Collège des enseignants de pneumologie 2017)

Pour confirmer le diagnostic, quelques **examens cliniques** seront réalisés. Le plus important est le test de spirométrie. Il nous permet d'évaluer la fonction pulmonaire. Lors du test, la quantité d'air inspiré et expiré par la personne ainsi que son débit est mesuré. Le VEMS est le Volume Expiratoire Maximal produit en une seconde. La CV est la Capacité Vitale c'est-à-dire la quantité d'air maximale qui peut être expirée après une inspiration maximale. Les valeurs sont comparées à une référence d'une personne en bonne santé. Grâce à ces deux paramètres, on peut calculer **l'indice de Tiffeneau** qui est le rapport VEMS/CV. Si celui-ci est inférieur à 0,7, nous sommes en présence d'un patient atteint d'un syndrome obstructif. Mise à part la spirométrie, le test aux bronchodilatateurs peut également être réalisé pour différencier un patient asthmatique d'un BPCO. Pour cela, un bronchodilatateur est administré au patient. Si une augmentation du VEMS de 12% est observée, cela signifie que l'obstruction des voies respiratoires est réversible et que nous sommes dans le cas d'un patient asthmatique, s'il n'y a pas de changement du VEMS par rapport à la valeur avant bronchodilatation, nous sommes face à un patient BPCO. Un autre test possible est celui de la pléthysmographie qui évalue la distension pulmonaire ; une conséquence de la BPCO. D'autres tests peuvent être réalisés mais ce n'est pas l'objet de ce mémoire donc nous ne nous attarderons pas dessus. (Ligue Pulmonaire 2010; Decramer et al. 2012)

#### *b) Classification*

Grâce à toutes ces caractéristiques, l'initiative GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease), qui travaille avec des professionnels de la santé afin de sensibiliser à la BPCO et faciliter la mise en place d'un traitement, classe la Bronchopneumopathie chronique obstructive en différents stades. Elle nous fournit un premier tableau (**Tableau 1**) qui classe la sévérité de la gêne à l'écoulement de l'air en se basant sur le VEMS (Agusti et al. 2017)

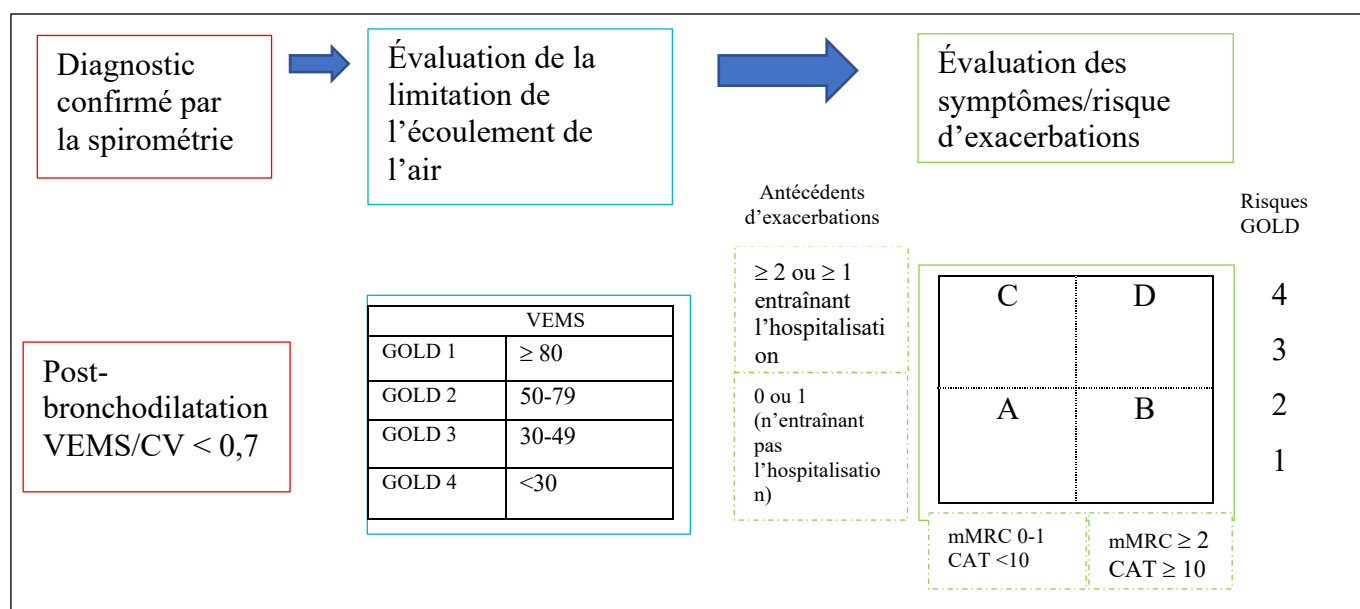
Tableau 1 : Classification de l'initiative GOLD concernant la sévérité de la gêne à l'écoulement tiré de l'initiative GOLD 2017 : <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>

Classification de la sévérité de la gêne à l'écoulement de l'air dans la BPCO (basée sur le VEMS après bronchodilatation) chez des patients ayant un rapport VEMS/CV < 0,70	
Sévérité	VEMS
<b>GOLD 1</b> : Légère	VEMS ≥ 80 % de la valeur théorique
<b>GOLD 2</b> : Modérée	50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur théorique
<b>GOLD 3</b> : Sévère	30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur théorique
<b>GOLD 4</b> : Très sévère	VEMS < 30% de la valeur théorique

Deux questionnaires viennent s'ajouter pour définir l'impact qu'à la maladie sur le patient. Le premier, représenté par le tableau en annexe 1, est l'échelle mMRC (Modified British Medical Research Council) qui vise à caractériser la dyspnée du patient. (Agusti et al. 2017) Le second, repris au tableau en annexe 2, est l'évaluation CAT (COPD Assessment Test) qui évalue les symptômes ressentis par le patient.

Ces trois outils nous amènent à l'algorithme de traitement créé par l'initiative GOLD (**Tableau 2**) qui permettra de classer le patient dans un groupe pour lui donner le traitement correspondant à son profil. Ces groupes sont, en effet, basés sur les scores obtenus avec les deux questionnaires, le score GOLD et les antécédents d'exacerbations.

Tableau 2 : Reproduction de l'algorithme ABCD tiré de l'initiative GOLD 2017 <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>



Pour chaque groupe, un traitement est plus approprié. Dans le groupe A, on préférera donner un bronchodilatateur à courte durée d'action. Dans le groupe B, un  $\beta_2$ -agoniste ou un antagoniste muscarinique, tous deux à longue durée d'action, sera prescrit. Le groupe C est pour un traitement à base d'antagoniste muscarinique à longue durée d'action. Enfin, le groupe D donnera trois possibilités : un antagoniste muscarinique à longue durée d'action, une association d'un  $\beta_2$ -agoniste et d'un antagoniste muscarinique à longue durée d'action ou une association de corticoïdes inhalés et de  $\beta_2$ -agoniste dans certains cas. (Agusti et al. 2017)

Dans le prochain point, tous ces traitements vous seront brièvement expliqués.

#### 4. Traitements

Le traitement de la BronchoPneumopathie Chronique Obstructive a plusieurs objectifs. Il vise à améliorer la qualité de vie en diminuant les symptômes et en freinant le développement de la maladie. Pour cela, nous cherchons à diminuer la dyspnée, éviter un déclin trop rapide de la fonction respiratoire, limiter le nombre d'exacerbations, favoriser la possibilité d'avoir une activité physique très bénéfique pour la respiration et cela afin de diminuer la mortalité.

Il existe des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques. (Collège des enseignants de pneumologie 2017)

##### *a) Traitements non pharmacologiques*

Le premier conseil à donner aux patients est **l'arrêt de la cigarette**. Il est très compliqué de motiver le patient à arrêter étant donné le changement radical du mode de vie qu'il doit opérer et les trop grands objectifs que le prestataire de soin a souvent en tête. Tout d'abord, il faut prendre le temps de cerner le taux de motivation du patient et l'importance qu'a le tabagisme dans la vie du patient afin d'installer un climat de confiance. Il y aura différentes réactions à avoir en fonction de si le patient est peu ou fort motivé. Si le patient ne désire pas stopper, il ne faut pas le forcer mais rester à sa disposition en cas de besoin. En revanche, s'il désire arrêter, il faut qu'il prenne conscience de la difficulté du sevrage et que par conséquent des rechutes sont possibles mais qu'elles font partie du processus de guérissage. A partir de ce moment-là, le pharmacien peut lui proposer différentes alternatives médicamenteuses. En fonction de son addiction, le choix du traitement sera adapté. Tout au long de sa démarche, il convient de valoriser le patient, l'encourager, le soutenir. À tout moment, le pharmacien peut renvoyer le patient vers un médecin ou un tabacologue si celui-ci le désire. (De Wulf et al. 2019)

Ensuite, il est également nécessaire que le patient continue ou reprenne une **activité physique** journalière afin d'améliorer sa fonction respiratoire. (Decramer et al. 2012)

Le patient est invité à avoir une **alimentation** saine afin d'éviter une surcharge pondérale le bloquant dans son activité physique et pouvant provoquer des dommages cardiovasculaires et pulmonaires. (Decramer et al. 2012)

Le patient doit assainir l'**environnement** dans lequel il vit pour éviter d'aggraver sa pathologie avec des polluants (poussières, solvants, gaz, ...). (Decramer et al. 2012)

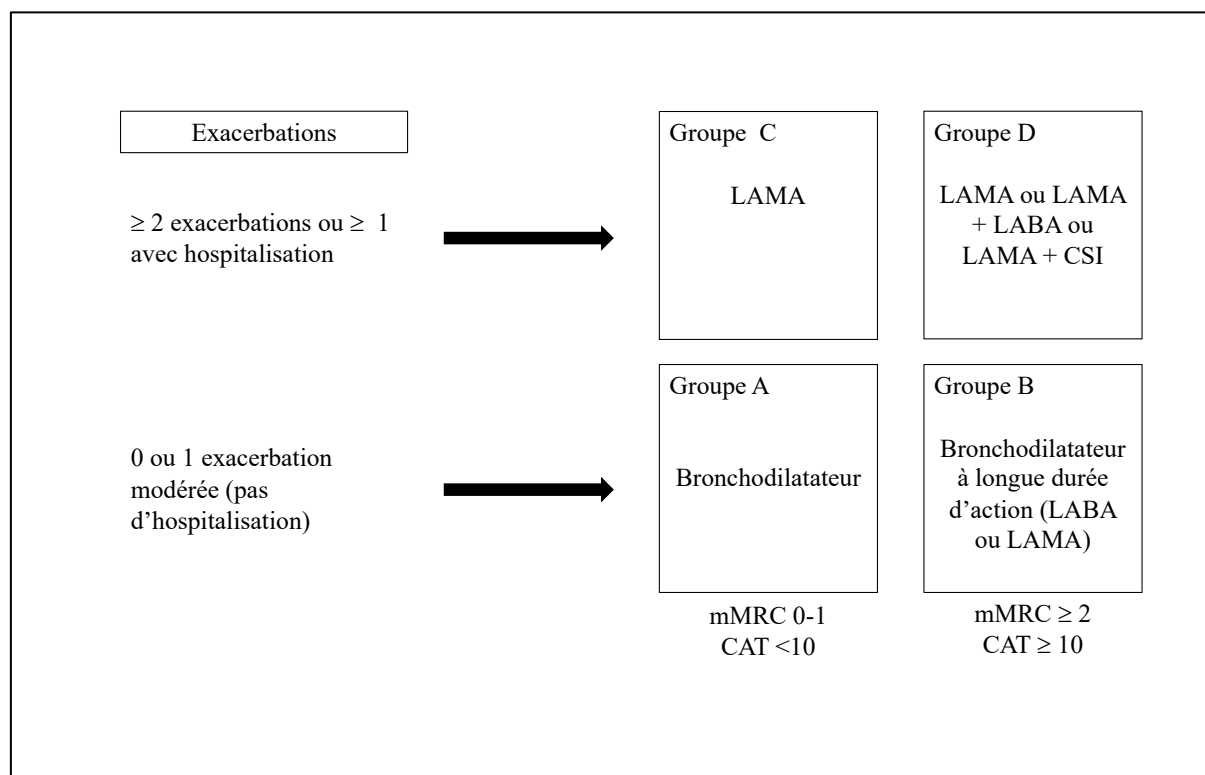
Enfin, on conseille aux patients de se faire **vacciner** annuellement pour la grippe afin de prévenir le risque d'exacerbation due à une infection. (Decramer et al. 2012)

## *b) Traitements pharmacologiques*

### *(1) Traitements principaux*

Comme expliqué dans la partie diagnostic, il existe plusieurs stades dans la BPCO en fonction de l'avancée de la maladie. Selon la classification, le traitement choisi par le médecin sera différent. Il y aura toujours une phase d'initiation et une phase de suivi. La première est représentée dans **le tableau 3**. Nous pouvons y retrouver les patients du groupe A, qui ont peu de symptômes et d'exacerbations et qui ne prendront qu'un bronchodilatateur qui contrôlera la dyspnée. Pour le groupe B, on préférera introduire un bronchodilatateur à longue durée d'action de type  $\beta_2$ -agonistes (LABA) ou de type anti-muscarinique (LAMA). On choisira l'un ou l'autre en fonction de la tolérance. En ce qui concerne les patients du groupe C, il sera prescrit des anti-muscariniques de longue durée d'action pour leurs meilleurs effets préventifs des exacerbations par rapport au LABA. Enfin, ceux du groupe D sont traités par un LAMA. Cependant, s'ils ressentent trop de symptômes (score de CAT > 20), une association LABA + LAMA sera préférée. S'ils souffrent en plus d'une infection à éosinophiles, le traitement qui prévaudra sera l'association LABA + CSI (corticostéroïdes inhalés).

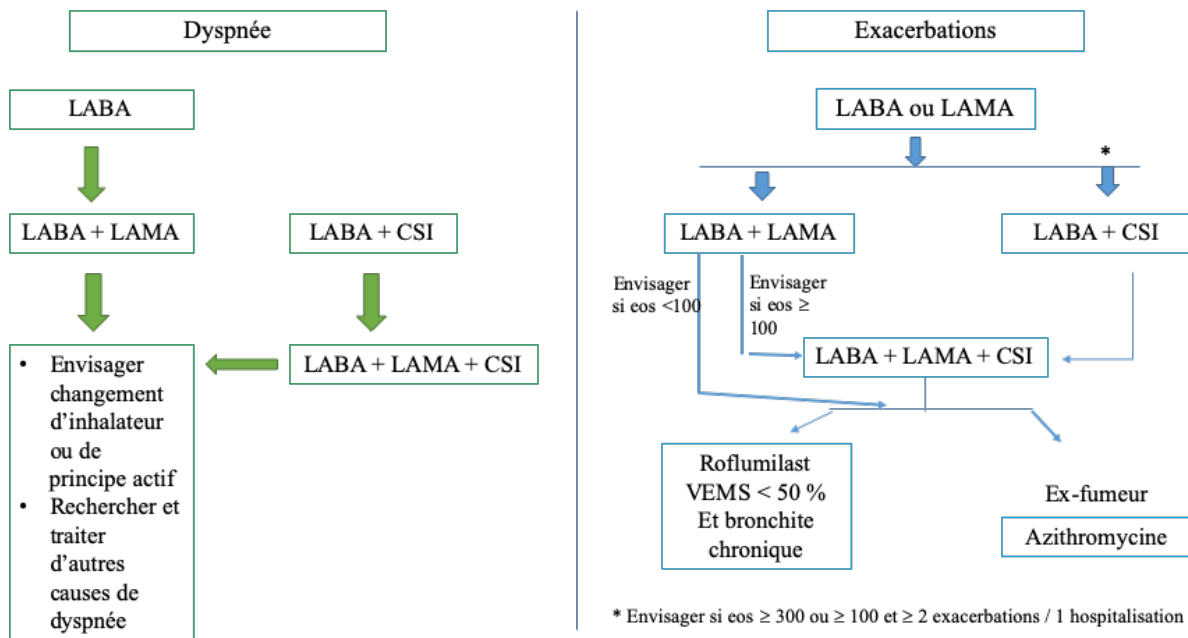
Tableau 3 : Reproduction de la stratégie de traitement initiale de la BPCO en fonction de la classification ABCD réalisée par l'APB dans le journal de pharmacie de Belgique n°3, 2019 : [https://www.apb.be/EMAG/JP\\_2019/Journal\\_de\\_Pharmacie\\_de\\_Belgique\\_n3\\_\\_septembre/page\\_1](https://www.apb.be/EMAG/JP_2019/Journal_de_Pharmacie_de_Belgique_n3__septembre/page_1)



Après l'initiation du traitement initial, il faudra suivre le patient afin d'évaluer si le traitement est efficace. Pour cela, il faut s'intéresser aux symptômes que le patient ressent ainsi qu'aux nombres d'exacerbations qu'il fait. Deux cas de figure s'offrent à nous. Soit le traitement est suffisant, il est donc poursuivi. Soit, il ne l'est pas, dans ce cas un autre algorithme est utilisé pour déterminer les changements à opérer. Cet algorithme est représenté par le **tableau 4**. Ce tableau se divise en deux parties. La première concerne les patients dont la plainte principale est une dyspnée non contrôlée. La deuxième partie concerne ceux qui ont encore de nombreuses exacerbations malgré leur traitement. Quelle que soit la plainte, il faut toujours partir du traitement pris et suivre la flèche pour changer le traitement. Une fois changé, il faut évaluer la réponse au traitement. A chaque fois, on part d'une monothérapie qui sera complétée : soit LABA + LAMA soit LABA + CSI. Il faut faire attention, cependant, à l'utilisation des CSI. En effet, l'usage prolongé peut augmenter le risque de pneumonies (surtout si BPCO sévère et exacerbations fréquentes). Les CSI ne seront donc donnés qu'à des patients avec un taux d'éosinophiles  $\geq 300$  ou  $\geq 100$  avec  $\geq 2$  exacerbations ou encore 1 exacerbation nécessitant l'hospitalisation. Si son effet n'est pas suffisant ou si le patient présente les symptômes d'une pneumonie, il est arrêté. Dans certains cas, la bi- ou la tri-thérapie n'est pas suffisante.

L'azithromycine est alors prescrite aux non-fumeurs ou anciens fumeurs, en tant que traitement préventif. Le roflumilast peut également être donné chez les personnes ayant un VEMS < 50%. (De Wulf et al. 2019)

Tableau 4 : Reproduction de la stratégie de traitement de suivi de la BPCO réalisée par l'APB dans le journal de pharmacie de Belgique n°3 : [https://www.apb.be/EMAG/JP\\_2019/Journal\\_de\\_Pharmacie\\_de\\_Belgique\\_n3\\_\\_septembre/page\\_1](https://www.apb.be/EMAG/JP_2019/Journal_de_Pharmacie_de_Belgique_n3__septembre/page_1)



## (2) Autres traitements

Certaines études démontrent l'efficacité des mucolytiques dans le nombre d'exacerbations. La théophylline peut aussi être envisagée si les bronchodilatateurs ou les corticostéroïdes ne sont pas suffisants ou si le patient ne peut inhaler mais c'est très rare qu'elle soit utilisée. En effet, celle-ci présente de nombreux effets indésirables comme des troubles gastro-intestinaux, de l'hypokaliémie, des troubles du rythme cardiaque, ... Elle est également substrat du CYP 1A2 et 3A4 ce qui provoque de nombreuses interactions médicamenteuses. (Decramer et al. 2012; De Wulf et al. 2019)

Dans certains cas de figure, pour éviter les exacerbations, un traitement antibiotique doit être envisagé en prophylaxie. C'est le cas pour des patients non-fumeurs avec un traitement idéal mais qui ont quand même plus de 4 exacerbations par an ou des exacerbations avec hospitalisation. Il leur sera donc prescrit de l'azithromycine. Certaines études ont démontré une moins bonne efficacité chez les fumeurs à qui on préférera donc le roflumilast qui est un

inhibiteur de la phosphodiesterase de type 4 (De Wulf et al. 2019; Agusti et al. 2019; Herath et al. 2018)

### (3) Gestion des exacerbations

Les bronchiteux chroniques font face souvent à des épisodes connus sous le nom d'exacerbations qui ont déjà été évoquées auparavant dans mon travail. Celles-ci se caractérisent par une augmentation des symptômes : la dyspnée, la toux, les expectorations, ... Elles sont dues à une infection ou à la pollution de l'air et demandent la modification du traitement. Étant donné leurs effets négatifs sur la qualité de vie du patient, il faut réagir très rapidement.

La première action à réaliser est de vérifier la **vaccination** déjà énoncée dans la partie des traitements non pharmacologiques. Celle-ci peut participer à la prévention de ces exacerbations. Ensuite, d'un point de vue médicamenteux, l'utilisation des **bronchodilatateurs à courte durée** d'action va être intensifiée. Si cela n'est pas suffisant, un traitement d'attaque aux **corticostéroïdes oraux** est utilisé. (De Wulf et al. 2019) Enfin, si l'exacerbation n'est toujours pas stabilisée, un traitement par **antibiotiques** sera instauré. Selon la BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee ou commission belge de coordination de la politique antibiotique), les antibiotiques sont recommandés si les critères suivants sont observés : un stade GOLD D, altération de l'état général avec fièvre supérieure à 38°C, expectorations purulentes en augmentation, une prise maximale de bronchodilatateurs et de glucocorticostéroïdes oraux n'améliorant pas les symptômes et une CRP > 40 mg/L ou entre 20 et 40 mg/L avec des expectorations purulentes. Le premier choix d'antibiotique sera une association d'amoxicilline et d'acide clavulanique. En cas d'allergie à la pénicilline, le cefuroxime axétille ou la moxifloxacine seront privilégiés. (BAPCOC 2019)

## B. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

### 1. Définition

Comme introduit précédemment, mon mémoire a pour objectif de proposer une aide à un patient débutant un nouveau traitement pour sa BPCO. Il me paraît nécessaire de réexpliquer en quelques lignes ce qu'est l'éducation thérapeutique.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « *L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation, des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* ». Elle a donc pour objectif d'aider les patients à comprendre leur maladie et leur traitement afin qu'ils deviennent autonomes et qu'ils maintiennent une certaine qualité de vie malgré une maladie chronique parfois très handicapante. Elle vise donc aussi à vérifier l'observance du patient et si la façon dont il prend son traitement est appropriée. La plupart du temps, l'éducation thérapeutique s'intéresse aux maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, la bronchite chronique, les maladies cardiovasculaires, ... qui nécessitent un accompagnement dans la durée du patient.

### 2. Mise en place

Que ce soit le malade ou les proches du malade, toute personne qui le souhaite peut bénéficier d'une ETP peu importe l'âge, le type de maladie chronique, le stade et l'évolution. Elle peut être proposée à tout stade de la maladie. Les professionnels de la santé sont invités à informer les patients de cette possible éducation et à les adresser à une personne formée en ETP.

### 3. Approche thérapeutique

Quatre étapes sont suivies pour réaliser une éducation thérapeutique. La première a pour but **d'identifier les besoins** du patient. La seconde est la mise en place d'**objectifs** à atteindre à la fin de la thérapie. La troisième vise à déterminer **les méthodes et techniques pédagogiques** qui vont être utilisées pour accomplir les objectifs. Enfin, la dernière étape est l'**évaluation** continue du patient afin de vérifier tout au long de l'apprentissage ce qui est acquis et ce qui doit encore l'être.

## VI. Pourquoi s'intéresser à l'éducation thérapeutique d'un patient BPCO ?

La partie théorique qui s'achève, a posé les bases de mon mémoire et m'amène à une des parties les plus importantes de celui-ci. En effet, souhaitant proposer une aide aux patients en difficultés ou débutant un traitement, il me semble important d'analyser la littérature afin de déterminer au mieux les problèmes à résoudre ainsi que les besoins des patients mais aussi l'impact qu'a le pharmacien d'officine dans l'adhésion du traitement par le patient. Je me pencherai également sur l'avantage financier d'une telle intervention.

### A. Problèmes rencontrés par les patients

Il y a très peu d'études qui ont été réalisées dans le but de recenser les problèmes auxquels les patients font face vis-à-vis de leur maladie. J'ai néanmoins trouvé deux études.

La première, publiée en juillet 2019, a interrogé un certain nombre de patients sur leur maladie. Les chercheurs ont réalisé des interviews chez 10 patients âgés entre 59 et 74 ans qui avaient tous un passé de fumeur. Leur indice de Tiffeneau était compris entre 21 et 83 % (avec donc des stades GOLD entre 1 et 4). Il est ressorti de ces interviews plusieurs éléments auxquels les patients font face.

Un des principaux est le fait de devoir gérer une maladie chronique irréversible qui menace leur espérance de vie. Les participants se sentent **impuissants à cause de la perte d'autonomie** qu'engendre la maladie. Ensuite, ils doivent supporter les **dyspnées avec une impression de suffocation**. Ils n'osent **pas** faire un minimum **d'exercices physiques** de peur de manquer d'air, ce qui n'arrangent pas leur situation car le sport est important. De plus, leur maladie évoluant, ils ont un sentiment d'avoir leur **existence qui se rétrécit** car chaque activité leur demande un effort et nécessitent plus de temps qu'une personne en bonne santé les poussant à **se renfermer** sur eux-mêmes. Ils doivent aussi faire face pour certains, à leur addiction à la cigarette. S'ils veulent survivre, ils doivent arrêter le **tabagisme** ce qui est très compliqué.

Ils expliquent aussi que c'est difficile de vivre avec une **maladie qu'ils ne comprennent** pas car ils ont souvent peu de connaissances et peu d'informations sur la BPCO. Enfin, certains ont été bien suivi mais d'autres participants ont déploré le **manque de suivi** par les professionnels de la santé. (Sigurgeirsdottir et al. 2019)

La seconde étude, publiée en 2018, utilise la méthode du « focus group » c'est-à-dire qui recueille les opinions, les perspectives et les besoins des patients. Elle vise ainsi à déterminer les facteurs qui interfèrent avec une gestion optimale de la bronchopneumopathie chronique obstructive. Ces résultats peuvent être utilisés pour affiner le suivi des personnes dans le futur.

Les patients choisis étaient âgés de plus de 18 ans, avaient été diagnostiqués depuis plus d'un an, ont été jugés avoir une BPCO modérée à sévère selon les stades GOLD, ils ne devaient pas avoir eu des événements récents d'exacerbations ou d'hospitalisation. Les patients étaient exclus s'ils souffraient de déficiences cognitives. Plusieurs groupes ont été formés et il a été rappelé à chacun que leur discussion serait enregistrée mais qu'elle resterait confidentielle. La discussion s'est déroulée en suivant une liste de questions concernant les connaissances des patients sur la maladie et sur l'impact sur leur style de vie. Une fois les enregistrements retranscrits, les chercheurs ont résumé et classé les différents sujets abordés en différentes classes. Voici les résultats.

Les chercheurs ont finalement analysé 28 personnes. L'élément qui ressort le plus en termes de problème est **un besoin d'informations**. En effet, les patients avaient peu de connaissances **sur leur maladie**, avec un manque d'information sur son origine et comment la guérir. La plupart confondait leur maladie avec l'asthme et ne comprenaient pas la différence avec la BPCO. Les patients ressentaient aussi le besoin de **recevoir** davantage de **données** sur l'utilité et l'utilisation de **leur médication** et spécialement les inhalateurs. Un deuxième souci est **l'impact de la maladie sur la condition physique** avec une difficulté de réaliser même les tâches les plus simples de la vie quotidienne. Les patients se sentent épuisés et à bout de souffle. Faire des exercices physiques leur est devenu compliqué dû à une courte respiration et ceux surtout pour les patients avec un stade avancé de BPCO. Cela engendre un manque de motivation pour sortir de chez eux. Ils perdent leur envie de faire des choses et même plus s'ils sont seuls face à leur maladie. Ce qui amène le problème suivant qui est **l'impact psychologique de la maladie**. Certains parlent de tout ce qu'ils ont perdu et d'autres s'attardent sur le fait qu'il faut essayer de voir la chose du bon côté. Certains se sentent frustrés et déprimés. Ils se sentent anxieux de par la peur d'être à bout de souffle et même pire, de subir une exacerbation. Certains, de par cette anxiété constante, ont commencé à utiliser des aérosols et de l'oxygène comme ils en ont reçu à l'hôpital, les rendant encore plus craintifs de se retrouver dans un lieu sans oxygène. Ils complètent en disant que s'ils ressentent les signes d'une exacerbation, ils préfèrent directement aller à l'hôpital plutôt que de se gérer seuls. Un dernier

gros problème est **leur dépendance aux autres**. En effet, ils ont souvent besoin d'aide pour les tâches de la vie quotidienne comme se faire à manger, le ménage, ... Les patients affirment que sans leur famille ou leur soutien, ils ne pourraient pas gérer leur maladie seuls.

Dans la discussion et la conclusion de l'étude, les auteurs soulignent le fait d'avoir identifié plusieurs plaintes et la grande possibilité de les explorer afin d'inspirer le développement des programmes de gestion et des services de soins pharmaceutiques avec le but d'améliorer certains points de santé des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive. (Jarab et al. 2018)

Ces deux études montrent à quel point le patient se sent démuni face à sa maladie et d'autant plus s'il reçoit peu d'informations sur ce qu'elle implique, sa médication, comment celle-ci marche, à quoi sert-elle,...

## B. Plus-value du **pharmacien** selon la littérature

Voici quelques études montrant l'intérêt du pharmacien dans la prise en charge d'un patient bronchiteux chronique.

La première, analysée et résumée par Minerva, est une étude randomisée contrôlée en simple aveugle. Elle se prénomme PHARMACOP. (Tommelein et al. 2014). Elle a été réalisée en Belgique dans 170 pharmacies. Elle incluait 734 patients de plus de 50 ans ayant fumé plus de 10 paquets par an. Ils ont été séparés en deux groupes : un groupe intervention et un groupe contrôle.

Dans le premier groupe, les malades ont été informés sur la maladie, sur les différents traitements et comment les utiliser, des méthodes d'hygiène, sur l'arrêt de la cigarette, ... Et ce lors de deux séances avec le pharmacien formé sur la BPCO et sur les critères GOLD. L'autre groupe a, lui, été suivi de manière habituelle.

Les chercheurs ont remarqué que les participants du groupe d'intervention avaient adopté des bonnes habitudes en matière d'inhalation et leur observance était meilleure que le groupe témoin et ce après les 3 mois de l'étude. Par contre, il n'y avait pas de différence avec le nombre de survenues d'exacerbation entre les deux groupes.

Selon Minerva, bien que l'étude présente des lacunes au niveau méthodologique (population choisie, définition de suivi habituel pour le groupe témoin, ...), elle montre une réelle plus-value de l'implication du pharmacien dans l'observance et la bonne utilisation des médicaments. (Laekeman 2015)

La seconde est un résumé d'une méta-analyse, toujours réalisée par Minerva en 2014, de 26 études randomisées contrôlées (autrement dit, RCT =Randomized Controlled Trial). La question de recherche était la suivante : « *Quelle est l'efficacité d'une intervention thérapeutique intégrée (multidimensionnelle et multidisciplinaire) chez des patients souffrant de BPCO en termes de qualité de vie, de tolérance à l'effort et d'exacerbations ?* ». Donc, ces RCT comparaient la prise en charge intégrée ( $\geq 2$  composantes) et multidisciplinaire ( $\geq 2$  intervenants) avec une durée d'étude supérieure à 3 mois.

Plusieurs critères principaux d'évaluations (outcome primaire) étaient investigués : le score de qualité de vie (selon le Saint Georges Respiratory Questionnaire), le questionnaire Chronic Respiratory Questionnaire, la tolérance à l'exercice et les exacerbations. Par ailleurs, d'autres critères d'évaluation secondaires (outcome secondaires) étaient également analysés : la dyspnée, la mortalité, la fonction pulmonaire, l'anxiété et la dépression.

Les auteurs de la méta-analyse concluent à une efficacité de la prise en charge intégrée des patients atteints de BPCO avec une amélioration de la qualité de vie, la capacité d'exercices physiques et la diminution du nombre d'hospitalisations ainsi que de la durée de celles-ci. Minerva juge que le risque de biais de la méta-analyse a été évité grâce à la méthode de travail des auteurs. En ce qui concerne les résultats en eux-mêmes, il est indéniable que les soins intégrés ont un rôle. Cependant, l'efficacité à long terme n'a pas pu être prouvée étant donné qu'aucune des études ne suivait ses patients plus de 12 mois. Or, c'est une maladie chronique irréversible donc le suivi à long terme est plus qu'important. Minerva complète son avis en expliquant que le fait d'avoir choisi des RCT réalisées dans différents pays avec des systèmes de soins de santé complètement différents permet d'augmenter la validité en soulignant néanmoins le manque d'égalité dans le suivi du groupe contrôle. Elle conclut à l'intérêt des soins d'intervention intégrés multidisciplinaires mais avec la nécessité d'investiguer plus car le niveau de preuve n'est pas suffisant. (Van Meerhaeghe 2014)

Une dernière étude que j'aimerais aborder est une revue de la littérature sur l'impact du pharmacien d'officine sur l'adhérence à la médication et aux méthodes d'inhalation. Elle a été publiée en 2016 et s'intéresse à des études sur une période de dix ans (2005 à 2015).

Quand on parle du suivi des bronchiteux chroniques, l'adhérence à la médication et la technique d'inhalation sont deux choses qui doivent être considérées. En effet, le traitement par inhalation représente une très grande part dans la médication pour la BPCO. Il est donc très important que le patient suive certaines étapes lors de la prise de leur inhalateur afin de recevoir la dose exacte. L'adhérence, elle, inclut le respect du schéma de médication et des changements dans le mode de vie décidés en accord avec le médecin. Or, selon l'OMS, l'adhérence au traitement ne serait que de 50 %. Pourtant, un non-respect des techniques d'inhalation et du schéma de médication provoque une évolution plus rapide de la maladie.

Les critères d'inclusion pour les études choisies étaient, entre autres, qu'elles devaient être réalisées par des pharmaciens d'officine et elles acceptaient aussi des études observationnelles et les études qui avaient travaillé à la fois sur des patients bronchiteux et asthmatiques. A l'inverse, voici les critères d'exclusion : les études publiées avant 2005, les études réalisées par des autres professionnels de la santé et des études uniquement chez des asthmatiques. Toutes les études comportent à chaque fois un groupe intervention et un groupe contrôle. Celles décrites dans ce mémoire ne concernent que celles réalisées en Europe.

Les reviewers ont analysé une première étude réalisée **en Angleterre**. Les pharmaciens qui avaient été formés avant de commencer l'étude, proposaient une aide à la cessation tabagique, une éducation et des conseils sur la façon d'utiliser les inhalateurs, ils prévoyaient également les possibles exacerbations en expliquant les symptômes et ils donnaient des conseils concernant le mode de vie. Plusieurs améliorations ont été rapportées mais seule l'adhérence à la médication était statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

**Au Pays-Bas**, une autre étude a été menée, où le pharmacien intervenait en proposant un programme de compréhension basée sur la compliance avec le traitement d'entretien, l'amélioration de la technique d'inhalation et une revue de la médication en supprimant les médicaments inutiles. Les résultats pour le critère d'évaluation primaire (outcome primaire) ont montré une forte diminution de l'utilisation de corticostéroïdes et d'antibiotiques. Le critère d'évaluation secondaire (outcome secondaire) analysé a mis en évidence des arrêts

d'utilisations non optimales de médicaments. Trois problèmes ont été réduits de façon significative : l'utilisation de médicaments obsolètes comme cromoglicite, l'arrêt de médicaments contre indiqués comme certains β-bloquants et la réduction d'utilisation d'inhalateurs à poudre pour les patients ayant une insuffisance respiratoire.

La prochaine étude se déroule **en Allemagne** où les pharmaciens se concentraient sur la technique d'inhalation en proposant une explication, des exercices pratiques avec démonstration. Quatre semaines après, les patients devaient venir faire une visite de contrôle en montrant leur technique. Avant la première séance, 78,9 % des patients n'utilisaient pas correctement leur médication. Quatre semaines après la séance, seulement 28,3% l'utilisaient encore mal.

**En Belgique**, une étude observationnelle transversale a été réalisée. Les patients ont répondu à des questionnaires concernant leur médication, leur possible passé de fumeur, leur vaccination et leur technique pour utiliser leur inhalateur. L'adhérence au traitement a été évaluée par l'analyse de l'historique médicamenteux du patient. Presque la moitié des patients avaient une mauvaise adhérence au traitement, environ 20% étaient fumeurs et 20% aussi avaient des problèmes d'utilisation de l'inhalateur. Seulement 65% des patients avaient été vaccinés pour la grippe. Les chercheurs ont donc conclu que l'intervention du pharmacien pourrait être nécessaire pour réduire ces statistiques.

Les reviewers ont également parlé de l'étude PHARMACOP que j'ai abordé au tout début de ce point.

En conclusion, toutes ces études montrent un réel intérêt de l'intervention du pharmacien d'officine. Les interventions proposées ont presque toujours significativement amélioré l'utilisation des inhalateurs et augmenté l'adhérence au traitement. Il ressort aussi que le rôle du pharmacien n'est pas encore assez reconnu et que d'autres études doivent être réalisées notamment sur le nombre de rendez-vous nécessaires pour vérifier les techniques d'inhalation pour éviter la détérioration de l'utilisation avec le temps. Le rôle du pharmacien devrait être mis en lumière par le système de soins de santé. (Hesso, Nabhani Gebara, and Kayyali 2016)

Ces différentes études mettent bien en avant les rôles que le pharmacien d'officine peut avoir que ce soit au niveau de l'adhérence au traitement, de la compréhension de la maladie et de la médication (à quoi elle sert et comment elle marche).

### C. **Bénéfices en termes de coûts pour le patient**

Pour qu'un système de suivi plus élaboré soit mis en place pour épauler les patients, il faut que celui-ci ait un apport en termes de coût pour la société sinon il ne sera jamais approuvé. Une étude de 2014, réalisée en Belgique, se penche sur la question.

Pour cela, les auteurs ont fait une étude de coût-efficacité par rapport à l'étude PHARMACOP qui est relatée plus haut au point VI.B. Seuls les coûts directs ont été pris en compte comme les soins primaires, le prix d'une hospitalisation, la médication, ... Les chercheurs ont fait une projection sur un an de ce que les patients pourraient économiser par rapport au groupe témoin.

Passons directement aux résultats et à la discussion. Les chercheurs ont remarqué que pour le groupe intervention, il y aurait une économie de 227 € par rapport à une prise en charge habituelle. Ils relèvent aussi le fait qu'il y aurait une diminution significative d'hospitalisation pour exacerbations avec un faible gain de QUALY (Quality – Adjusted Life Year). Pour finir, les patients économisent 388€ par an en évitant des exacerbations par rapport à des patients qui payent 161€ pour recevoir une prise en charge habituelle. Ils ont fait une projection sur plusieurs années de ce que pourrait apporter l'intervention PHARMACOP et ils remarquent que sur 12,5 ans, 1,36 hospitalisations par patient dues à des exacerbations pourraient être évitées. Mais pour confirmer cette hypothèse, il faudra faire un suivi clinique complet des patients sur plusieurs années. Ils concluent que l'aide à l'adhérence aurait une importance au niveau économique. Les soins offerts par le pharmacien sont peu onéreux et devraient donc être proposé à tous les patients. (Van Boven et al. 2014)

Peu d'études sont réalisées à ce sujet mais celle-ci, bien que non récente, montre tout de même un intérêt financier d'une meilleure éducation du patient.

## VII. Comment s’y prendre pour réaliser l’éducation thérapeutique d’un patient BPCO ?

Pour cerner au mieux les connaissances et attentes des patients, j’ai réalisé un questionnaire (**annexe 3**) que j’ai distribué dans la pharmacie où je réalise mon stage mais également auprès des patients de ma maman, kinésithérapeute, et de ma sœur, médecin généraliste. J’ai également décidé d’interroger des pharmaciens (**annexe 4**) afin de connaître leur point de vue sur ce sujet : les problèmes au niveau de la délivrance, de la compliance des patients, de l’apport d’un outil thérapeutique adapté, ... L’enquête a été réalisée grâce à Google formulaire et a été partagée aux maîtres de stage de la plupart des masters 2, sur un groupe Facebook de pharmaciens d’officine et par ma promotrice. Dans un premier temps, j’exposerai les résultats et dans un second je discuterai ces derniers. Enfin, je terminerai par ma version d’un BUM BPCO.

### A. Enquêtes

#### 1. Enquête « patients »

##### a) Résultats

Vingt personnes ont répondu au questionnaire « patients » et plus précisément dix hommes et dix femmes. La plupart des patients se situent dans les tranches de 60 à 69 ans (30%) et de 70 à 79 ans (40%) comme indiqué sur la **figure 2**.

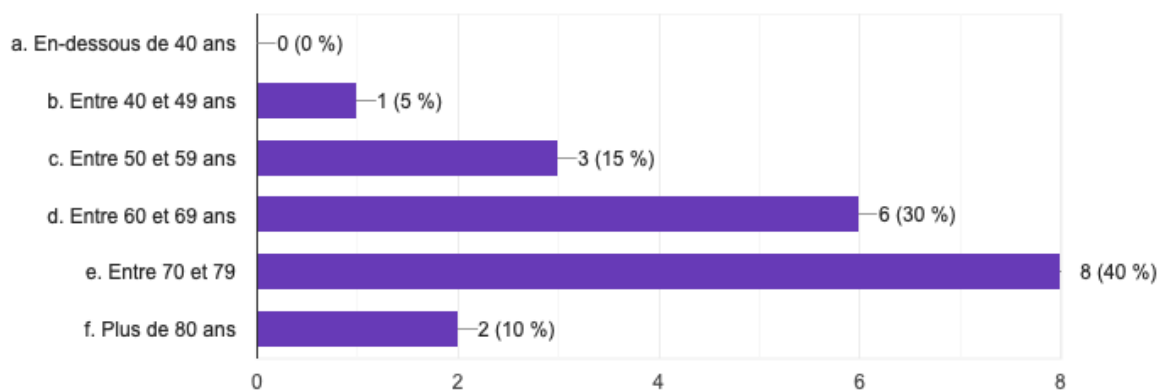


Figure 2 : Répartition en pourcentage des patients en fonction de leur tranche d'âge

La **figure 3** informe du moment approximatif du diagnostic de la maladie chez les patients interrogés. 35% ont été diagnostiqués il y a 9 à 14 ans et 30 % il y a 4 à 8 ans. Il y a tout de même 20% diagnostiqués il y a plus de 15 ans et 15% plus récemment, il y a moins de trois ans.

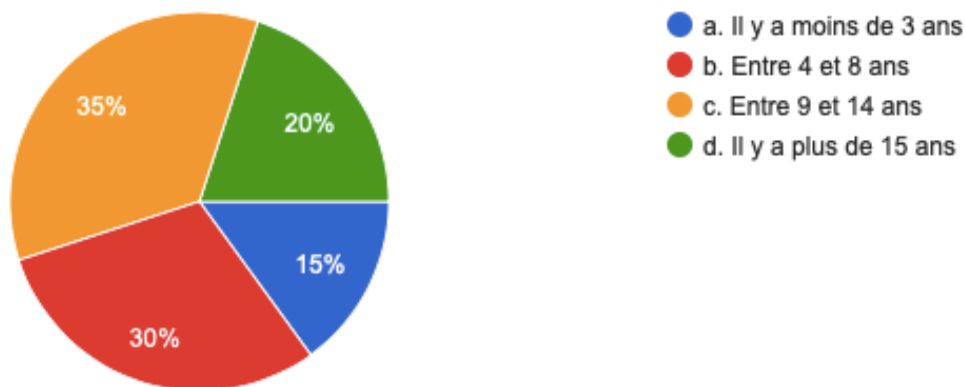


Figure 3 : Répartition en pourcentage des patients en fonction de leur année de diagnostic

En posant la question de ce qu'est la bronchopneumopathie chronique obstructive, 30% ne savent pas. Pour les 70% affirmant savoir la définir, les réponses à la question suivante sont assez peu détaillées avec en général les propositions suivantes : bronchites chroniques, pneumonies, pathologie lourde et pneumothorax.

Tous les patients connaissaient leur traitement exact. La plupart prennent du Duovent® (40%), du Symbicort® (35%) et du Spiriva® (50%). Certains prennent de l'Ultibro® (20%) et 1 personne prend la trithérapie Trelegy®. La totalité des patients prennent un traitement de fond et un traitement de crise. 25% des patients sont également sous oxygène.

En les interrogeant sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, 40 % disent ne rencontrer aucune difficulté. Par contre, 40 % ont du mal à comprendre leur maladie, 25% oublient de prendre leur traitement et 20 % rencontrent des problèmes de synchronisation lors de la prise de leur puff. Seuls 10% ont des problèmes avec la posologie.

A l'instauration de leur traitement, la totalité des patients a reçu des explications. Celles-ci ont pour la plupart été fournies par le pneumologue (85%) comme indiqué sur la **figure 4**. Certains ont reçu des informations de leur pharmacien (25%) et d'autres, de leur médecin généraliste (20%). Ils pouvaient cocher plusieurs propositions, certains ont été informés par plusieurs acteurs de soins de santé. Sur les 20 personnes, seulement 55% ont trouvé les informations suffisantes et parmi ces derniers se trouvent les 25% ayant notamment reçu des informations par leur pharmacien.

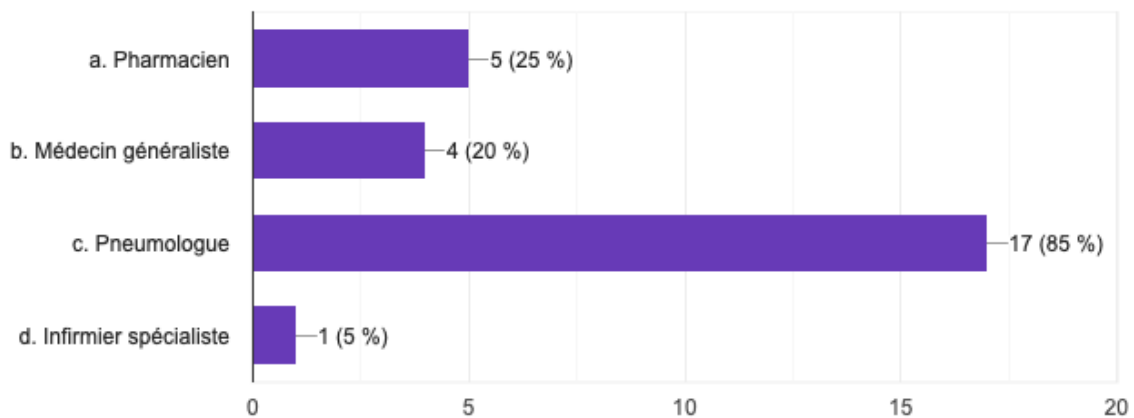


Figure 4 : Répartition des professionnels ayant donné des explications aux patients (pourcentage)

Pour finir, en leur demandant s'ils pensent qu'un entretien personnel avec un pharmacien leur expliquant la maladie, l'utilité des différents médicaments ainsi que leur utilisation, leur serait nécessaire, 75% des patients ont répondu positivement. Parmi les 25% ayant répondu négativement, ceux-ci ont tous jugé avoir reçu des informations suffisantes. Un patient insiste quand même sur le fait qu'il a posé énormément de questions au pharmacien mais que pour une personne n'osant pas forcément interpeller le pharmacien, cela lui semble intéressant de proposer spontanément un entretien personnel.

### *b) Discussion*

Avant d'analyser en profondeur les différentes réponses de cette enquête, voici quelques biais qui pourraient influencer les résultats.

Tout d'abord, le nombre de patients ayant répondu est faible. De plus, les personnes interrogées viennent toutes du Hainaut ce qui empêche d'avoir une vue d'ensemble sur toute la Belgique. Certaines questions auraient pu être approfondies comme par exemple la question huit pour savoir quelles informations exactement ont été reçues. Les questions ouvertes ont été répondues par des mots-clés ce qui rend l'interprétation compliquée. Peut-être qu'il aurait été plus judicieux de trouver des propositions pour faciliter la vie des patients qui n'ont pas toujours la facilité ou le temps d'écrire. L'avantage de cette enquête est qu'elle regroupe autant d'hommes et de femmes permettant ainsi de voir une éventuelle influence du sexe.

Dans les résultats, aucun participant n'a su définir la maladie correctement alors que 70% d'entre eux disaient connaître la définition. Celles-ci étaient toutes approximatives avec

seulement des mots-clés. Cependant, comme expliqué dans les biais, peut-être aurait-il été plus facile pour les gens de proposer des définitions à cocher. En effet, ce n'est pas toujours facile de trouver des mots pour définir une maladie quand nous n'avons aucun bagage scientifique. En regardant, la période à laquelle les gens ont été diagnostiqués, on peut voir que le fait d'avoir récemment pris connaissance de la maladie n'influence pas le fait d'avoir de meilleures connaissances sur la BPCO. En effet, nous pourrions nous dire que l'éducation thérapeutique est un sujet plus présent aujourd'hui par rapport à il y a quinze ans et que donc les patients sont mieux formés sur leur pathologie, or ça ne semble pas être le cas. En suivant cette logique, regardons si les 15% ayant été diagnostiqué il y a moins de 3 ans trouvent que les informations qu'ils ont reçues leur semblent suffisantes. Sur les trois personnes, seule une trouve avoir reçu des informations suffisantes, apportées par ailleurs à la fois par le pneumologue et par le pharmacien alors que les deux autres n'ont été informées que par le pneumologue. Cette personne précise d'ailleurs trouver intéressant un entretien personnel avec le pharmacien. A l'extrême, regardons les personnes ayant été diagnostiquées il y a plus de quinze ans, il y en a 20%. Elles ont toutes reçu leurs informations par le pneumologue et seulement une les a trouvées suffisantes et ne souhaite pas d'entretien personnel avec le pharmacien. Un résultat semble un peu surprenant car une patiente n'a pas reçu d'information suffisante mais elle ne trouve pas utile un entretien avec le pharmacien. Il aurait donc été intéressant d'interroger cette personne afin de connaître son raisonnement et son avis. Dans les tranches de diagnostic d'il y a 4 à 8 ans et 9 à 14 ans, il reste 65% des patients interrogés. Il y a 9 personnes qui trouvent avoir reçu des informations suffisantes mais pourtant 5 d'entre elles trouveraient intéressant d'avoir un entretien personnel avec un pharmacien. Les 4 personnes n'ayant pas reçu assez d'explications souhaiteraient un rendez-vous personnel. Nous pouvons voir que peu importe l'année de diagnostic, les gens sont dans l'ensemble motivés par la possibilité d'un entretien éducatif avec le pharmacien.

Tous les participants connaissaient leurs différents traitements. Il aurait été intéressant de voir si tous savaient distinguer leur traitement de fond de leur traitement de crise.

Quand on se penche sur les problèmes récurrents ressentis par les patients, nous observons que 40% ressent des problèmes de compréhension vis-à-vis de la maladie. Il est surprenant de voir que 3 de ces personnes ont tout de même jugé savoir définir ce qu'est la BPCO. Il serait dès lors intéressant d'en savoir un peu plus. Les autres problèmes sont des oublis de prise (25%)

et des problèmes de synchronisation lors de la prise d'inhalateur (20%). Ce type de problème serait facilement évitable avec un minimum de conscientisation et d'aide.

En conclusion, bien que n'ayant pas beaucoup de réponses, il est clairement observé un manque flagrant de connaissances de la maladie ainsi qu'un besoin et une demande de prise en charge par le pharmacien. Après réflexion, des interviews auraient été encore plus intéressantes afin de pouvoir rebondir sur les réponses parfois contradictoires des participants. Malheureusement, par manque de temps, cette idée n'était pas réalisable.

## 2. Enquête « pharmaciens »

### a) Résultats

Pour commencer, voici quelques données démographiques concernant les participants à l'enquête. Sur les 42 pharmaciens ayant répondu au questionnaire, 90,5 % sont des femmes (38). Sur la **figure 5**, nous observons que 45,2% des répondants ont entre 25 et 34 ans (avec 42,8% de femmes) et 32,5% ont entre 45 et 54 ans (avec 30,9% de femmes).

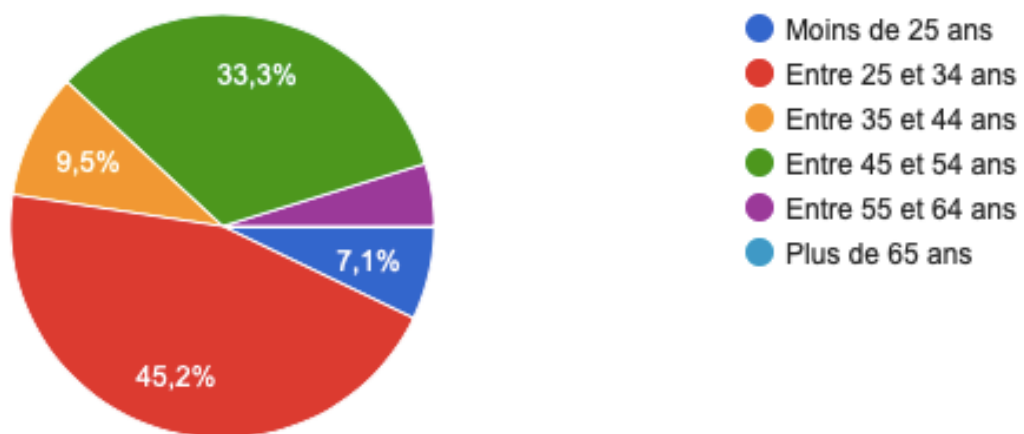


Figure 5 : Représentation en pourcentage du nombre de participants en fonction de leur tranche d'âge

En ce qui concerne le nombre d'années de pratique représenté par la **figure 6**, c'est assez partagé avec tout de même 31 % ayant moins de 5 ans de pratique et 21,4% ayant entre 5 et 10 ans ce qui correspond à la tranche d'âge des 25 et 34 ans.

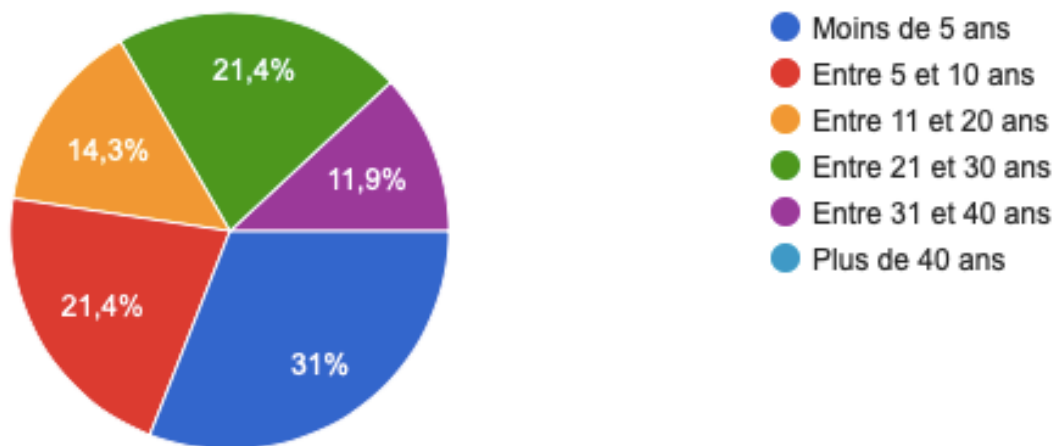


Figure 6 : Répartition des participants en pourcentage en fonction de leurs années de pratique

Près d'un tiers des pharmaciens interrogés viennent de la région de Bruxelles (26,2%), mais il y a tout de même une bonne répartition des réponses dans le reste de la Wallonie avec 21,5% des répondants dans le Brabant Wallon, 21,4% dans le Hainaut, 16,7% dans le Namurois et 11,9% à Liège. Seul 1 personne (2,4%) a répondu en Flandre. Ces données sont représentées par la **figure 7**.

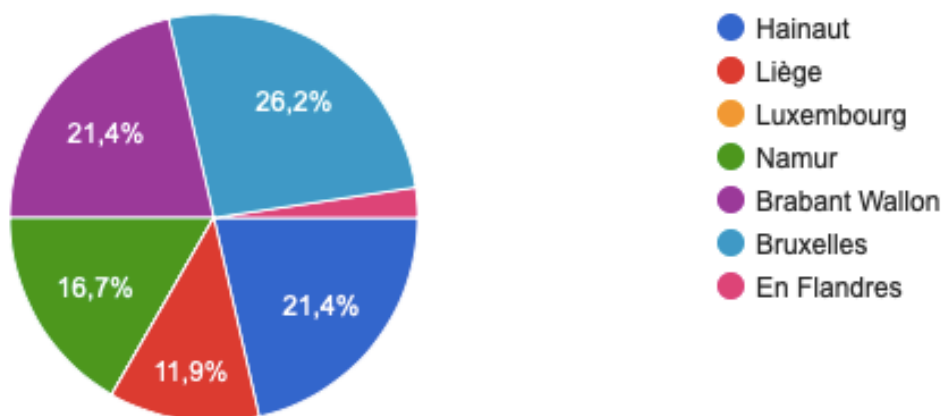


Figure 7 : Répartition des pharmaciens en fonction de la province où ils pratiquent (en pourcentage)

Voici, maintenant, les résultats au sujet de la BPCO. Une première question leur demandant de la définir était posée. 95,2% (40) des participants y ont répondu. Tous ont défini la signification des lettres de l'acronyme. La plupart exprime la notion d'irréversibilité de la maladie au contraire de l'asthme et explique le fait que ce soit une inflammation des bronches avec une diminution des capacités respiratoires.

Deuxièmement, il leur est demandé d'expliquer comment ils reconnaissent un patient atteint de cette maladie. Pouvant sélectionner plusieurs réponses, la réponse qui arrive en premier lieu (88,1%) est le fait de connaître la médication de la personne. En seconde position, la moitié les reconnaît grâce au patient lui-même qui explique son problème (50%). Ensuite, 45,2% les identifie également à leur besoin de commander de l'oxygène. Et enfin, 38,1% le devinent à leur voix éraillée faisant penser à celle d'un fumeur.

L'enquête s'intéressait également aux nombres approximatifs de patients atteints de cette maladie que les pharmaciens recevaient dans leur officine. 32,5% en reçoivent entre 10 et 15 et 30% en reçoivent entre 5 et 10. Seulement 5% en reçoivent plus de 20, il s'agit d'un pharmacien travaillant à Bruxelles et de celui travaillant en Flandre. On peut également voir sur la **figure 8** que 22,5% ont moins de 5 patients et 10% entre 15 et 20.

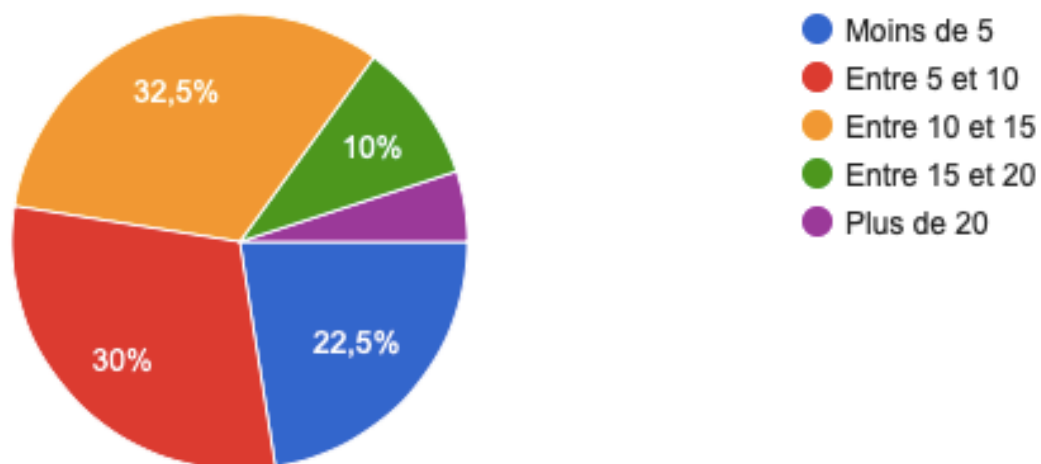


Figure 8 : Répartition du nombre de pharmaciens en fonction du nombre de patients atteints de BPCO qu'ils suivent dans leur officine

Ensuite, les répondants devaient sélectionner les problèmes auxquels ils font face lors de la délivrance. Le plus gros souci (pour 78,6%) est le manque de volonté du patient pour arrêter de fumer. Après, 66,7% trouvent que les patients banalisent leur traitement avec 45,2% indiquant une mauvaise volonté du patient à suivre son traitement correctement. 38,1% d'entre eux estiment ne pas recevoir assez d'informations de la part du médecin prescripteur. 28,6% trouvent que les appareils sont compliqués à manipuler. Enfin, 19% ont du mal à expliquer la maladie et son traitement de façon claire au patient.

Dans le même ordre d'idée, voici selon eux les problèmes que les patients rencontrent face à leurs nouveaux traitements. 81% expriment la difficulté des patients à arrêter de fumer. 61,9% expliquent que les patients ont du mal à comprendre leur maladie. 52,4% remarquent des problèmes au niveau de l'utilisation des dispositifs d'inhalation. 16,7% décèlent des difficultés dans la compréhension des posologies. Enfin, en plus des difficultés proposées, un pharmacien met en évidence la difficulté d'acceptation de la maladie pour certains patients et le prix des traitements de fond par rapport au traitement de crise.

En les interrogeant sur l'utilité du développement d'un Bon Usage du Médicament à l'instar de celui déjà créé pour l'asthme, 83,8% (35) répondent positivement à l'initiative. 91,42 % d'entre eux l'utiliseraient.

75% de tous les répondants sont freinés par un manque de temps, 52,5% par un manque de rémunération et 40 % par un manque de reconnaissance. Un pharmacien est bloqué par le manque de reconnaissance par les médecins du rôle de pharmacien, un autre estime que le patient est déjà informé par le pneumologue, un souligne le manque d'informations pratiques et un préférerait faire du coaching anti-tabagisme.

Plusieurs ont donné leur avis sur ce qu'il faudrait mettre en place pour réaliser de manière volontaire ce genre d'intervention. La plupart des pharmaciens demandent du temps, une rémunération suffisante et de la reconnaissance de la part des médecins, surtout les pneumologues. Plusieurs insistent sur le fait que le médecin devrait motiver le patient à demander de l'aide aux pharmaciens, ils souhaiteraient que si une telle intervention se mette en place, les médecins en fasse la publicité et encourage le patient à prendre le temps de les écouter. De plus, une campagne publique pour informer la population de ce service serait à mettre en place. Ils expriment la volonté de recevoir des outils informatifs adaptés avec des supports didactiques tels que des vidéos. Ils désirent du matériel adapté et une information claire et concise à donner aux patients qui manquent de temps. Enfin, certains seraient intéressés par des formations sur le sujet.

La question suivante portait sur la proposition d'autres outils différents d'un BUM. 87,8% sont intéressés par le développement de fiches techniques à donner aux patients et 41,5% sont réceptifs à l'idée de mettre en ligne des vidéos explicatives.

Enfin, la dernière question demandait aux pharmaciens s'ils pensaient que le BUM asthme déjà présent était suffisant pour les patients BPCO. 25 personnes ont répondu : trois personnes ne

l'ont jamais utilisé/conseillé, trois autres trouvent que le BUM suffit, douze pharmaciens le trouvent insuffisant et sept considèrent qu'il doit être adapté.

### *b) Discussion*

Comme pour le questionnaire « patients », plusieurs biais sont à mettre en lumière. Tout d'abord, un nombre réduit de pharmaciens ont répondu à l'enquête ce qui réduit le nombre d'avis. De plus, il y a une bonne représentation de la Wallonie mais seul un avis flamand a été recueilli, peut-être aurait-il fallu traduire l'enquête afin d'avoir une représentation nationale de l'avis des pharmaciens. Enfin, d'un point de vue démographique, il manque des informations sur la situation de l'officine : est-ce qu'il s'agit d'une grosse officine de ville ou d'une petite de campagne. Cela a sûrement une influence sur le nombre de patients atteints de BPCO qu'ils reçoivent et la facilité de prise en charge à l'aide d'un BUM. En effet, en campagne, moins de patients signifient éventuellement plus de temps pour le faire.

Dans la partie démographique du questionnaire, nous pouvons remarquer que beaucoup de jeunes pharmaciens ont répondu à l'enquête. Ce constat peut avoir deux influences : d'un côté, ces pharmaciens manquent peut-être d'expérience dans tout ce qui est éducation thérapeutique mais d'un autre côté ils sont peut-être plus au fait de la théorie et plus demandeur de formation. Sur les 22 pharmaciens de moins de 35 ans, seulement cinq d'entre eux ne trouvent pas intéressants de développer un BUM et ne l'utiliseraient pas et ce surtout pas manque de temps, de rémunération et car il y aurait trop de paperasses à remplir.

Lorsqu'il leur est demandé de définir brièvement la maladie, la plupart l'expliquent bien. Certains se contentent juste de définir l'acronyme. Peut-être que dans le cadre d'une interview, il aurait été plus facile de cerner si le pharmacien a bien compris la maladie. Dans le cadre d'un questionnaire, les gens n'ont pas toujours le temps ou la volonté d'écrire de manière détaillée et préfèrent aller droit au but.

A la question 6, les patients sont la plus grosse partie du temps reconnu par leur médication. Les critères de la voix faisant penser à un fumeur ou du besoin de commander de l'oxygène sont beaucoup plus subjectifs. En effet, en complément de la médication, ils peuvent confirmer l'hypothèse mais en d'autres cas ils peuvent très bien être synonymes d'une autre pathologie. Le mieux reste le fait que le patient explique son problème. Malheureusement, cela n'est pas

toujours le cas si le patient ne se sent pas à l'aise ou n'a pas le temps. La médication semble donc le critère le plus facile et le plus objectif pour identifier un malade atteint de bronchites chroniques.

La question suivante, qui portait sur le nombre de patients qu'ils suivaient, fait partie des biais. En effet, il aurait été judicieux de mettre en corrélation le nombre de patients avec le fait de gérer une petite pharmacie de village ou une grande officine de ville.

La question 8 interrogeant les pharmaciens sur les difficultés qu'ils rencontrent lors de la délivrance met en évidence sans grande surprise le manque de volonté des patients à arrêter de fumer. Il est donc nécessaire de prendre ce résultat en compte lors de la mise en place du BUM BPCO et de proposer une démarche pour aider les patients à leur rythme sans les braquer. Ensuite, les patients semblent avoir tendance à banaliser leur traitement et avoir un manque de volonté pour le suivre correctement, il est donc plus que nécessaire de les conscientiser un maximum aux risques encourus suite à une mauvaise observance. Un autre problème est le manque de communication de la part du médecin prescripteur. Il aurait été intéressant de demander ce que les pharmaciens attendaient précisément de la part de celui-ci mais nous pouvons sans doute imaginer le besoin de recevoir une prescription correcte avec la posologie, le moment de prise, l'indication que ce traitement est donné dans le cadre d'une BPCO et la précision du fait que cela soit une nouvelle intervention ou pas. Il est également attendu du médecin que celui-ci reconnaisse le rôle des pharmaciens en motivant le patient à les interroger sur la moindre zone d'ombre sur leur médication. Une partie trouve également que les appareils sont compliqués à manipuler pour le patient. Il est donc important de s'attarder sur ce point qui est une part intégrante de la réussite de la prise en charge. Des outils très utiles existent, notamment développés par l'APB, proposant des fiches « résumés » à donner aux patients ainsi que des courtes vidéos montrant l'utilisation des différentes machines. Enfin, certains expriment leur difficulté à expliquer la maladie et son traitement d'où l'importance de développer un outil synthétique pouvant à la fois servir aux patients mais également aux pharmaciens qui ne sont peut-être plus au fait de la maladie.

La question suivante traitait des problèmes rencontrés cette fois-ci par leurs patients. Ce qui revient encore en majorité est la difficulté d'arrêter de fumer. Encore une fois, cela confirme le besoin de se concentrer sur l'aide au sevrage tabagique. Ensuite, il est remis en évidence la difficulté à comprendre la maladie, les posologies et les appareils d'inhalation. Le paragraphe

sur la question précédente fait déjà part de certaines solutions à ces problèmes et le dernier point de ce travail synthétisera toutes les actions à faire pour aider au mieux le patient.

Au sujet de la demande concernant le développement d'un BUM BPCO, la majorité des répondants est favorable et l'utiliserait mais est freinée, comme dit précédemment, par un manque de rémunération. Pour motiver le gouvernement et notamment le ministère de la santé à accorder un honoraire, il serait judicieux de prouver la plus-value du pharmacien dans l'éducation thérapeutique. Pour cela, des études ont déjà été réalisées comme expliqué auparavant dans le point VI.B concernant la plus-value du pharmacien. D'autres études plus récentes et réalisées en Belgique sont encore à mettre en place pour motiver davantage les politiciens. Un manque de temps est aussi relevé. La mise en place d'une intervention personnelle pour le patient se doit donc d'être le plus efficace possible pour lui comme pour le pharmacien. Pour ce faire, il faut des informations claires et précises. Il y a aussi un manque de reconnaissance de la part des médecins notamment les pneumologues. Il faudrait conscientiser ces derniers au rôle prépondérant du pharmacien. Pour cela, il serait opportun de leur montrer des études prouvant son utilité afin qu'ils motivent le patient à venir poser leurs questions à l'officine.

Enfin, la dernière question visait à évaluer la suffisance du BUM asthme déjà présent. Il est clair que celui-ci est à adapter voire complètement à éviter. La structure peut évidemment rester la même mais beaucoup d'éléments sont différents dans les deux maladies.

En conclusion, à l'instar du questionnaire patients, cette évaluation confirme la nécessité du développement d'un outil éducatif pour le patient et pour aider le pharmacien dans sa démarche d'éducation.

## B. Proposition d'aide

### 1. Qu'est-ce qu'un Bon Usage du Médicament ?

Le Bon Usage du Médicament ou BUM est un outil développé par l'APB où le rôle du pharmacien est à son apogée. Ce concept est essentiellement centré sur le patient. Il vise à proposer une information structurée et documentée et à écouter les besoins du patient. Le BUM commence toujours par un premier entretien où le patient prend connaissance de sa maladie, du rôle et de l'utilisation de son traitement, de l'importance d'une bonne compliance. Le pharmacien vise à motiver le patient à un usage approprié de sa médication. Par la suite, un entretien de suivi peut être proposé afin de vérifier les connaissances et compétences du patient. Cette démarche est proposée à des patients souffrant de maladies chroniques ou pour des patients avec une médication aigue nécessitant une attention particulière. Le BUM est proposé par le pharmacien, prescrit par le médecin ou demandé par le patient. Il est réalisé à l'officine en respectant la confidentialité. Un honoraire est fixé en fonction de la classe pharmacologique. (APB 2017)

### 2. BUM BPCO

Pour réaliser ce Bon Usage du Médicament BPCO, je m'inspirerai de celui réalisé pour l'asthme. En **annexe 5**, vous trouverez le canevas à suivre par le pharmacien. Dans ce point, vous trouverez le détail étape par étape avec des informations claires dans un vocabulaire adéquat pour le patient. En **annexe 6** se trouve un visuel pour le patient, que j'ai créé sur base de celui proposé aux patients asthmatiques, reprenant les mots clés des étapes les plus importantes.

- Premier entretien = entretien d'information :

- Pathologie et rôle du traitement :
  - Qu'est-ce que la maladie ?
    - Définition :

*« La BPCO se caractérise par une **inflammation chronique** des voies respiratoires. Celle-ci entraîne une production accrue de mucus et un rétrécissement progressif des bronches rendant la respiration difficile.*

La BPCO **endommage** aussi les **alvéoles pulmonaires**, dont la destruction progressive diminue la capacité des poumons à alimenter le sang en oxygène et à rejeter le dioxyde de carbone. Les dégâts causés aux poumons sont **irréversibles** et s'aggravent le plus souvent au fil du temps. » (Service de soins de santé de l'inami 2018)

Une image peut être jointe à la définition pour mieux illustrer le mécanisme. Par exemple, les deux schémas ci-après montre d'une part l'inflammation des bronches avec un rétrécissement de celles-ci et une production de mucus (**figure 9**) et d'autre part l'endommagement des alvéoles pulmonaires (**figure 10**).

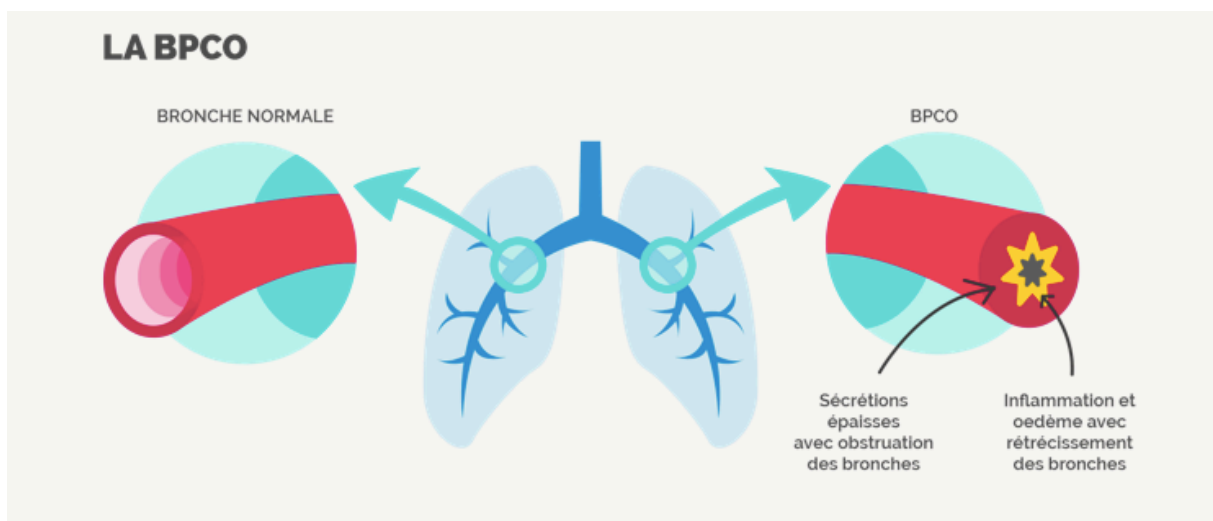


Figure 9 : Schéma représentant l'inflammation et le rétrécissement des bronches issu du site <https://www.bpc.org/anatomie-et-physiologie/>

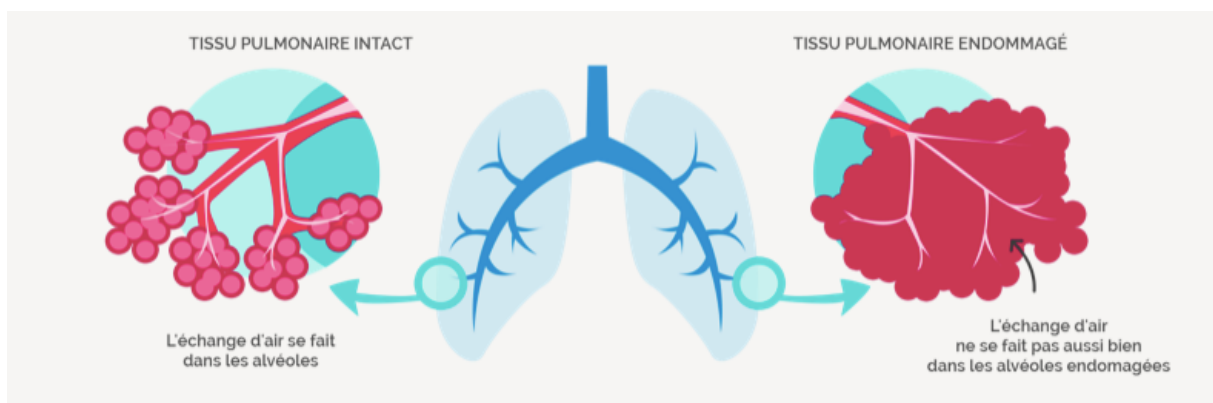


Figure 10 : Schéma représentant la détérioration des alvéoles issu du site <https://www.bpc.org/anatomie-et-physiologie/>

Dans certains cas, les symptômes tels que la dyspnée, la toux et les expectorations peuvent s'aggraver, on parle alors d'**exacerbations**.

- Causes :

La première cause est le tabagisme mais elle se déclare aussi à cause de la pollution atmosphérique ou de l'exposition à des toxines sur son lieu de travail (poussières, gaz, solvants,...). Elle est parfois due à des facteurs génétiques.

- Classement GOLD :

Pour expliquer aux patients pourquoi on lui a attribué son traitement, il est nécessaire de lui réexpliquer ce qu'est le classement GOLD. Il pourra ainsi également comprendre le niveau de sévérité de sa maladie. Il est nécessaire de connaître la valeur du VEMS après bronchodilatation pour le situer dans un des stades. Le tableau 1 dans le point V.A.3.c peut être montré au patient. Pour expliquer au patient ce qu'est le VEMS, il s'agit, par exemple, de faire une démonstration. Nous inspirons et expirons normalement, et après une grande inspiration, nous soufflons le plus fort et le plus vite possible. La première seconde de cette expiration correspond au VEMS. Les patients avec la BPCO auront un VEMS plus faible car ils ont moins de débit et une obstruction des voies aériennes. Sur internet (comme par exemple Youtube), il existe des vidéos démonstratives d'un test de spirométrie permettant aux patients de facilement comprendre la façon de le réaliser.

- Le traitement ?

- But ?

Le traitement permettra de prévenir la détérioration des poumons et l'apparition des symptômes. Il dilatera les bronches et donc facilitera la respiration et diminuera l'essoufflement. Il préviendra également les exacerbations et permettra de les traiter si elles sont présentes.

- Traitement de crise VS traitement de fond ?

Le traitement de crise est à utiliser si nécessaire c'est-à-dire si le patient n'arrive plus à respirer. Il permet de fournir plus d'air s'il se sent essoufflé. Il doit toujours être emporté par le patient où qu'il aille. Le traitement de fond est à utiliser tous les jours et ce même si le patient ne ressent pas de symptôme. Contrairement au traitement de crise dont les effets se font ressentir plus rapidement et vont durer moins longtemps, le traitement de fond va agir sur la durée (12h-24h). Toutefois, l'effet ressenti ne sera pas immédiat (excepté pour le formotérol qui agit en 5 minutes).

- Différentes classes de médicament et leur rôle

Pour ne pas embrouiller le patient, n'expliquez que les classes de médicaments qu'il utilisera. Tout d'abord, nous retrouvons les bronchodilatateurs (béta-agonistes ou anticholinergiques : info pour le pharmacien) à courte durée d'action utilisés pour les crises et à longue durée d'action utilisés tous les jours. Comme leur nom l'indique, ils vont dilater les bronches et donc faciliter la respiration. Si l'un n'est pas suffisant, il est possible de combiner les deux. Ensuite, nous retrouvons les corticostéroïdes qui sont des anti-inflammatoires donnés en association avec les bronchodilatateurs à action longue lorsque les exacerbations sont trop fréquentes. Enfin, des antibiotiques tels que l'azithromycine sont parfois donnés pour prévenir et traiter les exacerbations. A ce sujet, si les exacerbations sont trop fréquentes, il faudra revoir la médication. Elles nécessitent parfois une hospitalisation avec un traitement de choc par corticostéroïdes oraux, antibiotiques ou encore oxygène.

- Traitement non-pharmacologique et cessation tabagique

Il faut également prévenir le patient que l'amélioration de la qualité de vie s'accompagne de mesures non pharmacologiques telles qu'une bonne alimentation, une activité physique régulière, la vaccination contre la grippe et le pneumocoque annuellement mais, surtout, une cessation tabagique. Pour cela, il ne faut surtout pas brusquer le patient et s'assurer de sa volonté à arrêter de fumer. Seul un patient motivé sera capable d'arrêter. S'il se sent prêt, vous pouvez notamment lui conseiller d'aller chez un tabacologue afin de l'aider dans sa démarche.

- Usage du médicament

- Posologie

Elle dépend du traitement. En **annexe 7**, vous trouverez un résumé des posologies en fonction de la classe de médicament (tableaux 7, 8 et 9). Ce document est adapté de celui réalisé par l'APB dans les bonnes pratiques en officine. (Decramer et al. 2012)

- Dose oubliée ?

Il est également repris en **annexe 7** ce qu'il convient de faire en cas d'oubli. Il est évidemment nécessaire de bien faire comprendre aux patients que les symptômes ne seront pas efficacement contrôlés si le traitement n'est pas suivi correctement. Vous pouvez également donner des trucs et astuces pour éviter l'oubli tel que prendre le médicament en même temps que de réaliser une action journalière de la vie quotidienne comme le brossage de dents ; le patient peut aussi

mettre un rappel sur son téléphone ; s'il a plusieurs médicaments à prendre, vous pouvez lui proposer un schéma de médication.

- Crise ?

En cas de crise, le patient utilise son traitement d'appoint. Il est donc encore une fois nécessaire de lui rappeler de bien toujours l'avoir sur lui. Si la crise ne s'améliore pas, ne pas hésiter à prévenir un médecin. Il est néanmoins nécessaire de rappeler aux patients de ne pas en abuser sous peine de ressentir des effets indésirables.

- Effets indésirables

Les plus fréquents sont repris en **annexe 7** mais si le patient utilise correctement son traitement les effets secondaires devraient être minimes. Notamment, lors de la prise de corticostéroïdes inhalés avec lesquels il faut bien insister sur le fait de se rincer la bouche après inhalation afin d'éviter des candidoses buccales.

- Utilisation des inhalateurs

- Pourquoi est-ce important de l'utiliser correctement ?

Si le patient l'utilise correctement, il y a une plus grosse dose de médicaments qui arrive au niveau des poumons avec de ce fait une plus grande efficacité et donc moins de symptômes ressentis.

- Faire une démonstration

Montrez l'inhalateur correspondant au traitement du patient. Expliquez chaque étape même si elle vous semble évidente. Répétez plusieurs fois si nécessaire. Laissez également le patient essayer lui-même en le corrigeant si nécessaire. Il existe des vidéos très explicites sur le site de l'APB ainsi que des fiches schématisées réexpliquant l'usage de l'inhalateur. A chaque entretien, le pharmacien imprime la fiche correspondante à l'inhalateur du patient et la lui donne. Si le patient le désire, il existe également l'application « my puff » qui est très facile d'utilisation. Il suffit de choisir l'inhalateur correspondant et une vidéo explicative est proposée.

- Rappeler les gestes importants

Certains gestes sont très importants : enlever le capuchon, agiter avant emploi, rincer la bouche après la prise de corticoïdes, contrôler le nombre de doses restantes, ... Il est important de

rappeler qu'on ne perçoit pas toujours la dose inhalée donc ne pas faire de deuxième dose même si on ne ressent rien.

- Importance d'une bonne observance

Même en l'absence de symptômes, il est très important de bien prendre le traitement d'entretien. C'est ce qui permettra de diminuer les exacerbations qui peuvent parfois mener à une hospitalisation.

- Signaux d'alarme

Rappelez aux patients d'être attentifs aux signaux suivants : augmentation de l'essoufflement, de la toux, fièvre, utilisation plus fréquente du traitement de crise, diminution de la capacité à effectuer des activités courantes (p.ex. monter des escaliers) ... Dès que ces signaux sont observés, il faut en informer son médecin.

- Deuxième entretien = entretien de suivi

- S'intéresser au patient

A-t-il des difficultés avec son traitement ? Ressent-il d'éventuels effets indésirables ? Remarque-t-il une aggravation de ses symptômes (vérifier si c'est dû à une mauvaise utilisation ou à une médication non suffisante) ? ...

- Vérifier que tous les gros points abordés lors du premier entretien sont acquis
  - o Utilisation du médicament :
    - Observance :

Vous pouvez par exemple vérifier son historique médicamenteux : est-il venu renouveler ses ordonnances ? Vous pouvez également demander s'il lui arrive d'oublier. En **annexe 8**, vous trouverez également un tableau à faire remplir par le patient pour évaluer son observance. Il s'agit du test MARS (Médication Adherence Report Scale) proposé par l'APB dans le BUM asthme. Plus le score est élevé plus l'adhérence est correcte. Si le score est bas, intéressez-vous au patient pour comprendre la raison de cette non-observance et trouvez ainsi une solution.

- Oubli : que fait-il en cas d'oubli ?
- Démonstration par le patient de sa technique d'inhalation : vérifier que celle-ci est adéquate
- Effets indésirables : rappeler les effets indésirables possibles et voyez avec le patient s'il en ressent.

- Évaluer la dyspnée

Afin de vérifier si le traitement est efficace le patient peut réaliser les questionnaires mMRC et CAT repris en **annexe 1 et 2**, déjà évoqués dans le point V.A.3.b.

- Rappeler les mesures non médicamenteuses : ré-insistez sur la cessation tabagique.

Ce BUM est bien entendu une ébauche. Il est assez complet et permettra aux patients de bien comprendre tous les tenants et aboutissants. Un tel processus demande du temps aux pharmaciens. Ce temps peut être gagné en réalisant le plus efficacement possible cette démarche. Une motivation supplémentaire serait la reconnaissance des médecins de l'utilité de ce travail. Si ceux-ci proposaient aux patients de demander à leur pharmacien pour réaliser ce BUM, cela encouragerait le pharmacien à le faire. Une autre motivation serait une rémunération comme déjà proposée pour le BUM asthme et celui pour le diabète. Cette décision revient notamment au ministre de la santé.

### 3. Perspectives d'avenir

Pour accompagner la mise en pratique de ce BUM, il faudra notamment définir la population pouvant recevoir cette éducation. Est-ce que celui-ci sera exclusivement pour les nouveaux patients diagnostiqués ou bien pour tous ceux qui le demandent ? Pour ceux qui prennent un type de médicament particulier?

Il faudra également prévoir de la documentation pour prévenir la population de la mise en place de cet outil avec par exemple des affiches à placer en pharmacie ainsi que des brochures pour

informer le patient. Après la dispensation du BUM, il faudra fournir au patient toute la documentation nécessaire : un compte-rendu de l'entretien et des fiches résumées.

Il serait judicieux de réaliser des campagnes d'informations afin de sensibiliser les médecins aux rôles du pharmacien et ainsi les encourager à motiver leurs patients à venir en officine réaliser cette éducation. A ce sujet, la concertation médico-pharmaceutique peut être une solution. Elle vise à promouvoir la collaboration entre les différents professionnels de la santé afin d'optimiser les soins apportés aux patients. Pour ce faire, les pharmaciens et les médecins peuvent se réunir afin d'exposer les problèmes auxquels ils font face et ce que l'autre peut apporter pour résoudre cette situation. Ces réunions facilitent l'entente entre les différentes parties et si elles vont dans le sens de la promotion de ce BUM, elles peuvent être très bénéfiques pour le patient mais aussi pour les pharmaciens et les médecins (que ce soit les généralistes ou les spécialistes comme le pneumologue).

## VIII. Conclusion

La bronchopneumopathie chronique obstructive est une maladie omniprésente dans le monde. Elle est la quatrième cause de décès dans le monde et deviendra la troisième d'ici 2030 d'après les prévisions de l'OMS. En Belgique, nous pouvons observer une prévalence de plus ou moins 8 % chez les personnes de plus de 65 ans.

En analysant la littérature, il est possible de se rendre compte que les patients ont énormément de mal à comprendre leur maladie, le but de leur traitement, comment l'utiliser, ...

Partant de ce constat, ce mémoire avait pour but de déterminer précisément les problèmes rencontrés par les patients et in fine de leur proposer une aide efficace qui soit facile d'utilisation pour les pharmaciens.

Pour ce faire, le travail a débuté sur une partie théorique permettant de replacer la maladie dans un certain contexte et de se remémorer toutes les particularités de la BPCO en rappelant sa définition, ses causes, sa classification en stades GOLD et ses différents traitements. Toujours, dans la partie théorique, un bref rappel sur ce qu'est l'éducation thérapeutique a été exposé.

La suite a permis de répondre à la première partie de ma question de recherche à savoir : « pourquoi s'intéresser à l'éducation du patient ? ». J'ai donc analysé quelques études visant à identifier les difficultés du patient à tous les niveaux de sa maladie, la plus-value du pharmacien et les bénéfices en termes de coût. Il en est ressorti que le patient avait beaucoup de difficultés face à sa maladie, il se sent démuné et dénonce un manque de suivi de la part des professionnels de la santé. En ce qui concerne le pharmacien, nombreuses études prouvent son importance vis-à-vis de l'éducation thérapeutique. Enfin, des études constatent le bénéfice d'une meilleure prise en charge d'un point de vue financier, que ce soit pour le patient comme pour la société.

Afin de répondre à la deuxième partie de ma question de recherche : « comment s'y prendre pour réaliser l'éducation du patient ? », j'ai, dans un premier temps créé deux enquêtes. Celles-ci ont été menées d'une part, auprès de patients et d'autres part, auprès de pharmaciens, et ont permis de confirmer l'importance d'un meilleur suivi. Les patients trouvent que les informations qu'ils reçoivent ne sont pas suffisantes. Les pharmaciens constatent également des difficultés chez le patient et sont enclins à proposer une aide mais ils dénoncent un manque de temps et de rémunération ainsi qu'un manque de reconnaissance de la part des médecins. Tous

ces éléments ont motivé le point final de ce mémoire, qui est le développement d'un outil qui permettra de mieux expliquer tous les tenants et aboutissant de la maladie aux patients. Celui-ci aidera les pharmaciens dans leur démarche d'éducation du patient face à une maladie chronique et irréversible. Cet outil se veut simple et clair pour le patient mais également pour le pharmacien afin qu'il soit plus motivé à le faire sans être freiné par une éventuelle perte de temps. Il répond bien à la question de la manière dont le pharmacien doit s'y prendre pour s'occuper de l'éducation thérapeutique du patient atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive.

La suite de projet serait sa publication en Belgique, accompagné d'une campagne de pub pour les autres professionnels de la santé qui pourront ainsi reconnaître le rôle du pharmacien et alors motiver le patient à demander de réaliser cette démarche. Pour accompagner ce BUM, il faudra réaliser des affiches, des brochures pour les patients ainsi que des fiches « résumés » qu'ils pourront emporter avec eux.

## IX. Bibliographie

- A.Wise, Robert. 2017. “Déficit En Alpha 1-Antitrypsine.” Le Manuel MSD. 2017. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-pulmonaires/broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-troubles-apparentés/déficit-en-alpha1-antitrypsine>.
- Agusti, Alvar, Bartolome R Celli, Rongchang Chen, Gerard Criner, Peter Frith, David Halpin, Royaume-Uni M Victorina López Varela, et al. 2017. “Initiative Mondiale Pour La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.” [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).
- . 2019. “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019 Report),” 1–140. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).
- APB. 2017. “Description Projet « Entretien d’accompagnement Bon Usage Des Médicaments ».” *APB*, 1–2. [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention\\_pharmaciens\\_avenant36\\_new.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_pharmaciens_avenant36_new.pdf).
- BAPCOC. 2019. “Commission Belge de Coordination de La Politique Antibiotique.” 2019.
- Boven, J Van, Eline Tommelein, Koen Boussery, Els Mehuys, S Vegter, Guy Brusselle, M Rutten van Molken, and M J Postma. 2014. “Improving Inhaler Adherence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Cost-Effectiveness Analysis.” *Respiratory Research* 15: 1–11.
- Charafeddine, Rana, Johan Van Der Heyden, Stefaan Demarest, Sabine Drieskens, Diem Nguyen, Jean Tafforeau, Lydia Gisle, Elise Braekman, and Finaba Berete. 2018. “Mode de Vie et Maladies Chroniques.” Sciensano. 2018.
- Collège des enseignants de pneumologie, . 2017. “Item 205 : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).”
- Decramer, Myra, Isabelle De Wulf, Nathalie Duquet, Joris Maesschalck, Eric Derom, Koen Boussery, and Els Mehuys. 2012. “Bonnes Pratiques En Officine.” *Association Pharmaceutique Belge*.
- Degano, Bruno, and Thibaud Soumagne. 2014. “Explorations Cliniques et Fonctionnelles Dans La BPCO: De La Détection Au Suivi.” *Presse Medicale* 43 (12): 1344–52. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.05.019>.
- Herath, Samantha C, Rebecca Normansell, Samantha Maisey, and Phillippa Poole. 2018. “Prophylactic Antibiotic Therapy for Chronic Obstructive Pulmonary Disease.” *Cochrane*, no. 10: 1–97.
- Hesso, I, S Nabhani Gebara, and R Kayyali. 2016. “Impact of Community Pharmacists in COPD Management: Inhalation Technique and Medication Adherence.” *Elsevier*, 22–30.
- Jarab, A, E Alefishat, T Mukattash, K Alzoubi, and S Pinto. 2018. “Patients’ Perspective of the Impact of COPD on Quality of Life: A Focus Group Study for Patients with COPD.”

- International Journal of Clinical Pharmacy* 40: 573–79.
- Laekeman, G. 2015. “Pharmacien Partenaire Du Patient BPCO?” *Minerva*, 1–2.
- Ligue Pulmonaire. 2010. “Spirométrie (Test de La Fonction Pulmonaire).”
- Meerhaeghe, A Van. 2014. “Les Programmes de Soins Intégrés, Multidisciplinaires, Améliorent-Ils La Prise En Charge Du Patient Atteint de BPCO?” *Minerva*, 1–2.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2016. “Affections Respiratoires Chroniques.” OMS. 2016. <https://www.who.int/respiratory/copd/burden/fr/>.
- Reilly, JJ, E.K Silverman, and S.D Shapiro. 2012. “Bronchopneumopathies Chroniques Obstructives.” In *Harrisson : Principe de Médecine Interne*, 2151–60.
- Service de soins de santé de l’inami, /. 2018. “BPCO : Que Devez Vous Savoir?” INAMI. 2018.
- Sigurgeirsdottir, J, S Halldorsdottir, R Harpa Arnardottir, G Gudmundsson, and E Hreinn Bjornsson. 2019. “COPD Patients Experiences , Self-Reported Needs, and Need-Driven Strategies to Cope with Self-Management.” *International Journal of Chronic Obstructive Pulmoary Disease* 14: 1033–43.
- Soumagne, T., D. Caillaud, B. Degano, and J. C. Dalphin. 2017. “BPCO Professionnelles et BPCO Post-Tabagique : Similarités et Différences.” *Revue Des Maladies Respiratoires* 34 (6): 607–17. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.07.009>.
- Tommelein, Eline, Els Mehuys, Thierry Van Hees, Els Adriaens, Luc Van Bortel, Thierry Christiaens, Inge Van Tongelen, Jean Paul Remon, Koen Boussery, and Guy Brusselle. 2014. “Effectiveness of Pharmaceutical Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (PHARMACOP): A Randomized Controlled Trial.” *British Journal of Clinical Pharmacology* 77 (5): 756–66. <https://doi.org/10.1111/bcp.12242>.
- Wulf, I De, C Blanckaert, JP Cirriez, L Colla, H De loof, D Duh, N Duquet, et al. 2019. “APB.” *Journal de Pharmacie de Belgique* 3: 4–19.

## X. Annexes

### A. Annexe 1

Tableau 5 : Reproduction de l'échelle MRC modifiée de la dyspnée tiré de l'initiative GOLD 2017 : <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>

<b>Veillez cocher la case qui s'applique à vous (une seule case) (Grades 0-4)</b>	
<b>mMRC Grade 0.</b> Je ne suis essoufflé qu'en cas d'effort intense.	
<b>mMRC Grade 1.</b> Je suis essoufflé en marchant vite sur terrain plat ou en montant une légère pente.	
<b>mMRC Grade 2.</b> Je marche plus lentement que les gens du même âge sur terrain plat à cause de l'essoufflement ou je dois m'arrêter pour reprendre mon souffle quand je marche à mon rythme sur terrain plat.	
<b>mMRC Grade 3.</b> Je m'arrête pour reprendre mon souffle après avoir marché 100 mètres ou après quelques minutes de marche sur terrain plat.	
<b>mMRC Grade 4.</b> Je suis trop essoufflé pour sortir de chez moi ou je suis essoufflé en m'habillant ou en me déshabillant.	

## B. Annexe 2

Tableau 6 : Reproduction de l'évaluation CAT tirée de l'initiative GOLD 2017 <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>

<b>A chacun des items ci-dessous, faites une marque dans la case qui vous décrit le mieux actuellement. Ne donnez qu'une seule réponse à chaque question.</b>			<b>Score</b>
Je ne tousse jamais	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je tousse sans arrêt	
Je ne suis pas du tout encombré (mucus bronchique)	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je suis très encombré (mucus bronchique)	
Je ne ressens pas d'oppression thoracique	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je ressens une importante oppression thoracique	
Je ne suis pas essoufflé quand je monte une pente ou des escaliers	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je suis très essoufflé quand je monte une pente ou une volée d'escaliers	
Je ne suis pas limité dans mes activités domestiques	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je suis très limité dans mes activités domestiques	
Je ne crains pas de sortir de chez moi malgré mon état pulmonaire	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	J'ai peur de sortir de chez moi à cause de mon état pulmonaire	
Je dors bien	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je ne dors pas bien à cause de mon état pulmonaire	
Je me sens plein d'énergie	<b>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5</b>	Je manque totalement d'énergie	
<b>Score total :</b>			

### C. Annexe 3

Questionnaire patients :

Dans le cadre de ma dernière année en sciences pharmaceutiques, je réalise un mémoire sur le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient souffrant de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO ou bronchite chronique). J'aimerais créer une aide aux patients qui débutent un nouveau traitement. Ce questionnaire m'aidera à cibler les difficultés éventuelles auxquelles vous faites ou avez fait face. Il ne vous prendra que 5 à 10 minutes. Merci pour vos réponses.

Naomi Savel.

- 1) Êtes-vous :
  - a. Un homme
  - b. Une femme
  
- 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :
  - a. En-dessous de 40 ans
  - b. Entre 40 et 49 ans
  - c. Entre 50 et 59 ans
  - d. Entre 60 et 69 ans
  - e. Entre 70 et 79
  - f. Plus de 80 ans
  
- 3) Savez-vous ce qu'est la BPCO ?
  - a. Oui
  - b. Non
  
- 4) Si oui pouvez la définir ?
  
- 5) Quand avez-vous été diagnostiqué ?
  - a. Il y a moins de 3 ans
  - b. Entre 4 et 8 ans
  - c. Entre 9 et 14 ans
  - d. Il y a plus de 15 ans

- 6) Quel traitement prenez-vous ?
- Nom du médicament :
  - Oxygène : oui – non
  - Vous ne savez pas
- 7) Quelles difficultés rencontrez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
- Compréhension de la maladie
  - Compréhension de la posologie (nombre et dose à prendre par jour)
  - Compréhension de l'appareil
  - Synchronisation entre l'inspiration et la pression sur le dispositif
  - Oubli de prise
  - Autres : \_\_\_\_\_
- 8) Avez-vous reçu des explications à l'instauration de votre traitement ?
- Oui
  - Non
- 9) Si oui, qui vous a fourni ces informations ?
- Pharmacien
  - Médecin généraliste
  - Pneumologue
  - Infirmier spécialiste
  - Autre : \_\_\_\_\_
- 10) Les avez-vous trouvées suffisantes ?
- Oui
  - Non
- 11) Pensez-vous qu'un entretien personnel avec un pharmacien vous expliquant la maladie, l'utilité des différents médicaments ainsi que leur utilisation vous serait utile ou vous aurait été utile?
- Oui
  - Non

12) A part une explication de ce qu'est la maladie, ses traitements et leur utilisation, voyez-vous quelque chose qui pourrait vous aider dans le processus de mise en place d'un nouveau traitement ?

13) Remarques éventuelles

## D. Annexe 4

Questionnaire pharmaciens :

**Contexte :** Dans le cadre de ma dernière année en sciences pharmaceutiques, je réalise un mémoire sur le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient souffrant de BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). J'aimerais créer un BUM ( Bon Usage du Médicament) à l'image de ceux créés pour le diabète et l'asthme par l'APB afin de venir en aide à ces patients. Afin de cibler au mieux vos besoins et ceux des patients, voici un petit questionnaire s'adressant en particulier aux pharmaciens. Ce questionnaire vous prendra maximum dix minutes à réaliser.

- 1) Etes vous :
  - a. Un homme
  - b. Une Femme
  
- 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :
  - a. Moins de 25 ans
  - b. Entre 25 et 34 ans
  - c. Entre 35 et 44 ans
  - d. Entre 45 et 54 ans
  - e. Entre 55 et 64 ans
  - f. Plus de 65 ans
  
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous le métier de pharmacien :
  - a. Moins de 5 ans
  - b. Entre 5 et 10 ans
  - c. Entre 11 et 20 ans
  - d. Entre 21 et 30 ans
  - e. Entre 31 et 40 ans
  - f. Plus de 40 ans
  
- 4) Où pratiquez-vous ?
  - a. Hainaut
  - b. Liège

- c. Luxembourg
- d. Namur
- e. Brabant Wallon
- f. Bruxelles
- g. En Flandres

- 5) Pouvez-vous donner une courte définition de ce qu'est pour vous la BPCO ?
- 6) Comment reconnaissez-vous un patient BPCO ? Grâce à :
- a. Leur médication
  - b. Leur voix (éraillée, faisant penser à un fumeur)
  - c. Le besoin de commander de l'oxygène
  - d. Le patient lui-même qui explique son problème
  - e. Autre(s) : -----
- 7) Si vous savez les identifier, pouvez-vous dire combien vous recevez de patients atteints de BPCO dans votre officine par mois ?
- a. Moins de 5
  - b. Entre 5 et 10
  - c. Entre 10 et 15
  - d. Entre 15 et 20
  - e. Plus de 20
- 8) A quels problèmes faites-vous face au niveau de la délivrance ?
- a. Difficulté d'expliquer la maladie et le traitement
  - b. Appareils compliqués à manipuler
  - c. Patients banalisant leur traitement
  - d. Manque d'informations reçues par le médecin (but du traitement, posologie, ...)
  - e. Manque de volonté du patient pour suivre son traitement correctement
  - f. Manque de volonté du patient pour arrêter de fumer
  - g. Autre(s) : -----
- 9) Quels sont les problèmes récurrents rencontrés par le patient face à son nouveau traitement ?

- a. Problème d'utilisation
- b. Compréhension des posologies
- c. Compréhension de la maladie
- d. Arrêter de fumer
- e. Autre(s) :

10) Pensez-vous qu'il serait intéressant de développer ce BUM ?

- a. Oui
- b. Non

11) L'utiliseriez-vous ?

- a. Oui
- b. Non

12) Qu'est-ce qui vous freine ?

- a. Manque de temps
- b. Manque de rémunération
- c. Manque de reconnaissance
- d. Autre(s) :-----

13) Que faudrait-il mettre en place pour que vous fassiez volontiers ce genre d'intervention ?

14) Que pourrait-on mettre d'autre en place pour venir en aide aux patients ?

- a. Fiches techniques
- b. Vidéos en ligne
- c. Autres : -----

15) Trouvez-vous que le BUM asthme est suffisant pour être appliqué à ce type de patients ?

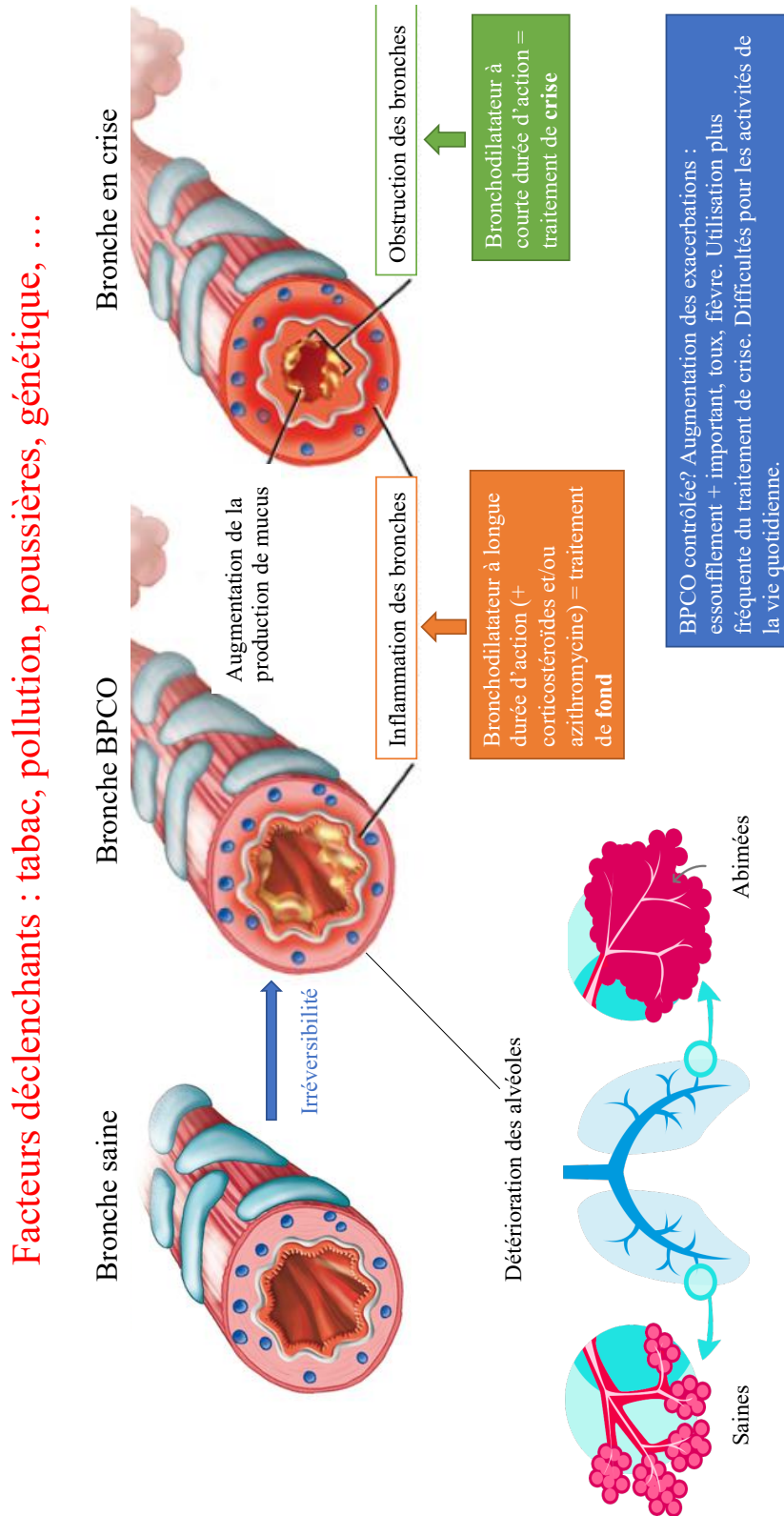
16) Commentaires/remarques éventuels :

## E. Annexe 5 : ébauche d'un BUM BPCO

- Premier entretien = entretien d'information :
  - Pathologie et rôle du traitement :
    - Qu'est-ce que la maladie ?
      - Définition : inflammation ; détérioration des alvéoles ; irréversibilité
      - Causes : tabac, pollution, poussières, génétique, ...
      - Classement GOLD
    - Le traitement ?
      - But ?
      - Traitement de crise VS traitement de fond ? Ponctuel VS régulier
      - Différentes classes de médicament et leur rôle
      - Traitement non-pharmacologique et cessation tabagique
  - Usage du médicament
    - Posologie (**annexe 7**)
    - Dose oubliée ? (**annexe 7**)
    - Crise ?
    - Effets indésirables (**annexe 7**)
  - Utilisation des inhalateurs
    - Pourquoi est-ce important de l'utiliser correctement ?
    - Faire une démonstration
    - Rappeler les gestes importants
  - Importance d'une bonne observance
  - Signaux d'alarme : essoufflement, fièvre, augmentation de la toux, ...
- Deuxième entretien = entretien de suivi
  - S'intéresser au patient
  - Vérifier que tous les gros points abordés lors du premier entretien sont acquis
    - Utilisation du médicament :
      - Observance
      - Oublis
      - Démonstration par le patient de sa technique d'inhalation
      - Effets indésirables
    - Évaluer la dyspnée
    - Rappeler les mesures non médicamenteuses

## F. Annexe 6

Figure 11 : Visuel patient avec des photos issues des sites :  
<https://fr.medipedia.be/bpco/comprendre/le-systeme-respiratoire> et  
<https://www.bpco.org/anatomie-et-physiologie/>



## G. Annexe 7

Tableau 7 : reproduction des posologies et informations importantes lors de la délivrance de bêta-agonistes (Decramer et al. 2012)

		Principe actif	Spécialité	Posologie adulte		
<b>Posologie</b>	Courte durée d'action (4 à 6 h)	Salbutamol	Airomir® Ecosal Easi-Breathe® Novolizer® salbutamol Ventolin® et génériques	1 à 2 puffs 4x/J	Traitement de crise	
		Terbutaline	Bricanyl®	1 à 3 puffs 4x/J		
		Fénotérole	Duovent® (+ ipratropium)	1 à 2 puffs 3x/J		
	Longue durée d'action (12 h)	Formotérol	Foradil® Formagal® Formoair® Novolizer® Formoterol Oxis®	1 à 2 doses 2x/J	Traitement d'entretien éventuellement de crise	
			Inuvair® (+ béclométhasone dipropionate)	Voir tableau sur le traitement des corticostéroïdes		
			Symbicort® (+ budésonide)			
		Indacatérol	Onbrez Breezhaler® 150 et 300 µg	1x/J		
		Salmétérol	Serevent® Evohaler 25 µg / diskus 50 µg	2 puffs de 25 ug ou 1 puff de 50 ug 2x/j		Traitement d'entretien
			Seretide® (+ fluticasone)	Voir tableau sur le traitement des corticostéroïdes		
			Viani® (+ fluticasone)			
<b>Oubli d'une dose</b>	Prendre la dose oubliée le plus vite possible, sauf s'il est presque temps de prendre la dose suivante. Ne jamais prendre une double dose pour compenser la dose oubliée.					
<b>Effets indésirables</b>	Tremblements, céphalées, palpitations, augmentation de la tension artérielle.					

Tableau 8 : reproduction des posologies et informations importantes lors de la délivrance d'anticholinergiques (Decramer et al. 2012)

		<b>Principe actif</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Posologie adulte</b>	
<b>Posologie</b>	Courte durée d'action (6h)	Ipratropium	Atrovent®	2 puffs (40 ug4x/j)	Traitement de crise
			Duovent® (+ fénotérol)	3x/J 1 à 2 puffs	
	Longue durée d'action (24h)	Tiotropium	Spiriva®	1x/J	Traitement d'entretien
		LABA+LAMA	Ultibro®, Spiolto®, Anaro®	1x/j 1 dose 1x/j 2 doses 1x/j 1 dose	
<b>Oubli d'une dose</b>	Ipratropium : prendre la dose oubliée le plus vite possible, sauf s'il est presque temps de prendre la dose suivante. Ne jamais prendre une double dose pour compenser la dose oubliée. Tiotropium : oubli > 12 h avant la dose suivante : prendre la dose oubliée oubli < 12 h avant la dose suivante : ne pas prendre la dose oubliée.				
<b>Effets indésirables</b>	Sécheresse buccale (principalement au début du traitement), céphalées, toux, irritation de la gorge, rétention urinaire.				

Tableau 9 : Reproduction des posologies et informations importantes lors de la délivrance de corticostéroïdes à inhaler (Decramer et al. 2012)

		<b>Principe actif</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Posologie</b>
<b>Posologie</b>	Effet après plusieurs jours (effet maximal après 10 J)	Béclométhasone dipropionate	Beclométhasone Apotex® Beclophar® Ecobec Easi-Breathe® Qvar® Inuvair® (+ formotérol)	2X/J
		Budésonide	Budesonide easyhaler® Budesonide novolizer® Miflonide® Pulmicort® Symbicort® (+ formotérol)	2x/J
		Ciclésonide	Alvesco®	1x/J à 2x/J
		Fluticasone	Seretide® (+ salmétérol) Viani® (+ salmétérol) Relvar® (+ vilanterol)	2x/J  <b>1x /j</b>
<b>Oubli d'une dose</b>	Prendre la dose oubliée le plus vite possible, sauf s'il est presque temps de prendre la dose suivante. Ne jamais prendre une double dose pour compenser la dose oubliée.			
<b>Effets indésirables</b>	Candidose orale, enrrouement, maux de gorge			

## H. Annexe 8

Tableau 10 : Représentation du score MARS évaluant l'observance du patient face à son traitement tiré du BUM asthme de l'APB [https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/SERVICE-PROJETS-SCIENTIFIQUES/1-A-ENM-BNM/BNM-ENM-inhalatie-cortico-inhalation/DOC-TOOLBOX/BUM\\_asthme\\_test\\_MARS.pdf](https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/SERVICE-PROJETS-SCIENTIFIQUES/1-A-ENM-BNM/BNM-ENM-inhalatie-cortico-inhalation/DOC-TOOLBOX/BUM_asthme_test_MARS.pdf)

	Toujours (score = 1)	Souvent (score = 2)	Parfois (score = 3)	Rarement (score = 4)	Jamais (score = 5)
J'oublie de prendre mon traitement					
Je modifie le dosage de mon médicament					
Je décide de passer une prise					
J'interromps un moment la prise de mon médicaments					
Je prends moins que ce qui est prescrit					

La bronchopneumopathie chronique obstructive est une maladie chronique du système respiratoire quasiment irréversible qui touche environ 65 millions de personnes dans le monde. En Belgique, la prévalence est d'environ 8%. En analysant la littérature, il est évident que les patients rencontrent énormément de problèmes face à leur médication. Ce mémoire aura pour but de proposer un outil permettant aux pharmaciens d'apprendre aux patients toutes les informations utiles à la bonne compréhension de la maladie et à la bonne utilisation de leur traitement. Pour cela, le travail débutera par une partie théorique sur la maladie et sur la définition de l'éducation thérapeutique. Par la suite, une analyse de la littérature sera effectuée afin de déterminer précisément les difficultés des patients, le rôle que le pharmacien peut apporter et le bénéfice financier d'une meilleure prise en charge. Deux enquêtes réalisées auprès de patients et de pharmaciens viendront confirmer et compléter ces éléments. Toutes ces informations permettront de réaliser l'outil thérapeutique pour le patient.

Chronic obstructive lung disease is a chronic pathology of the respiratory system almost irreversible touching approximately 65 million persons worldwide. In Belgium the prevalence approaches 8%. When you go through literature, it becomes obvious that patients are struggling with their medication. The purpose of this thesis is to create a tool for all pharmacists giving them the opportunity to provide useful information to their patients ensuring good understanding and an adequate use of the treatment. Therefore this thesis will first go over theoretical elements concerning the disease but also over the definition of therapeutic education. Eventually, a literature review will identify the patient's stumbling blocks, the role performed by the pharmacist and the financial advantages of a better patient care. In addition, two surveys on patients and pharmacists confirm and complete the abovementioned elements. All the above will enable the development of the therapeutic tool for the patient.

**UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

**Faculté de pharmacie et des sciences biomédicales**

Avenue Mounier, 73 bte B1.73.06, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | [www.uclouvain.be/fasb](http://www.uclouvain.be/fasb)