

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

2015

**Enquête d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine
générale en Martinique en 2015 : Prise en charge de l'asthme**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine

Hyacinthe Bastaraud des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 22 Octobre 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Delphine POINTAIRE

Née le 08 Août 1987

A

DIJON

Examineurs de la thèse:

- Professeur DUVAUFERRIER Régis (Président du jury)
- Professeur JEAN-BAPTISTE Georges
- Pr CABIE André
- Dr CRIQUET – HAYOT Anne (directrice de thèse)

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

serge.arfi@wanadoo.fr

Bruno HOEN

bruno.hoen@chu-guadeloupe.fr

Pascal BLANCHET

pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr

Bernard CARME

carme.bernard@ch-cayenne.fr

André-Pierre UZEL

maxuzel@hotmail.com

Pierre COUPPIE

couppie.pierre@voila.fr

Thierry DAVID

pr.t.david@chu-guadeloupe.fr

Suzy DUFLO

sduflo@yahoo.com

Eustase JANKY

eustase.janky@chu-guadeloupe.fr

Georges JEAN-BAPTISTE

gcd.jeanbaptiste@wanadoo.fr

François ROQUES

chirurgie.cardiaque@chu-fortdefrance.fr

Jean ROUDIE

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

Parasitologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Ophthalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Chirurgie digestive

jean.roudie@chu-fortdefrance.fr

Jean-Louis ROUVILLAIN

jean-louis.rouvillain@chu-fortdefrance.fr

André WARTER

alwarter@yahoo.fr

André CABIE

andre.cabie@chu-fortdefrance.fr

Philippe CABRE

pcabre@chu-fortdefrance.fr

Raymond CESAIRE

raymond.cesaire@chu-fortdefrance.fr

Philippe DABADIE

philippe.dabadie@chu-fortdefrance.fr

Maryvonne DUEYMES-BODENES

maryvonne.dyeymes@chu-fortdefrance.fr

Régis DUVAUFERRIER

regismarianne@hotmail.fr

Annie LANNUZEL

annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr

Louis JEHEL

louis.jehel.@chu-fortdefrance.fr

Mathieu NACHER

mathieu.nacher@ch-cayenne.fr

Gilles BEUCAIRE

gilles.beucaire@gmail.fr

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01

Chirurgie orthopédique

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 28

Anatomopathologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 50

Maladies Infectieuses

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 01

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61

Bactériologie-Virologie-Hygiène option
virologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 11

Anesthésiologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

Immunologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 24

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 84

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Psychiatrie Adulte

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

Parasitologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Professeurs des Universités Associé

Jeannie HELENE-PELAGE

jeannie.pelage@wanadoo.fr

Médecine générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christine AZNAR

christine.aznar1@wanadoo.fr

Christophe DELIGNY

christophe.deligny@chu-fortdefrance.fr

Philippe GARSAUD

pgarsaud@martinique.univ-ag.fr

Jocelyn INAMO

jocelyn.inamo@chu-fortdefrance.fr

Franciane GANE-TROPLENT

franciane.troplent@orange.fr

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr

Parasitologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 50 54

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Cardiologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Remerciements

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur R. DUVAUFERRIER

Pour avoir accepté de juger ce travail et de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression mon profond respect.

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur A. CRIQUET-HAYOT

Pour votre soutien et vos encouragements, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur G. JEAN-BAPTISTE

Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur A. CABIE

Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail

A Agathe et Vianney merci de votre soutien et de vos remarques pertinentes.

Au Dr DERANCOURT, merci de gentillesse et de votre disponibilité.

A Alexis et au Dr LOUIS-CHARLES pour la correction orthographique.

A Raphaëlle, merci de ton temps et de ton aide linguistique.

A Jenny, ton sourire et ton aide logistique.

Au Docteur MERLE et l'observatoire régional de la santé et au réseau Respi-R pour leur gentillesse et leurs renseignements.

Aux médecins généralistes martiniquais qui ont accepté de donner de leur temps pour répondre à mon questionnaire.

A ma famille et mes amis

A maman pour être toujours là, disponible et généreuse,

A papa, ta persévérance et ta patience restent un exemple pour moi.

A mes frères, à Sébastien notre grand frère protecteur, à Romain et ton sourire malicieux.

A mes grands-parents, mes oncles et tantes, cousins et cousines, trop nombreux pour que je puisse les citer mais qui ont tous une place dans mon cœur.

A Noëlle, Françoise et José, Emmanuel, Mamie (de Gaillac), papa et maman, merci d'avoir fait le déplacement et d'être là ce jour.

Aux talantais, je ne connais pas la vie sans vous, à Elise, Charlène, Alexis et Caro.

Aux années collège, à Hibaq et Marie-Laure.

Aux T5-GEA, nous fêtons nos 10ans, et c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

Aux dijonnais, à Gaël, mon 3^{ième} frère, à Juju la dormeuse, à Céline et Léa qui m'ont embarqué dans des périples inoubliables, à Jany, Cécile, Nath, Camille, Amélie, Lise et tous ceux que j'oublie.

Aux rencontres exceptionnelles de l'internat :

Au guyanais : Laure (boucle d'or), ma pote de vacances et de galère, continu à être toi, à Mylène, Noémie et Stephy et nos interminables parties de coinche.

A la maison du bonheur : à Steph et ton tartare de loubine, à Pierrot et Jenny pour nos papy times et à tous ceux qui y ont vécu des moments exceptionnels.

A la Guadeloupe : à Adélie et Marie pour notre super marathon, à Alice et nos soirées pâtes/vin rouge, à Willy tu m'as fait découvrir et aimer la mer, à Saverio et ta petite musique du matin.

A la Martinique : à la schoelchermotherXXX à Adrien et tes talents culinaire, à Bastien et tes canards, à Charlotte et ton rire communicatif, merci pour la robe, à Juliette la patronne de la maison, à Océane et Romain pour nos après-midi kite et surtout, grâce à vous, j'ai découvert un être exceptionnel : Chachou !!!, à Camille qui nous a animé la maison pendant 4 mois. Merci de m'avoir supportée et soutenue dans mon année mamie thèse, mémoire, ... Eh merci aux bonnes bouffes et au champagne qui coule à flots !

A tous ceux que j'ai rencontrés au cours des différents stages, qui m'ont appris énormément que ce soit les personnels médicaux ou paramédicaux, en Médecine A et en Pédiatrie à Cayenne. Aux urgences adultes et Pédiatriques de Guadeloupe et en Réanimation en Martinique.

Merci au personnel du SAMU de Martinique pour votre accueil, votre bonne humeur et votre soutien pendant la rédaction de ce travail.

A tous ceux que j'ai oubliés et qui m'ont fait l'honneur de me supporter un temps.

Sommaire

Remerciements	5
Sommaire	7
Table des Figures.....	9
Tableaux.....	10
Abréviations	11
I. Introduction	12
II. Asthme	13
A. Epidémiologie.....	13
1. Dans le monde.....	13
2. En France	16
3. En Martinique	16
B. Définition	17
C. Recommandations et suivi	18
1. Haute Autorité de Santé (HAS)	18
2. Suivi des patients (13)	18
3. Education thérapeutique (14)	20
4. L'asthme en phase aigüe.....	21
D. L'asthme en Martinique (15).....	22
III. Evaluation des pratiques professionnelles	24
A. Introduction	24
B. Matériels et méthodes	25
1. Description de l'étude.....	25
2. Elaboration du questionnaire Annexe 2	25
3. Population de l'étude.....	26
4. Diffusion du questionnaire	26

5.	Analyse des données	27
C.	Résultats	27
1.	Caractéristiques sociodémographiques et recommandations (Questions 1 à 9) .	27
2.	Prise en charge de la crise d'asthme (Questions 10 à 15)	28
3.	Prise en charge de l'asthme comme maladie chronique (Questions 16 à 26)	30
D.	Analyse.....	33
1.	Caractéristiques sociodémographiques et recommandations (Questions 1 à 9) .	33
2.	Prise en charge de la crise d'asthme (Questions 10 à 15)	34
3.	Prise en charge de l'asthme comme maladie chronique (Questions 16 à 26)	34
E.	Discussion	35
1.	Questionnaire	35
2.	L'enquête	36
F.	Conclusion.....	36
	Bibliographie.....	38
	Annexe 1 : Déclaration CNIL	40
	Annexe 2 : Questionnaire	42
	Annexe 3 : Lettre de présentation du questionnaire	46
	Annexe 4 : Suivi des patients (23).....	47
	Annexe 5 : Numéros utiles.....	49
	Annexe 6 : Plan thérapeutique (24)	50
	Abstract.....	52

Table des Figures

Figure 1 : Prévalence de l'asthme dans le Monde

Figure 2 : Taux de mortalité par asthme dans le Monde

Figure 3 : *Blomia Tropicalis*

Figure 4 : Blatte Germanique

Figure 5 : Répartition des médecins généralistes libéraux sur le territoire en 2014

Figure 6 : Fréquence de prescription des médicaments

Figure 7 : Critères d'orientation aux urgences

Figure 8 : Fréquence de mesure du DEP

Figure 9 : Eléments pris en compte dans l'instauration d'un traitement de fond

Figure 10 : Points clefs de l'éducation thérapeutique

Tableaux

Tableau 1 : paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme

Tableau 2 : Fréquence des consultations et des EFR au cours du suivi des patients contrôlés, en fonction de la dose de corticostéroïdes inhalés.

Tableau 3 : Doses journalières, faibles, moyennes et fortes de corticostéroïdes inhalés chez l'adulte en $\mu\text{g}/\text{jour}$

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BDCA : BronchoDilatateur de Courte durée d'Action

BDLA : BronchoDilatateur de Longue durée d'Action

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSI : CorticoStéroïdes Inhalés

CSO : CorticoStéroïdes Oraux

DEP : Débit Expiratoire de Pointe

DRCI : Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation

EFR : Epreuves Fonctionnelles Respiratoires

EPU : Enseignement Post-Universitaire

GINA : Global Initiative for Asthma

HAS : Haute Autorité de santé

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MFME : Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VEMS : Volume Expiratoire Maximal pendant la première Seconde

I. Introduction

L'asthme est la maladie chronique la plus courante chez l'enfant dans le monde.(1)

De par sa morbi-mortalité et son coût pour la société, la prise en charge de cette maladie est un enjeu majeur de santé publique en France et dans le monde.

Aujourd'hui, l'asthme est une maladie chronique nécessitant un traitement de fond et un traitement de la crise. Une prise en charge optimale permet aux patients une vie normale et réduit significativement la morbi-mortalité.

Une bonne éducation thérapeutique et l'observance d'un traitement de fond permettent une meilleure gestion des crises, la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations.

Qu'en est-il en Martinique ? La prise en charge de l'asthme en médecine de ville est-elle homogène et optimale ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons réalisé une enquête d'évaluation des pratiques professionnelles auprès des médecins généralistes martiniquais installés en médecine libérale en 2015.

Nous avons, dans un premier temps, réalisé une revue des recommandations françaises et internationales afin de mettre en exergue certains points clefs de la prise en charge en médecine de ville, puis nous avons élaboré un questionnaire destiné aux médecins généralistes martiniquais afin d'évaluer leur prise en charge en regard des recommandations actuelles françaises.

La prise en charge en médecine générale est-elle conforme aux recommandations ?

Quelles pourraient être les pistes d'amélioration ?

II. Asthme

A. Epidémiologie

1. Dans le monde

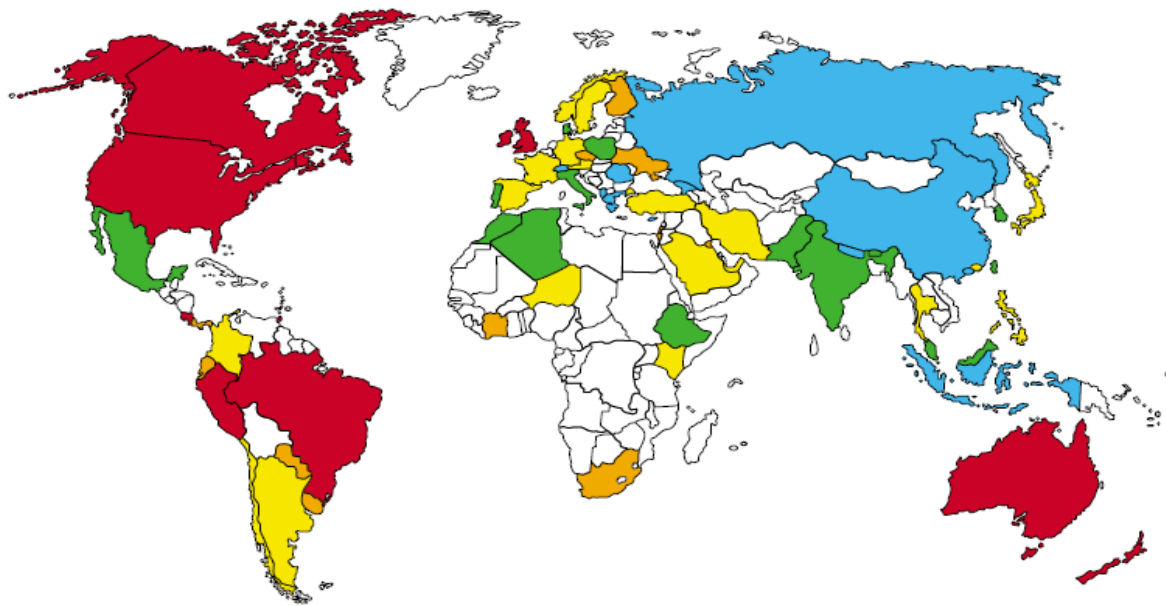
On estime entre 235 millions selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) et 300 millions selon Global Initiative for Asthma (GINA) (3) la prévalence de l'asthme dans le monde.

Compte tenu de l'urbanisation de la population et de la prévalence augmentée de l'asthme dans les populations urbaines, le nombre d'asthmatiques en 2025 atteindrait 400 millions.(4)

Bien que la prévalence de l'asthme soit plus importante dans les pays développés, les pays en voie de développement sont eux aussi largement touchés par cette maladie.

1 décès sur 250 serait dû à l'asthme et plus de 80% de ces décès surviennent dans les pays à faibles revenus ou revenus intermédiaires.(1) Figure 1 et 2.

World Map of the Prevalence of Clinical Asthma



Proportion of population (%)*

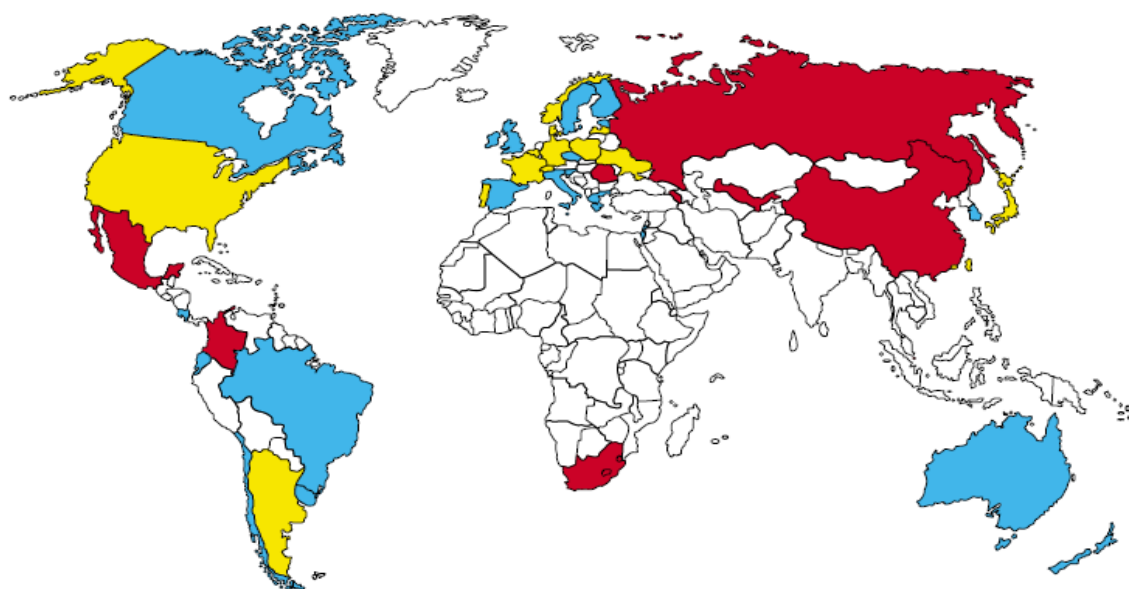


Scotland	18.4	Ivory Coast	7.8	Oman	4.5
Jersey	17.6	Colombia	7.4	Pakistan	4.3
Guernsey	17.5	Turkey	7.4	Tunisia	4.3
Wales	16.8	Lebanon	7.2	Cape Verde	4.2
Isle of Man	16.7	Kenya	7.0	Latvia	4.2
England	15.3	Germany	6.9	Poland	4.1
New Zealand	15.1	France	6.8	Algeria	3.9
Australia	14.7	Norway	6.8	South Korea	3.9
Republic of Ireland	14.6	Japan	6.7	Bangladesh	3.8
Canada	14.1	Sweden	6.5	Morocco	3.8
Peru	13.0	Thailand	6.5	Occupied Territory of Palestine	3.6
Trinidad & Tobago	12.6	Hong Kong	6.2	Mexico	3.3
Costa Rica	11.9	Philippines	6.2	Ethiopia	3.1
Brazil	11.4	United Arab Emirates	6.2	Denmark	3.0
United States of America	10.9	Belgium	6.0	India	3.0
Fiji	10.5	Austria	5.8	Taiwan	2.6
Paraguay	9.7	Spain	5.7	Cyprus	2.4
Uruguay	9.5	Saudi Arabia	5.6	Switzerland	2.3
Israel	9.0	Argentina	5.5	Russia	2.2
Barbados	8.9	Iran	5.5	China	2.1
Panama	8.8	Estonia	5.4	Greece	1.9
Kuwait	8.5	Nigeria	5.4	Georgia	1.8
Ukraine	8.3	Chile	5.1	Nepal	1.5
Ecuador	8.2	Singapore	4.9	Romania	1.5
South Africa	8.1	Malaysia	4.8	Albania	1.3
Czech Republic	8.0	Portugal	4.8	Indonesia	1.1
Finland	8.0	Uzbekistan	4.6	Macau	0.7
Malta	8.0	FYR Macedonia	4.5		
		Italy	4.5		

*See Methodological Issues

Figure 1 : Prévalence de l'asthme dans le monde (4)

World Map of Asthma Case Fatality Rates (Asthma deaths per 100,000 asthmatics)



Countries shaded according to case fatality rate (per 100,000 asthmatics)*

 >10.0	 0-5.0	
 5.1-10.0	 No standardised data available	

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>China.....</td><td style="text-align: right;">36.7</td></tr> <tr><td>Russia</td><td style="text-align: right;">28.6</td></tr> <tr><td>Uzbekistan.....</td><td style="text-align: right;">27.2</td></tr> <tr><td>Albania</td><td style="text-align: right;">20.8</td></tr> <tr><td>South Africa.....</td><td style="text-align: right;">18.5</td></tr> <tr><td>Singapore.....</td><td style="text-align: right;">16.1</td></tr> <tr><td>Romania</td><td style="text-align: right;">14.7</td></tr> <tr><td>Mexico</td><td style="text-align: right;">14.5</td></tr> <tr><td>Malta</td><td style="text-align: right;">11.6</td></tr> <tr><td>Colombia.....</td><td style="text-align: right;">10.1</td></tr> <tr><td>Denmark</td><td style="text-align: right;">9.3</td></tr> <tr><td>Ukraine</td><td style="text-align: right;">8.7</td></tr> <tr><td>Japan</td><td style="text-align: right;">8.7</td></tr> <tr><td>FYR Macedonia</td><td style="text-align: right;">8.2</td></tr> <tr><td>Belgium</td><td style="text-align: right;">7.7</td></tr> <tr><td>Latvia.....</td><td style="text-align: right;">7.1</td></tr> <tr><td>Norway</td><td style="text-align: right;">7.1</td></tr> <tr><td>Switzerland</td><td style="text-align: right;">7.0</td></tr> <tr><td>Portugal</td><td style="text-align: right;">6.9</td></tr> <tr><td>Poland</td><td style="text-align: right;">6.6</td></tr> <tr><td>France</td><td style="text-align: right;">6.5</td></tr> <tr><td>Thailand</td><td style="text-align: right;">6.2</td></tr> <tr><td>Argentina</td><td style="text-align: right;">5.8</td></tr> <tr><td>Hong Kong</td><td style="text-align: right;">5.6</td></tr> <tr><td>United States of America</td><td style="text-align: right;">5.2</td></tr> </table>	China.....	36.7	Russia	28.6	Uzbekistan.....	27.2	Albania	20.8	South Africa.....	18.5	Singapore.....	16.1	Romania	14.7	Mexico	14.5	Malta	11.6	Colombia.....	10.1	Denmark	9.3	Ukraine	8.7	Japan	8.7	FYR Macedonia	8.2	Belgium	7.7	Latvia.....	7.1	Norway	7.1	Switzerland	7.0	Portugal	6.9	Poland	6.6	France	6.5	Thailand	6.2	Argentina	5.8	Hong Kong	5.6	United States of America	5.2	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Germany</td><td style="text-align: right;">5.1</td></tr> <tr><td>Spain</td><td style="text-align: right;">4.9</td></tr> <tr><td>South Korea</td><td style="text-align: right;">4.9</td></tr> <tr><td>Czech Republic</td><td style="text-align: right;">4.8</td></tr> <tr><td>Israel</td><td style="text-align: right;">4.7</td></tr> <tr><td>New Zealand.....</td><td style="text-align: right;">4.6</td></tr> <tr><td>Costa Rica</td><td style="text-align: right;">3.9</td></tr> <tr><td>Australia</td><td style="text-align: right;">3.8</td></tr> <tr><td>Republic of Ireland</td><td style="text-align: right;">3.6</td></tr> <tr><td>Italy</td><td style="text-align: right;">3.6</td></tr> <tr><td>Chile</td><td style="text-align: right;">3.5</td></tr> <tr><td>England</td><td style="text-align: right;">3.2</td></tr> <tr><td>Scotland.....</td><td style="text-align: right;">3.0</td></tr> <tr><td>Estonia.....</td><td style="text-align: right;">3.0</td></tr> <tr><td>Wales.....</td><td style="text-align: right;">2.9</td></tr> <tr><td>Austria</td><td style="text-align: right;">2.6</td></tr> <tr><td>Ecuador</td><td style="text-align: right;">2.3</td></tr> <tr><td>Greece.....</td><td style="text-align: right;">2.1</td></tr> <tr><td>Uruguay.....</td><td style="text-align: right;">2.1</td></tr> <tr><td>Sweden</td><td style="text-align: right;">2.0</td></tr> <tr><td>Brazil.....</td><td style="text-align: right;">1.8</td></tr> <tr><td>Canada</td><td style="text-align: right;">1.6</td></tr> <tr><td>Finland</td><td style="text-align: right;">1.6</td></tr> <tr><td>Cape Verde</td><td style="text-align: right;">0.0</td></tr> </table>	Germany	5.1	Spain	4.9	South Korea	4.9	Czech Republic	4.8	Israel	4.7	New Zealand.....	4.6	Costa Rica	3.9	Australia	3.8	Republic of Ireland	3.6	Italy	3.6	Chile	3.5	England	3.2	Scotland.....	3.0	Estonia.....	3.0	Wales.....	2.9	Austria	2.6	Ecuador	2.3	Greece.....	2.1	Uruguay.....	2.1	Sweden	2.0	Brazil.....	1.8	Canada	1.6	Finland	1.6	Cape Verde	0.0
China.....	36.7																																																																																																		
Russia	28.6																																																																																																		
Uzbekistan.....	27.2																																																																																																		
Albania	20.8																																																																																																		
South Africa.....	18.5																																																																																																		
Singapore.....	16.1																																																																																																		
Romania	14.7																																																																																																		
Mexico	14.5																																																																																																		
Malta	11.6																																																																																																		
Colombia.....	10.1																																																																																																		
Denmark	9.3																																																																																																		
Ukraine	8.7																																																																																																		
Japan	8.7																																																																																																		
FYR Macedonia	8.2																																																																																																		
Belgium	7.7																																																																																																		
Latvia.....	7.1																																																																																																		
Norway	7.1																																																																																																		
Switzerland	7.0																																																																																																		
Portugal	6.9																																																																																																		
Poland	6.6																																																																																																		
France	6.5																																																																																																		
Thailand	6.2																																																																																																		
Argentina	5.8																																																																																																		
Hong Kong	5.6																																																																																																		
United States of America	5.2																																																																																																		
Germany	5.1																																																																																																		
Spain	4.9																																																																																																		
South Korea	4.9																																																																																																		
Czech Republic	4.8																																																																																																		
Israel	4.7																																																																																																		
New Zealand.....	4.6																																																																																																		
Costa Rica	3.9																																																																																																		
Australia	3.8																																																																																																		
Republic of Ireland	3.6																																																																																																		
Italy	3.6																																																																																																		
Chile	3.5																																																																																																		
England	3.2																																																																																																		
Scotland.....	3.0																																																																																																		
Estonia.....	3.0																																																																																																		
Wales.....	2.9																																																																																																		
Austria	2.6																																																																																																		
Ecuador	2.3																																																																																																		
Greece.....	2.1																																																																																																		
Uruguay.....	2.1																																																																																																		
Sweden	2.0																																																																																																		
Brazil.....	1.8																																																																																																		
Canada	1.6																																																																																																		
Finland	1.6																																																																																																		
Cape Verde	0.0																																																																																																		

*See Methodological Issues

Figure 2 : Taux de mortalité par asthme dans le Monde (4)

2. En France

En France, on recense 1038 décès dus à l'asthme en 2006 dont 64 chez les moins de 15 ans. Devant l'augmentation de la prévalence, le coût en terme de morbi-mortalité mais également le coût économique, la loi santé du 9 Août 2004 fait de l'asthme une priorité de santé publique. Son objectif était de réduire la fréquence des crises nécessitant une hospitalisation de 20% en 5 ans.(5)

La prévalence de l'asthme dans la population générale française est de 6,8%, chez l'enfant elle est estimée à 9%.(6)

Selon l'étude de P. GODARD et al. (7), 72% des asthmatiques français suivis en Médecine Générale en France métropolitaine ont un asthme mal contrôlé.

3. En Martinique

Le plan santé régional de l'année 2000 faisait état d'une prévalence accrue de l'asthme en Martinique par rapport à la métropole.(8)

L'enquête ESCAL menée en 2003-2004 au sein de la population générale martiniquaise retrouvait une prévalence cumulée de l'asthme deux fois plus importante qu'en métropole chez les jeunes enfants, un tiers de fois plus élevée chez les adolescents et quasi similaire chez les adultes jeunes.(9)

Du fait du changement de mode de vie et de la sédentarisation on retrouve une majoration de l'asthme allergique chez les jeunes martiniquais avec une sensibilisation aux acariens très fréquemment retrouvée et plus particulièrement *Blomia Tropicalis* (constituant des poussières de maison), acarien de découverte récente. On retrouve également une sensibilisation accrue à la blatte germanique, très présente en Martinique. (8) Figure 3 et 4.



Figure 3 : Blomia Tropicalis (10,11)



Figure 4 : Blatte Germanique

B. Définition

Le mot « asthme », est d'étymologie grecque « άσθμα », il a été utilisé pour la première fois par Homère dans l'Iliade pour décrire Hector, au pied des remparts de Troie, mourant sous les coups d'Achille. Il caractérise alors le dernier souffle d'Hector : court et suffocant. Il sera ensuite repris par Platon pour exprimer l'essoufflement, puis par Hippocrate dans ses « Aphorismes ».(12)

L'asthme est une maladie hétérogène, généralement caractérisée par une inflammation chronique des voies respiratoires.

L'asthme est défini principalement par 2 caractéristiques :

- Des antécédents de symptômes respiratoires à type de sifflement expiratoire, de dyspnée, d'oppression thoracique et de toux, qui peuvent varier dans le temps et en intensité ET
- Une limitation variable du débit expiratoire.(3)

C. Recommandations et suivi

1. Haute Autorité de Santé (HAS)

Les dernières recommandations françaises datent de 2009 et concernent la prise en charge de l'asthme chez l'enfant de moins de 36 mois. Concernant le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents, les dernières recommandations datent de 2004 et, concernant l'éducation thérapeutique, de 2001. La HAS n'a pas publié de recommandation au sujet de la prise en charge des épisodes aigus (crise, exacerbation et asthme aigu grave), les aspects allergologiques de la prise en charge de l'asthme, ni son diagnostic initial.

L'asthme étant une maladie chronique d'expression variable dans le temps, la fréquence de survenue des crises et leur intensité, son traitement et donc son suivi prend en compte la maladie asthmatique d'une part et les crises et/ou exacerbations d'autre part.

2. Suivi des patients (13)

Tout d'abord, nous nous référerons aux critères de contrôle repris dans le tableau 1 puis nous retrouverons le calendrier de suivi selon le niveau de contrôle de l'asthme dans le tableau 2.

Le tableau 3 reprend les différents dosages de CSI chez l'adulte.

Tableau 1 : Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme

Paramètres	Fréquence ou valeur moyenne sur la période d'évaluation du contrôle (1 semaine à 3 mois)
Symptômes diurnes	< 4 jours / semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit / semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Légères*, peu fréquentes
Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
Utilisation de β 2-mimétiques	< 4 doses / semaine
VEMS ou DEP	> 85% de la meilleure valeur personnelle
Variation du DEP	> 15% de variation diurne

*Exacerbation légère : exacerbation gérée par le patient, ne nécessitant qu'une augmentation transitoire (quelques jours) de β 2-agonistes de courte durée d'action

Tableau 2 : Fréquence des consultations et des EFR au cours du suivi des patients contrôlés, en fonction de la dose de corticostéroïdes inhalés.

CSI	Consultation de suivi (mois)	EFR (mois)
Forte dose	3	3-6
Dose moyenne ou faible	6	6-12
Aucune	12	12 ou +

Tableau 3 : Doses journalières, faibles, moyennes et fortes de corticostéroïdes inhalés chez l'adulte en µg/jour (13)

	Doses « faibles »	Doses « moyennes »	Doses « fortes »
Béclométasone*	<500	500 – 1000	>1000
Budésonide	<400	400 – 800	>800
Fluticasone	<250	250 – 500	>500

*Doses à diviser par 2 pour les spécialités QVAR® et NAXXAIR®

Il est également recommandé de mesurer le Débit Expiratoire de Pointe (DEP) à chaque consultation de suivi, voire de proposer un suivi du DEP à domicile selon les patients.

3. Education thérapeutique (14)

L'éducation thérapeutique est un élément clé de la prise en charge du patient asthmatique, son efficacité est démontrée concernant les hospitalisations, le recours aux services d'urgences ou encore les consultations non programmées.

Son but est d'amener le patient à être capable de

- Percevoir la présence de symptômes indiquant l'évolution de son état respiratoire vers la crise d'asthme.
- Mesurer correctement son DEP
- Réagir en décidant de faire appel à un médecin en temps opportun selon des critères préétablis de détérioration de l'état respiratoire
- Exprimer ses représentations et son vécu de la maladie et du traitement.

Un plan de traitement précisant au patient la conduite à tenir en cas de détérioration de son état respiratoire (modification du traitement, appel au médecin, recours au service des urgences) doit lui être proposé, expliqué et remis par écrit.

De même, la technique d'utilisation de l'inhalateur doit être contrôlée à chaque consultation pour asthme (suivi et exacerbation).

4. L'asthme en phase aigüe

a) Quelques définitions

La crise d'asthme : elle est définie par un accès paroxystique de durée brève. Les symptômes : dyspnée, oppression thoracique, sibilants mais aussi toux, volontiers nocturnes, cèdent spontanément ou sous l'effet du traitement. La survenue d'épisodes de toux au rire, à l'excitation, à l'effort, est un des symptômes d'asthme.

L'exacerbation : elle est définie par la persistance de symptômes respiratoires au-delà de 24 heures, quel que soit le mode de début : progressif ou brutal. L'exacerbation doit être différenciée de l'instabilité. L'exacerbation est une déstabilisation symptomatique d'amplitude suffisante pour justifier une intervention thérapeutique adaptée.

L'instabilité, ou mauvais contrôle : correspond à de grandes variabilités circadiennes de DEP (> 15%) avec maintien de la réponse aux bronchodilatateurs de courte durée d'action (BDCA).

b) Traitement de la crise et/ou exacerbation (3)

Le but du traitement est de lever rapidement le bronchospasme et d'assurer l'oxygénation des tissus par l'administration répétée de BDCA, l'introduction précoce de corticostéroïdes oraux (CSO) et l'oxygénothérapie si nécessaire.

Les BDCA doivent être administrés en première intention et le plus précocement possible : 4 à 10 bouffées (soit 400µg à 1mg) toutes les 20 minutes pendant 1 heure. Il n'y a pas de limite de dosage dans l'administration de BDCA. A titre indicatif, 1 bouffée de Ventoline® correspond à la prise de 100µg de Salbutamol, en admettant que la prise soit correctement effectuée. En revanche, les dosettes de Salbutamol délivrées en aérosols sont de 5mg soit 50 fois plus importantes.

Les CSO doivent également être administrés le plus rapidement possible, surtout si le patient a des antécédents d'asthme aigu grave, d'hospitalisation ou si les traitements habituels de la crise n'ont pas été efficaces.

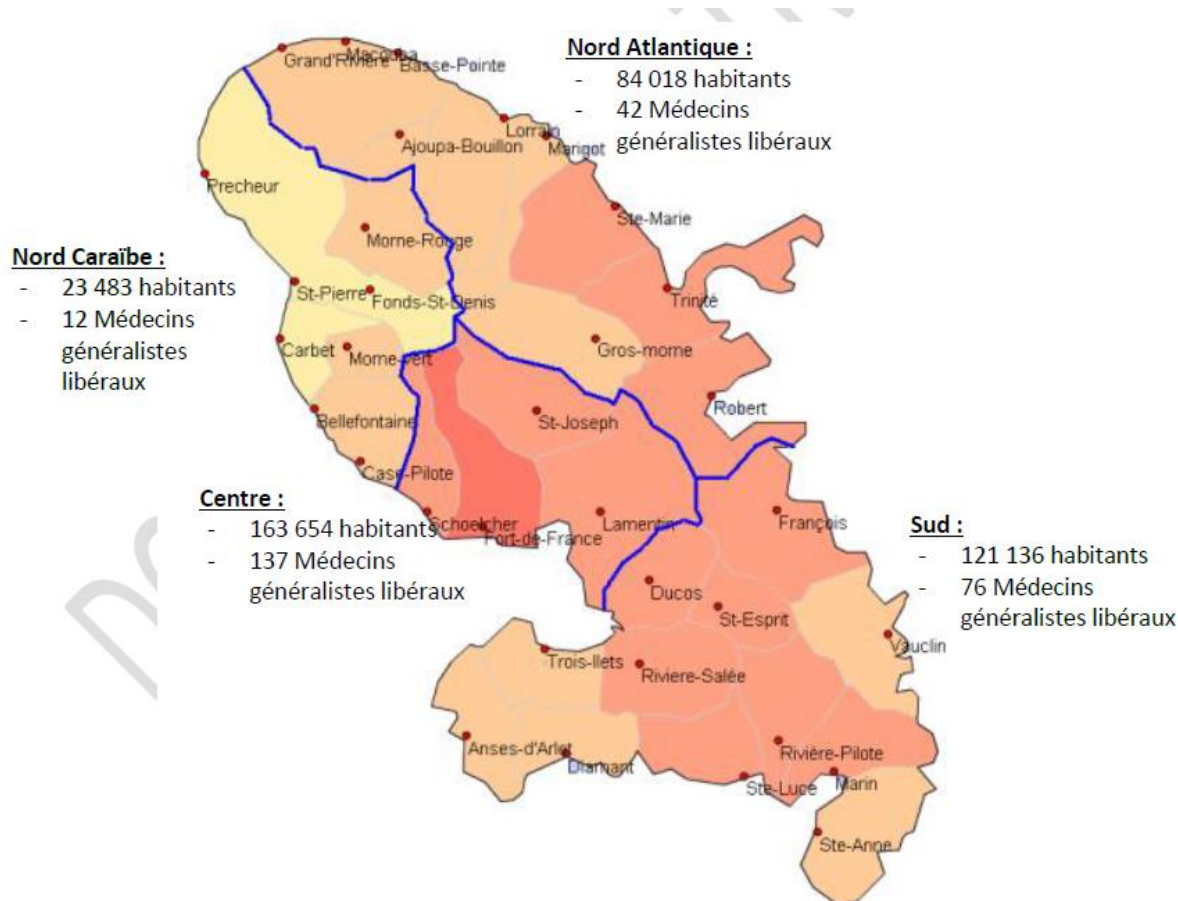
Le traitement de fond : chez les patients bénéficiant déjà d'un traitement de fond il est recommandé de doubler les doses pendant 2 à 4 semaines. Chez les patients sans traitement de fond, il est recommandé d'en introduire un.

Le suivi médical doit comprendre la vérification de la technique d'inhalation des BDCA et des CSI, et de l'observance du traitement. Une consultation de contrôle doit être programmée 2 à 7 jours après selon le contexte clinique et social.

La consultation de suivi a pour but de faire le point sur le niveau de contrôle de l'asthme du patient, les facteurs de risque potentiels, les facteurs déclenchants de la crise. Elle permet également de revoir le plan d'action écrit.

D. L'asthme en Martinique (15)

388 364 personnes résident sur l'île de la Martinique au 1^{er} janvier 2015, sur un territoire de 1128 km², soit en moyenne 344 habitants/km².(16)



Source : DREES-RPPS 2014/ Population légales 2014 INSEE

Figure 5 : Répartition des médecins généralistes libéraux sur le territoire en 2014

281 médecins généralistes sont installés en Martinique dont 10 ont un exercice particulier (angiologues, gynécologues médicaux, échographistes) appelé mode d'exercice particulier (MEP). La densité de médecins généralistes libéraux installés en 2014 était de 80,5/100 000 habitants soit inférieure de 25% à la densité moyenne de médecins libéraux en France métropolitaine qui est de 105,9/100 000 (17).

Il y a 10 pneumologues en Martinique soit 2,6 pour 100 000 habitants, comparé à la France métropolitaine qui dispose en moyenne de 4,5 pneumologues pour 100 000 habitants.

Parmi ces 10 spécialistes, 7 exercent en libéral (dont un est en cessation d'activité et ne consulte plus que 15 jours tous les 2 mois). Chez les 6 autres, la réalisation d'EFR est possible dans la semaine. 4 des pneumologues ont un délai d'attente d'une semaine pour une consultation. Chez les 2 autres, le délai est de 3 mois et 13 mois.

Des EFR sont également réalisables au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pierre Zobda Quitman.

Concernant les délais d'attente des allergologues, l'estimation est plus compliquée mais il semble que ce soit en moyenne aux alentours de 3 semaines.

Pour un rendez-vous à l'école de l'asthme, qui dispose d'une antenne à la maison de la femme, de la mère et de l'enfant (MFME) et une antenne au CHU, les délais d'attente sont d'au minimum 3 mois pour une consultation. Les enfants peuvent se rendre environ 1 mercredi par mois à la MFME pour une séance collective adaptée à leur âge.

III. Evaluation des pratiques professionnelles

A. Introduction

Par sa mortalité importante l'asthme était une priorité au début des années 2000, notamment en Martinique où la prise en charge de l'asthme faisait partie du Plan Santé Régional. Grâce à l'éducation des professionnels de santé, des patients et aux progrès de la Médecine, la mortalité de l'asthme a nettement diminué au cours des dernières décennies.

Suite à ces améliorations, les campagnes de prévention se sont estompées et les dernières recommandations françaises datent de plus de 10ans.

Nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes martiniquais installés en libéral au 1^{ier} juin 2015, en excluant les MEP.

Notre travail avait pour objectif d'évaluer :

- l'adhérence des médecins généralistes aux dernières recommandations françaises,
- leurs connaissances concernant la maladie asthmatique,
- leur prise en charge de l'asthme en médecine générale,
- les facteurs responsables de leur non adhésion aux recommandations françaises.

B. Matériels et méthodes

La recherche bibliographique sur les connaissances actuelles en matière de prise en charge de la maladie asthmatique nous a permis de recueillir les recommandations françaises et internationales et d'élaborer notre questionnaire.

1. Description de l'étude

Le propos de notre étude était d'établir un état des lieux des pratiques concernant l'asthme en médecine générale en Martinique. La méthode utilisée était une étude observationnelle transversale descriptive.

Il s'agissait d'une enquête déclarative, visant à évaluer les comportements d'une cohorte de médecins généralistes par questionnaire anonyme.

Nous avons déclaré notre travail auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le numéro d'enregistrement est : 1861804. Annexe 1.

2. Elaboration du questionnaire Annexe 2

Nous avons élaboré un questionnaire en 3 parties

- 1- Le recueil des caractéristiques sociodémographiques des médecins, les connaissances qu'ils ont des dernières recommandations et sur l'asthme en général.
- 2- Les connaissances et les pratiques lors de la prise en charge de la crise d'asthme.
- 3- La prise en charge et le suivi de la maladie asthmatique au long cours.

Une revue systématique de la littérature nous a permis de trouver quelques études évaluant l'adhésion des médecins généralistes à des recommandations nationales ou internationales. L'étude la plus proche de ce que nous recherchions a été menée en Egypte en 2010 auprès des médecins généralistes et des pédiatres impliqués dans la prise en charge des enfants asthmatiques.(18)

Le questionnaire a donc été élaboré à partir des points clefs des recommandations HAS et inspiré de l'étude transversale menée en Egypte. Il a ensuite été testé auprès de 10 médecins généralistes avant d'aboutir à sa version finale.

Le questionnaire a été présenté à la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) du CHU de Fort de France pour correction avant sa diffusion.

3. Population de l'étude

Les critères d'inclusion comprenaient tous les médecins généralistes libéraux installés en Martinique dont l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) disposait de l'adresse électronique et postale au 1^{er} juin 2015, en excluant les MEP, soit 240 médecins.

4. Diffusion du questionnaire

Notre travail a débuté le 8 juin 2015 et s'est achevé le 26 septembre 2015.

Nous avons créé un fichier informatique sur Google Document à partir du questionnaire. Un courrier électronique a ensuite été envoyé à tous les médecins figurant sur la mailing liste de l'URPS avec un lien internet permettant d'accéder directement au questionnaire. Nous avons effectué 4 envois par courrier électronique à 1 semaine d'intervalle (les 8, 15, 22 et 29 juin). Le courrier électronique avec le lien internet était envoyé à l'URPS qui se chargeait de le transférer à l'ensemble des médecins répertoriés, soit 240 médecins.

Suite à ces 4 envois, seuls 18 médecins avaient répondu via internet.

Devant ce faible taux de réponse, nous avons décidé d'envoyer notre questionnaire par courrier postal avec une enveloppe de réponse pré-timbrée à notre adresse personnelle (il était demandé aux médecins ayant déjà répondu par mail de ne pas renvoyer leur courrier). Annexe 3. L'envoi s'est fait entre le 8 et le 13 juillet 2015. Nous avons retranscrit les questionnaires reçus via Google Document. La réception des questionnaires s'est faite jusqu'au 26 Septembre 2015 date de réception postale.

5. Analyse des données

Les données du questionnaire ont été retranscrites sur un fichier Excel et analysées par la DRCI. L'analyse a été réalisée via le logiciel SAS version 9.2, les variables qualitatives étaient décrites par séquence et les variables quantitatives étaient décrites par moyenne et par déviation standard.

C. Résultats

Nous avons obtenu 18 réponses mails au questionnaire puis 72 réponses par courrier postal. Sur ces 72 réponses, 1 questionnaire n'a pas pu être pris en compte car les réponses n'étaient pas lisibles. 3 courriers sur les 240 envoyés ne sont pas arrivés à destination. Nous avons obtenu un total de 89 réponses sur 240 médecins contactés soit un taux de réponse de 37%.

1. Caractéristiques sociodémographiques et recommandations (Questions 1 à 9)

Les médecins répondant avaient une moyenne d'âge de 49,3 ans, une durée moyenne d'installation de 17 ans. 56% des répondants étaient des femmes et 42% des répondants exerçaient en cabinet de groupe. 52% des répondants exerçaient en semi-rural, 32% en urbain et 16% en rural

Les médecins voyaient en moyenne, 0,7 consultations pour asthme par jour.

69% des médecins connaissaient les dernières recommandations françaises et parmi eux, 92% étaient en accord avec celles-ci.

Pour 89% des répondants, l'asthme était dû à un processus inflammatoire des voies aériennes. Pour 91%, c'était une bronchoconstriction récurrente et réversible des bronches.

Pour 67% d'entre eux, l'asthme était prévalent dans tous les groupes d'âge, y compris dans l'enfance.

Pour 49%, c'était une maladie où la prédisposition génétique était importante.

2. Prise en charge de la crise d'asthme (Questions 10 à 15)

83% des répondants prescrivait des β 2-mimétiques de courte durée d'action à chaque crise, 16% en prescrivait régulièrement. Les 1% restant correspondant aux médecins n'ayant pas répondu à cette question.

57% des médecins prescrivait régulièrement des antihistaminiques, 11% n'en prescrivait jamais.

Les corticostéroïdes oraux étaient prescrits à chaque crise par 27% des médecins et régulièrement par 44%.

43% des répondants prescrivait régulièrement des corticostéroïdes inhalés et 22 % en prescrivait à chaque crise.

35% des médecins prescrivait rarement des anticholinergiques et 19% n'en prescrivait jamais.

Les β 2-mimétiques de longue durée d'action n'étaient jamais prescrits par 25% des répondant, rarement prescrits par 27% et régulièrement prescrits par 25%. Figure 6.

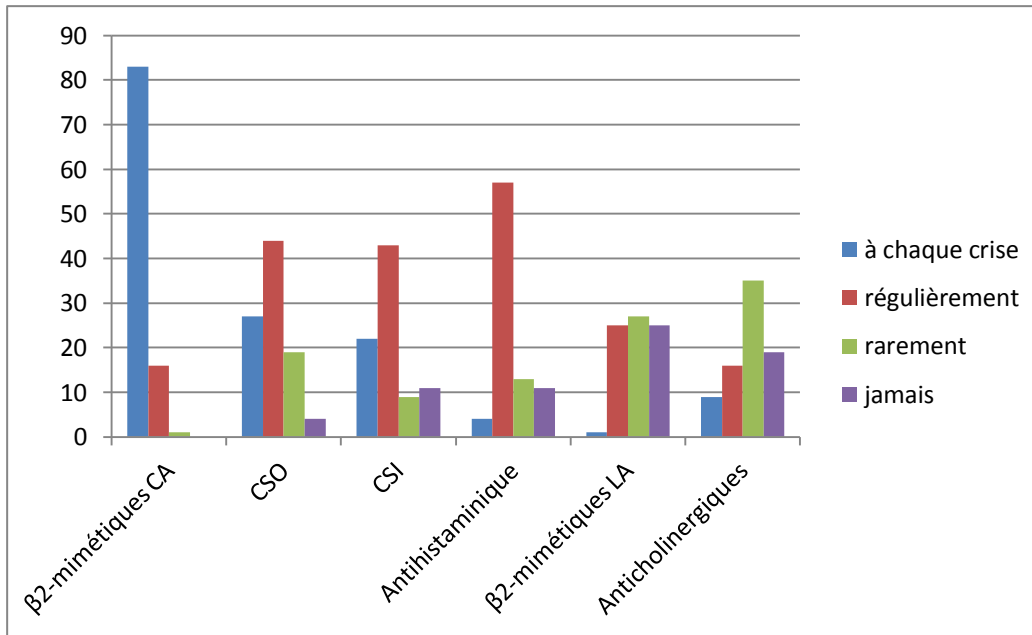


Figure 6 : Fréquence de prescription des médicaments

La figure 7 représente le pourcentage de médecins prenant en compte les différents symptômes dans leur décision d'orienter un patient vers un service d'urgence. Le paramètre principal était la présence d'un tirage et de difficultés à parler. La saturation en oxygène et le contexte socioéconomique des patients étaient les paramètres les moins pris en compte.

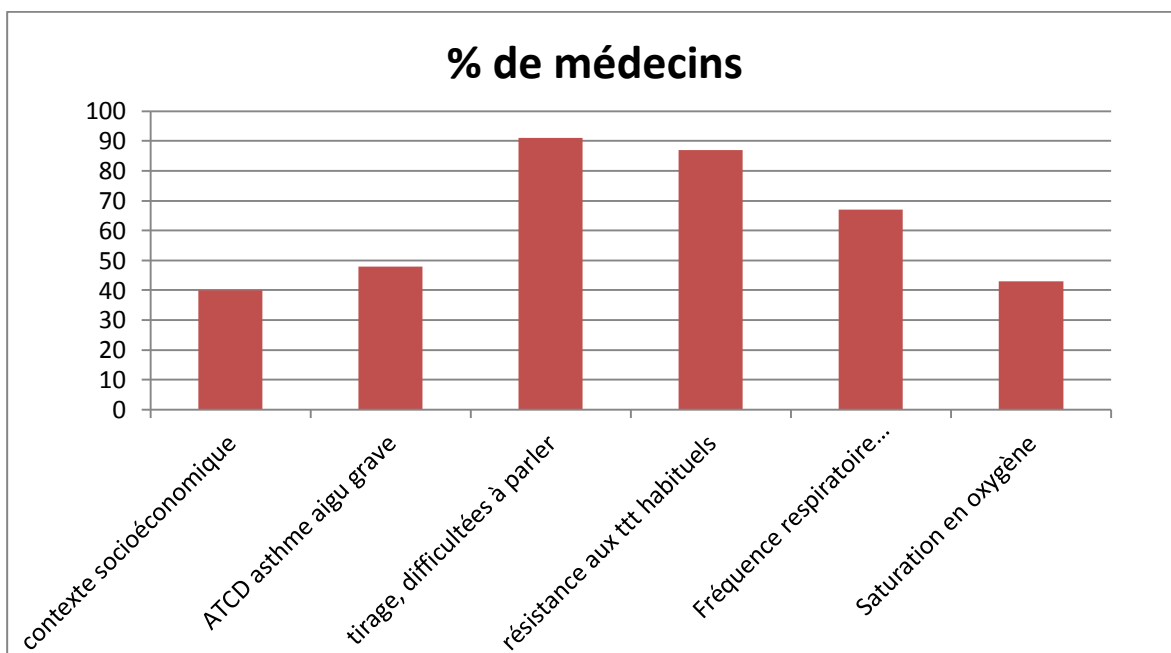


Figure 7 : Critères d'orientation aux urgences

15% des médecins disposaient d'oxygène au cabinet.

36% des médecins revoyaient leurs patients après une crise d'asthme, parmi eux 66% les revoyaient entre 2 et 7 jours et 38% les revoyaient entre 7 jours et un mois.

Lors d'exacerbations, 31% des répondants introduisaient un traitement de fond par CSI de façon systématique, 28% l'introduisaient souvent (> 1 consultation/2), 36% l'introduisaient parfois (< 1 consultation/2) et 3% ne l'introduisaient jamais.

Lors de l'introduction d'un traitement de fond par CSI, 45% des praticiens réévaluaient les patients à 1 mois, 30% à 3 mois.

3. Prise en charge de l'asthme comme maladie chronique (Questions 16 à 26)

Parmi les symptômes orientant vers le diagnostic d'asthme, la présence de toux et de sibilants récurrents était prise en compte par 98 % des médecins, la présence de cas similaires dans la famille par 27% et la présence de sibilants au cours de la première année de vie par 13% des répondants.

La Figure 8 illustre la fréquence d'utilisation du DEP comme outil de mesure, 52% des médecins interrogés mesure le DEP plus d'une consultation sur 10.

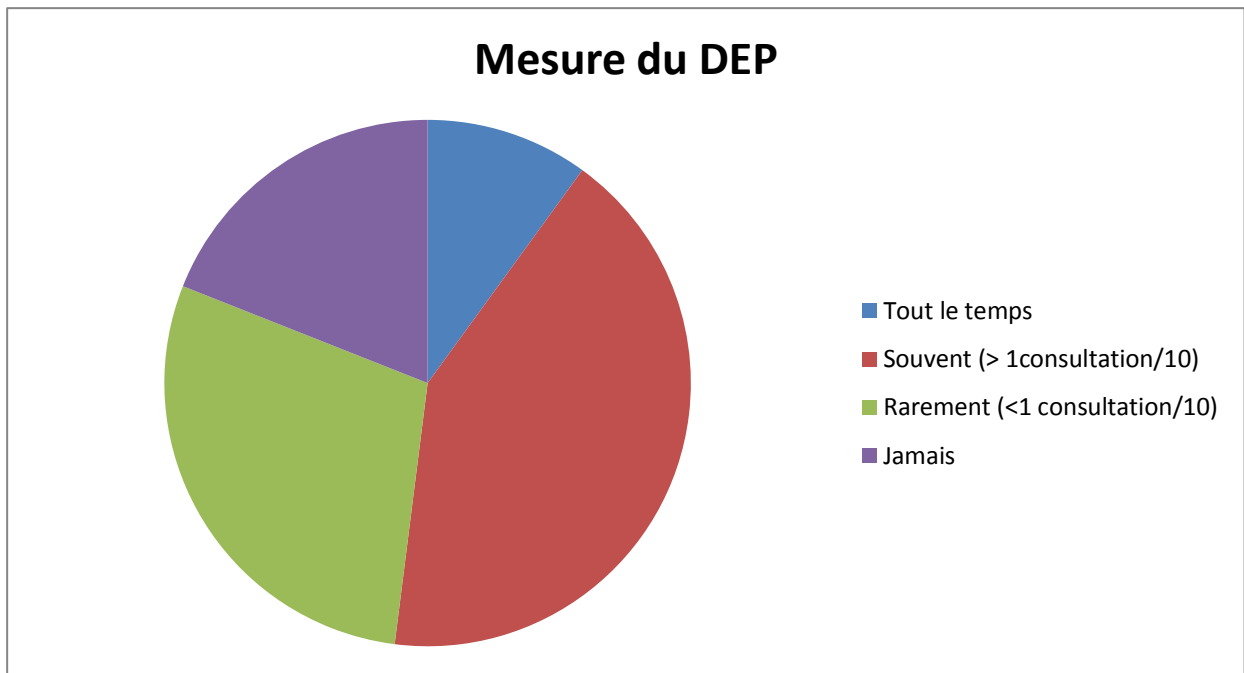


Figure 8 : Fréquence de mesure du DEP

La Figure 9 illustre les éléments pris en compte par les médecins dans leur décision d'introduire un traitement de fond.

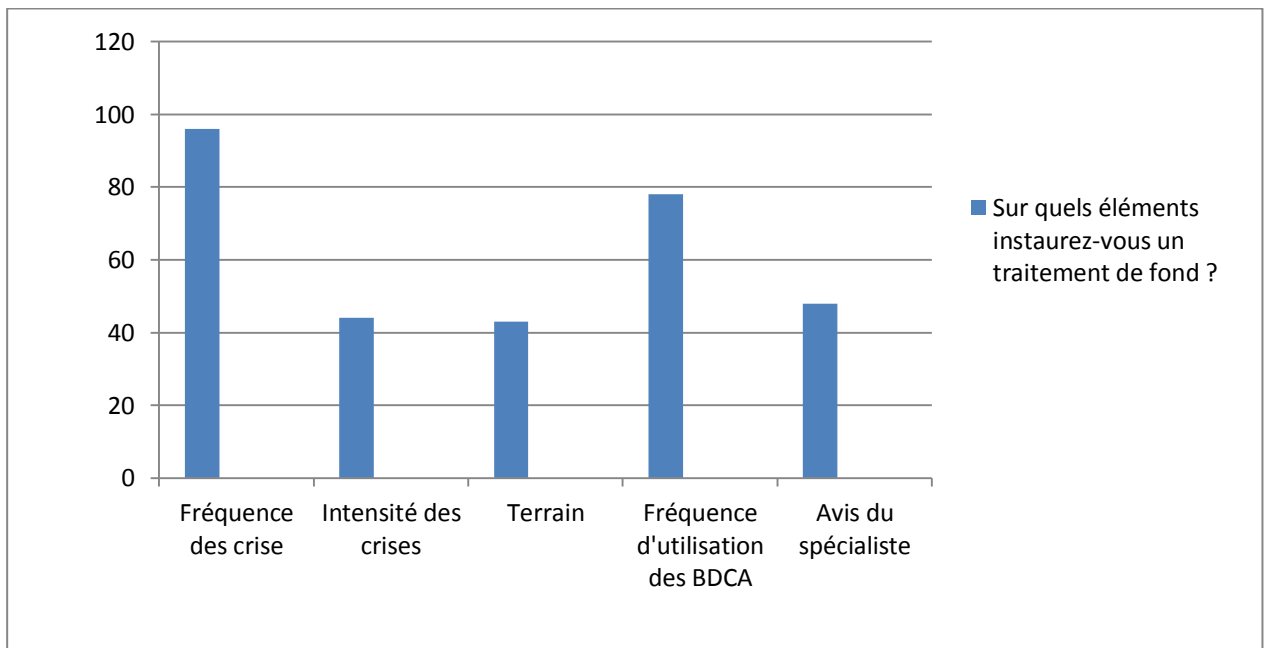


Figure 9 : Eléments pris en compte dans l'instauration d'un traitement de fond

Concernant la réalisation d'un bilan allergologique, 15% des praticiens en réalisaient un systématiquement, 39% le réalisaient souvent, 38% le réalisaient rarement et 8% ne le réalisaient jamais.

47% des praticiens délivraient un plan thérapeutique écrit à leurs patients.

10% des médecins ne demandaient jamais à leurs patients de leur montrer comment ils utilisent la Ventoline, 30% le demandaient lors de la première consultation, 12% lors d'exacerbations, 35% selon les patients et 11% le demandaient à chaque consultation.

Pour 64% des praticiens, l'objectif du contrôle de l'asthme était que les patients vivent une vie normale, sans limitation d'activité, pour 19% c'était de ne pas avoir de symptôme et pour 12% c'était de normaliser le DEP (ou les EFR).

83% des médecins interrogés connaissaient l'école de l'asthme et 82% d'entre eux y avaient déjà adressé des patients.

La Figure 10 illustre les points clefs que l'éducation thérapeutique devrait inclure selon les médecins interrogés.

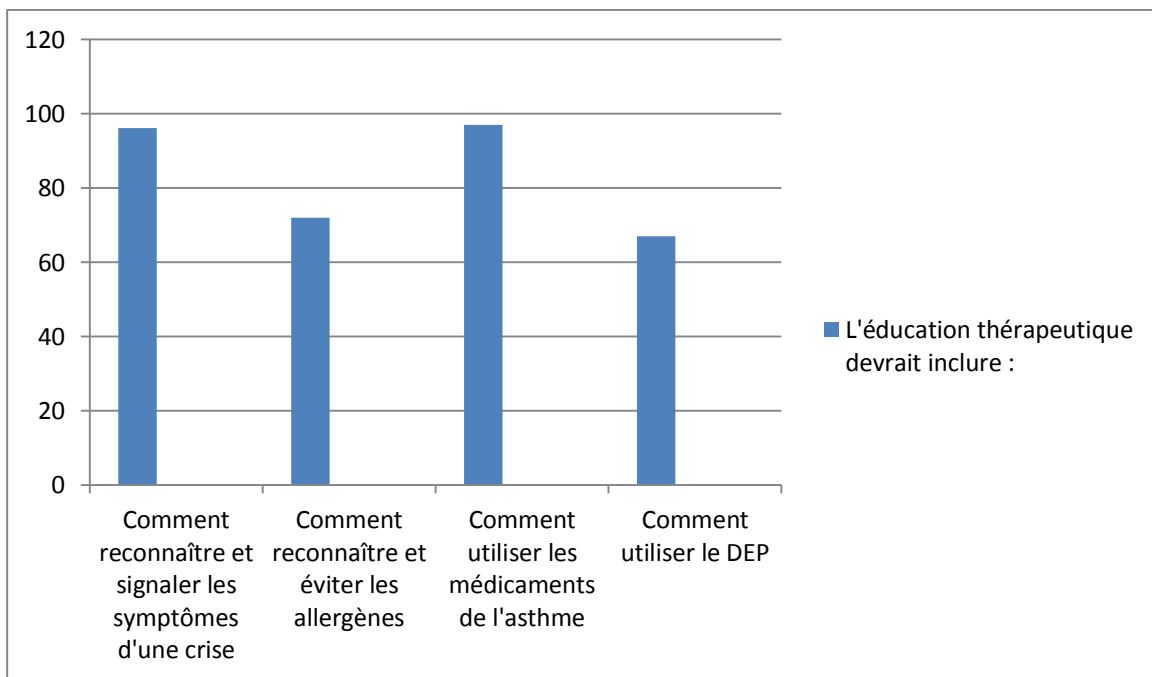


Figure 10 : Points clefs de l'éducation thérapeutique

72% des praticiens estimaient ne pas faire assez d'éducation thérapeutique, 84% par manque de temps, 28% la déléguaient aux paramédicaux, 17% ne faisaient pas assez d'éducation thérapeutique car celle-ci n'était pas rémunérée, 3% par oubli et 12,5% pour d'autres motifs.

82% des médecins souhaiteraient pouvoir déléguer l'éducation thérapeutique à une structure ou un intervenant formé. Parmi les 17% ne souhaitant pas déléguer l'éducation thérapeutique,

40% estimaient qu'elle devait être réalisée par un médecin, 13% ne pensaient pas que leurs patients avaient besoin de plus d'éducation thérapeutique et 40% ne le souhaitaient pas pour d'autres motifs.

D. Analyse

1. Caractéristiques sociodémographiques et recommandations (Questions 1 à 9)

Dans l'étude de Salama et al (18), 73% des praticiens avaient entendu parler des recommandations mais seulement 52,8% les avaient réellement lues. Notre question n'était pas assez détaillée pour savoir dans quelle mesure les répondants connaissaient les dernières recommandations, les ont-ils survolées, en ont-ils entendu parler ou les connaissent-ils vraiment ?

La configuration de notre étude ne nous a pas permis de déterminer si les médecins déclarants connaître les recommandations étaient ceux dont la pratique s'en approchait le plus.

En comparaison, les 69% des médecins disant les connaître semble plus proche de ceux qui en ont simplement entendu parler dans l'étude de Salama et al. L'enquête de Gharagozlou et al (19) révélait également un faible taux de professionnels au fait des dernières recommandations nationales.

Nous constatons que pour 11% des médecins de l'étude l'asthme n'est pas dû à un processus inflammatoire des voies aériennes et pour 9% d'entre eux, ce n'est pas une bronchoconstriction récurrente et réversible des bronches. Les connaissances scientifiques des médecins ne sont donc pas complètes ce qui rejoint les études de Salama et Gharagozlou.

2. Prise en charge de la crise d'asthme (Questions 10 à 15)

Les questions 10 et 11 exploraient les habitudes des médecins et les capacités matérielles à traiter l'urgence. Dans l'ensemble, les médecins ont l'habitude d'utiliser les BDCA, CSO, CSI et antihistaminiques. Ces résultats révèlent une bonne gestion médicamenteuse de la crise.

Il est intéressant de noter qu'un médecin sur les 89 répondants ne prescrivait que rarement des BDCA, de même, 10 médecins ne prescrivaient jamais de CSI et 4 jamais de CSO lors de la crise.

Est-ce par peur des effets secondaires, par méconnaissance du bénéfice des CSO dans la crise ?

La question 12 révèle un manque de connaissance des facteurs de risque d'asthme aigu grave étant donné que plus de la moitié des médecins ne prenaient pas en compte 2 facteurs majeurs : les antécédents d'asthme aigu grave et le contexte socio-économique dans leur décision d'orienter les patients vers un service d'urgences. Or, depuis plus de 10 ans ces facteurs sont reconnus comme facteurs de risque d'asthme aigu grave. (20)

Pour les questions 13, 14 et 15, nous avons classé les médecins en non adhérents et adhérents aux recommandations concernant le suivi d'une exacerbation. 24% des médecins adhéraient aux recommandations en revoyant leurs patients dans la semaine suivant une exacerbation et 31% instaurent un traitement de fond systématiquement (adhérents).

3. Prise en charge de l'asthme comme maladie chronique (Questions 16 à 26)

48% des médecins interrogés ne mesuraient jamais le DEP ou le mesuraient rarement, ceci rejoint les chiffres de Yeh et al (21) menée en Asie, où 51% des praticiens interrogés n'utilisaient pas le DEP. Cependant, dans l'étude de Yeh et al les praticiens n'utilisaient pas la mesure du DEP du fait de son coût économique, ce qui n'est peut-être pas le cas des médecins martiniquais.

Les questions 19 à 21 exploraient le suivi des patients asthmatiques, on retrouve une très faible adhésion aux recommandations : 15% pour le bilan allergologique, 47% pour le plan thérapeutique et 11% pour la vérification de la bonne utilisation des inhalateurs. Ceci est toujours concordant avec l'étude de Civelek et al (22).

Concernant l'éducation thérapeutique, les 2 axes les plus importants pour les médecins interrogés étaient d'apprendre à reconnaître et signaler les symptômes de la crise d'asthme et à utiliser les médicaments de la crise.

Il est intéressant de noter que pour 67% des répondants, l'éducation thérapeutique devait inclure l'apprentissage de l'utilisation du DEP alors que près de la moitié ne le mesure que rarement (moins d'une consultation sur 10) voire jamais.

E. Discussion

1. Questionnaire

Afin d'obtenir un taux de réponse le plus important possible, notre questionnaire ne comportait que 26 questions. Cette approche nous a permis de faire un état des lieux rapide de la prise en charge de l'asthme mais ne détaille pas assez de nombreux points. Ainsi, les connaissances scientifiques des médecins sont simplement survolées. Il aurait été intéressant d'approfondir l'exploration des connaissances des médecins concernant l'apport des CSI, leur importance dans le traitement de fond, leurs connaissances des effets secondaires. De même, nous n'avons pas exploré l'utilisation des antibiotiques, l'enquête de Salama et al (18) révélait que 53,1% des médecins interrogés prescrivaient régulièrement des antibiotiques dans le traitement de l'asthme de l'enfant.

Nous n'avons pas demandé aux médecins pourquoi ils n'utilisaient pas le DEP, ni s'ils effectuaient une mesure correcte avec comparaison du chiffre obtenu avec la valeur théorique du DEP pour l'âge et le genre.

28% des répondants déléguaient l'éducation thérapeutique à des paramédicaux, est-ce à l'école de l'asthme ou disposent-ils d'autres structures de recours ?

2. L'enquête

La population de notre étude était un échantillon varié (sexe, âge, mode et lieu d'exercice) de médecins généralistes martiniquais. La moyenne d'âge des répondants était de 49,3 ans, la moyenne d'âge des médecins martiniquais est de 52,5 ans.(17) Le fait que les plus jeunes, qui sont plus proches de leur cursus universitaire aient plus répondu à notre étude peut avoir induit un biais d'amélioration des réponses.

Malgré l'envoi de notre questionnaire en période de vacances (juillet – août), notre taux de réponse était satisfaisant pour une étude non financée. Ceci est peut-être la marque d'un intérêt particulier des médecins martiniquais pour la maladie asthmatique.

Nous aurions pu recruter également les pédiatres de ville qui suivent de nombreux patients asthmatiques.

Il apparait que les médecins savent gérer la crise d'asthme. C'est dans la prise en charge de la maladie chronique qu'on remarque les lacunes tant au niveau des connaissances scientifiques que de l'utilisation des médicaments (CSI) ou le recours aux examens complémentaires : prick test, EFR, ...

L'éducation thérapeutique est le point clef de la prise en charge de l'asthme mais c'est également la partie la plus chronophage pour les praticiens libéraux, d'autant que les médecins généralistes martiniquais sont peu nombreux, ils disposent donc de moins de temps. De plus, l'éducation thérapeutique n'est pas rémunérée, il n'y a pas de cotation spécifique.

F. Conclusion

Notre enquête d'évaluation des pratiques révèle une différence de prise en charge entre les médecins, et surtout l'absence d'adhésion et probablement de connaissance des recommandations françaises. Ces résultats ne sont pas propres à la Martinique puisqu'ils sont retrouvés également dans les études menées dans d'autres pays (18,19,21,22).

Des pistes d'amélioration sont possibles à plusieurs niveaux de la prise en charge.

Sur le plan des connaissances scientifiques :

- Information des médecins :
 - Fascicules envoyés par mail et par courrier postal aux médecins reprenant les résultats de notre étude et les dernières recommandations (Annexe 4)
 - Formations courtes dédiées aux médecins généralistes
 - EPU (enseignement post-universitaire) en partenariat avec l'école de l'asthme, en invitant les pneumologues, les pédiatres (hospitaliers et libéraux) et les médecins et infirmières scolaires.
- Réseau asthme : dans le but de faciliter les interactions entre les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'asthme afin d'avoir une coordination des médecins et des autres intervenants :
 - Diffusion des numéros utiles – Annexe 5
 - Fascicules pour les médecins et pour les patients

Sur le plan du suivi des patients : homogénéiser la prise en charge à l'échelle du département

- Plan thérapeutique pré-rempli identique pour les médecins généralistes, les urgences pédiatriques et adultes et dans les services de pneumologie. Annexe 6
- Diffusion d'un protocole de suivi des patients asthmatiques résumé en 1 ou 2 schémas tenant sur une feuille A4 et diffusé aux médecins.

Sur le plan de l'éducation thérapeutique :

- Rémunérer l'éducation thérapeutique faite par les médecins généralistes libéraux
- L'école de l'asthme :
 - Médicaliser l'école avec un médecin au moins à mi-temps qui assure la formation continue des infirmières
 - Promouvoir l'école de l'asthme :
 - Diffuser les coordonnées de l'école de l'asthme
 - Faciliter la prise de rendez-vous
 - Diminuer les délais d'attente

Bibliographie

- (1) WHO. Available at: <http://www.who.int/respiratory/asthma/fr/>. Accessed Juillet 2015.
- (2) OMS. L'asthme bronchitique. ;aide-mémoire N°307.
- (3) Global Initiative for Asthma. global strategy for asthma management and prevention. 2015 2015(www.ginasthma.org consulté le 10/08/2015).
- (4) Global Initiative for Asthma. Global burden of asthma. 2003 www.ginasthma.org consulté le 10/08/2015.
- (5) Ministère santé publiques. Loi N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel 2004.
- (6) Delmas M-, Guignon N, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Herbet J-, et al. Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Archives de Pédiatrie 2009 9;16(9):1261-1269.
- (7) Godard P, Huas D, Sohier B, Pribil C, Boucot I. ER' Asthme, contrôle de l'asthme chez 16580 patients suivis en médecine générale. La Presse Médicale 2005 11;34(19, Part 1):1351-1357.
- (8) Lajoinie. ARS Martinique : Programme régional de santé 2000. 2000; Available at: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Crs_Prs/Martinique/PRS/Asthme/Programme9900. Accessed juillet 2015.
- (9) quenel P. CIRE Antilles-Guyane: Enquête ESCAL 2004. Available at: http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_Sante/Vos_habitudes_de_vie/Nutrition_activite_physique/Enquete_escal_2012/Asthme.pdf. Accessed juillet 2015.
- (10) Blomia Tropicalis. Available at: https://www.google.com/search?q=blomia+tropicalis&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMI6uuFvzb9xgIViqKACH2QEQH0&biw=1366&bih=677#imgrc=n18YyQAR3JBaFM%3A. Accessed Juillet 2015.
- (11) Blatte. Available at: https://www.google.com/search?q=blatte+germanique&espv=2&biw=1366&bih=633&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIuMPTPhf9xgIVkuCACH2VqgqD#imgrc=1ApbSjnQjbU6JM%3A.
- (12) B. Pigearias. L'asthme dans ses mots d'Homère au GINA. rev mal respi 2014;31(1):8-12.
- (13) Afssaps Anaes. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. HAS 2004 Septembre.

- (14) Afssaps Anaes. Education thérapeutique du patient asthmatique adultes et adolescents. HAS 2001 Juin.
- (15) DREES. Densité de Médecins. Available at: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>, consulté le 3 Septembre 2015.
- (16) Direction générale des outre-mer. Données géographiques et humaines en Martinique. Available at: observatoire-outre-mer.interieur.gouv.fr/.../Tdb_Martinique_Juil2015.pd. Accessed consulté le 12/09/2015.
- (17) ARS Martinique. Diagnostic régional et cahier des charges de la permanence des soins en Martinique 2014-2016. 2015.
- (18) Salama, AA. Mohammed, AA. El Okda el, SE. Said, RM. Quality of care of Egyptian asthmatic children : Clinicians adherence to asthma guidelines. Ital J Pediatr 2010 Apr 21;36:33.
- (19) Gharagozlou M, Abdollahpour H, Moinfar Z, Bemanian MH, Sedaghat M. A survey of pediatricians knowledge on asthma management in children. iran j allergy asthma immunol 2008 Jun;85 - 90.
- (20) Groupe de recherche sur les avancées en pneumopédiatrie. Prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant (nourrisson inclu). rev mal respir 2007;24:427 - 39.
- (21) Yeh KW1, Chiang LC, Chen SH, Huang JL. **Survey of the clinical practice of physicians in the management of asthma in Taiwan.** Asian Pac J Allergy Immunol 2006 Mar;24(1):1-8.
- (22) Civelek, E. and Sekerel, B. E. Management of childhood asthma: Physicians' perspective in Turkey. Pediatric Allergy and Immunology 2004 August;15(4):372–375.
- (23) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Outils d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme. 2014 Janvier 2014;www.inesss.qc.ca.
- (24) Réfabert L. Le plan d'action personnalisé écrit (P.A.P.E.). Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique 2008 4;48(3):232-236.

Annexe 1 : Déclaration CNIL

CNIL 
8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

1861804

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : POINTAIRE Delphine	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 52 CHEMIN DE LA VALLEE LES HAUTS DE MADIANA	Code APE :
Code postal : 97233 Ville : SCHOELCHER	Téléphone : 0696029567
Adresse électronique : DPOINTAIRE@GMAIL.COM	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-1 Recherches biomédicales

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non Oui

4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : POINTAIRE Delphine

Service :

Adresse : 52 CHEMIN DE LA VALLEE LES HAUTS DE MADIANA

Code postal : 97233 - **Ville :** SCHOELCHER **Téléphone :** 0696029567

Adresse électronique : DPOINTAIRE@GMAIL.COM **Fax :**

Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

5 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

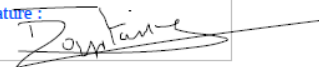
Nom et prénom : POINTAIRE Delphine

Date le : 22-05-2015

Fonction : Médecin, Praticien

Signature :

Adresse électronique : DPOINTAIRE@GMAIL.COM



Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.

Annexe 2 : Questionnaire

Questionnaire d'évaluation de la prise en charge de l'asthme en Médecine Générale

Caractéristiques sociodémographiques

- 1) Etes-vous :
 - a. Un homme
 - b. Une femme

- 2) Quel âge avez-vous ?

- 3) Exercez-vous en cabinet de groupe ?
 - a. Oui
 - b. Non

- 4) Votre exercice est :
 - a. Rural
 - b. Semi-urbain
 - c. urbain

- 5) Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) ?

- 6) Combien de jours avez-vous travaillé la semaine dernière ?

- 7) Combien de consultation pour asthme avez-vous eu au cours de cette semaine ?

- 8) Connaissez-vous les recommandations françaises (HAS) de prise en charge de l'asthme ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - i. Si oui, êtes-vous en accord avec ces recommandations ?
 1. Oui
 2. Non

- 9) Pour vous, l'asthme est :
 - a. Dû à un processus inflammatoire des voies aériennes
 - b. Une bronchoconstriction récurrente et réversible des bronches
 - c. Est prévalent dans tous les groupes d'âge, y compris dans l'enfance
 - d. Est une maladie où la prédisposition génétique est un facteur important

Prise en charge de la crise d'asthme

10) Quelles molécules utilisez-vous dans le traitement de la crise ?

	Jamais prescrit	Rarement prescrit	Régulièrement prescrit	Prescrit à chaque crise
B2-mimétiques de courte durée d'action : Ventoline, Airomir, Bricanyl, Maxair,...				
B2-mimétiques de longue durée d'action : Bricanyl cp, Serevent, Formoair, Oxéol,...				
Anticholinergique : Atrovent, Spiriva,...				
Corticoïdes inhalés : Becotide, Beclometasone, Qvar, Miflasone, Pulmicort, Flixotide,...				
Corticostéroïdes oraux : Célestène, Solupred				
Antihistaminiques : Aerius, Zyrtec, Polaramine,...				

11) Disposez-vous d'oxygène pour réaliser les aérosols au cabinet ?

- a. Oui
- b. Non

12) Sur quels critères adressez-vous les patients vers un service d'urgences (plusieurs choix possibles) ?

- a. Contexte socio-économique parental
- b. Antécédent d'asthme aigu grave
- c. Tirage – difficultés à parler
- d. Résistance aux traitements habituels (qui habituellement soulagent la crise)
- e. Fréquence respiratoire élevée
- f. Saturation en Oxygène

13) Revoyez-vous les patients en consultation systématique après une crise /exacerbation ?

- a. Oui
- b. Non

i. Si oui, dans quel délai ?

1. 2 à 7 jours après la crise
2. Entre 7 jours et un mois après la crise
3. Plus d'un mois après la crise

14) Instaurez-vous un traitement de fond par corticostéroïdes inhalés lors d'une consultation pour exacerbation ?

- a. De façon systématique
- b. Souvent (> 1 consultation /2)
- c. Parfois (< 1 consultation /2)
- d. Jamais

15) Lorsque vous instaurez un traitement de fond, vous réévaluez le patient à :

- a. 2 semaines
- b. 1 mois
- c. 3 mois
- d. > 3mois

Prise en charge de l'asthme comme maladie chronique

16) Sur quoi basez-vous votre diagnostic de maladie asthmatique, dans votre pratique courante ? (Plusieurs choix possibles)

- a. La présence de toux et de sibilants récurrents
- b. La présence de cas similaires dans la famille
- c. Des sibilants au cours de la première année de vie

17) Mesurez-vous le Pic Flow (ou Débit Expiratoire de Pointe - DEP) ?

- a. Rarement (< 1 consultation/10)
- b. Souvent (> 1 consultation/10)
- c. Tout le temps
- d. Jamais

18) Sur quels éléments instaurez-vous un traitement de fond ? (Plusieurs réponses possibles)

- a. La fréquence des crises
- b. L'intensité des crises
- c. Le terrain
- d. La fréquence d'utilisation des β 2-mimétiques
- e. Avis du spécialiste

19) Faites-vous un bilan allergologique :

- a. Systématiquement
- b. Parfois (<1 patient/5)
- c. Souvent (>1 patient/5)
- d. Jamais

20) Vos patients disposent-ils d'un plan thérapeutique écrit pour la prise en charge des crises ?

- a. Oui
- b. Non

21) Demandez-vous aux patients de vous montrer comment ils utilisent la Ventoline :

- a. Lors de la première prescription
- b. Jamais

- c. Lors d'exacerbations
- d. A chaque consultation
- e. Selon les patients

22) Le but du contrôle de l'asthme est :

- a. Que les patients vivent une vie normale sans aucune limitation d'activité
- b. Ne pas avoir de symptôme
- c. Normaliser le Peak Flow/DEP (ou les EFR)

23) Connaissez-vous l'école de l'asthme ?

- a. Oui
- b. Non
 - i. Y avez-vous déjà adressé des patients ?
 - 1. Oui
 - 2. Non

24) L'éducation thérapeutique des patients devrait inclure : (Plusieurs choix possibles)

- a. Comment reconnaître et signaler les symptômes d'une crise d'asthme
- b. Comment reconnaître et éviter les allergènes
- c. Comment utiliser les médicaments de l'asthme
- d. Comment utiliser le peak flow ou DEP (Débit Expiratoire de Pointe)

25) Pensez-vous faire assez d'éducation thérapeutique en cabinet ?

- a. Oui
- b. Non
 - i. Si non, pourquoi ?
- c. Oubli
- d. Manque de temps
- e. Education déléguée au paramédicaux : kiné, école de l'asthme, infirmiers,...
- f. Education non rémunérée (pas de cotation prévue)
- g. Autres

26) Souhaiteriez-vous pouvoir déléguer l'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques à une structure ou un intervenant formé ?

- a. Oui
- b. Non
 - i. si non, pourquoi ?
- c. l'éducation thérapeutique doit être réalisée par un médecin
- d. je ne pense pas que mes patients aient besoin de plus d'éducation thérapeutique
- e. autre

Annexe 3 : Lettre de présentation du questionnaire

Le 07 Juillet 2015

A Fort de France

Docteur,

Actuellement interne en Médecine Générale en Martinique, je me permets de vous contacter afin de solliciter votre aide dans la réalisation de ma thèse sur :

La prise en charge de l'asthme en Médecine Générale en Martinique.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire anonyme à me renvoyer dans une enveloppe pré-timbrée à mon adresse. Si vous avez déjà répondu à cette enquête par mail, merci de ne pas me le renvoyer.

Répondre à ce questionnaire vous prendra 5 minutes de votre précieux temps et me permettra de réaliser ma thèse. Je me tiens à votre disposition pour tout complément d'information et pour vous faire part des résultats.

Je vous remercie d'avance de votre aide et vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes sincères salutations.

Delphine POINTAIRE

Mail : dpointaire@gmail.com

Tel : 06.96.02.95.67

Annexe 4 : Suivi des patients (23)



Lignes directrices canadiennes en santé respiratoire

RECOMMANDATIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DE

L'asthme des enfants d'âge préscolaire, des enfants et des adultes
Mise à jour de 2012



Asthme
Maîtriser et prévenir les risques futurs

- pour assurer la maîtrise de l'asthme
 - indiquer quand et comment ajuster la thérapie de secours et d'entretien en cas de perte de maîtrise
 - Donner des directives claires quant au moment où il faut obtenir d'urgence de l'aide médicale
- L'observance à une thérapie de maintien (« zone verte ») est un aspect fondamental des plans d'action écrits.

Thérapie d'entretien	Augmentation recommandée de la thérapie d'entretien dans la zone jaune du Plan d'action	Zone verte
Enfants d'âge préscolaire (moins de 6 ans) et enfants (6-11 ans)		
Pas de traitement d'entretien	Aucune	Envisager l'amorce d'une thérapie d'entretien régulière
CSI	Aucune	Préconisations/préconisations 1 mg/kg x 3-5 jours*
CSI/BALA†	Aucune	Préconisations/préconisations 1 mg/kg x 3-5 jours*
Adultes (12 ans et plus)		
Pas de traitement d'entretien	Aucune	Envisager l'amorce d'une thérapie d'entretien régulière
CSI	Essai de 1 à 4x CSI pendant 7-14 jours**	Préconisation 30-50 mg pendant au moins 5 jours
CSI/BALA BUD/FORM	Augmenter BUD/FORM à max 4 inh bid x 7-14 jours OU BUD/FORM comme médicament de secours et d'entretien (max 8 inh/jour)	Préconisation 30-50 mg pendant au moins 5 jours**
FP/SALM ou MOM/FORM	Essai de 1 à 4x CSI (dosage accru de CSI dans la combinaison CSI/BALA ou ajout de CSI additionnel) pendant 7-14 jours**	Préconisation 30-50 mg pendant au moins 5 jours**

* Chez les enfants rapportant un historique récent d'exacerbation sévère et une réponse sous-optimale aux BACA lors de cette exacerbation; † ne s'applique pas aux enfants d'âge préscolaire; ** Chez les individus de ≥ 16 ans ayant un historique de perte de maîtrise de l'asthme léger et sévère au cours de la dernière année.

Définition des abréviations et des termes
 FEV1S: Volume expiratoire maximal par seconde; CPT: Capacité vitale forcée; DEP: Débit expiratoire pic; CSI: Corticostéroïde inhalé; VEMS: Volume expiratoire maximal; VEMS1: Variation sur le VEMS; VEMS2: Variation sur le VEMS le plus élevée multipliée par 120 pour le matin et la nuit (déterminée sur une période de 1 à 2 semaines); BUD/FORM: Budesonide/Formotérol; FP/SALM: Fluticasone/Formotérol; MOM: Mometasone; CSI: Corticostéroïde inhalé; BALA: Bêta₂-agoniste à longue durée d'action; ARLT: Antagoniste des récepteurs des leucotriènes; BACA: Bêta₂-agoniste à courte durée d'action.

Bibliographie
 Loughheed M.D., Lemire C., Ducharme F. et coll. Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société canadienne de thoracologie et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes. *Revue can. pneumol* 2012; 19(2): 127-64.

Société canadienne de thoracologie
 1750, croisement Courtwood, bureau 300
 Ottawa (Ontario) K2C 2B5
 613-569-0411 www.lignesdirectricesrespiratoires.ca

Thérapie d'entretien
 Il convient d'entreprendre une thérapie d'entretien régulière pour les individus qui présentent un ou plusieurs indicateurs d'asthme mal maîtrisé.
 Le traitement pharmacologique doit être basé sur la maîtrise actuelle de l'asthme et être augmenté au besoin pour regagner la maîtrise, mais seulement après que les autres raisons pouvant expliquer que l'asthme n'est pas maîtrisé aient été examinées; la dose est ensuite réduite à la plus petite quantité nécessaire.
 La thérapie d'entretien prescrite devrait tenir compte à la fois de la maîtrise actuelle et du risque d'exacerbation grave dans l'avenir.

Les corticostéroïdes inhalés (CSI) sont la thérapie d'entretien de première ligne à tous les âges
 Chez les enfants d'âge préscolaire, les CSI à faible dose sont la thérapie de première ligne.

PRÉSENT-JOURS CONTINUÉ*	DOSE PÉDIATRIQUE QUOTIDIENNE DE CSI (mg)		DOSE QUOTIDIENNE DE CSI POUR LES ADULTES (mg)		ÉLEVÉE	
	Faible	Élevée	Faible	Moyenne		
Dipropionate de bécloéthasone (QVAR) [®]	≤200	201-400	>400	≤250	251-500	>500
Budesonide [®] Turbuhaler [®]	≤400	401-800	>800	≤400	401-800	>800
Ciclesonide [®] (Alvesco)	≤200	201-400	>400	≤200	201-400	>400
Fluticasone (Fluticasone Propriate) (Dulera [®] , Flovent [®])	≤200	201-400	>400	≤250	251-500	>500
Mometasone (Nasonex [®])				200	≥400-800	>800

NOTE : Les catégories de dosage sont approximatives et basées sur une combinaison d'équivalences de dose approximative et sur des combinaisons d'inhalateurs, plutôt qu'au sein d'un seul inhalateur. Les doses sont des recommandations générales uniques. La surveillance technique des doses qui ne sont pas approuvées au Canada.

Thérapie d'appoint
 Une thérapie d'appoint est indiquée si l'asthme ne peut être maîtrisé au moyen de CSI (ou d'ARLT).

- Le diagramme du Continuum de la prise en charge de l'asthme indique quelle thérapie d'appoint devrait être envisagée, et à partir de quelle catégorie de dosage de CSI, pour les enfants de six ans et plus et les adultes.
- Les BALA ne sont pas indiqués pour les enfants d'âge préscolaire.
- Les BALA ne devraient jamais être utilisés seuls (en monothérapie) dans l'asthme.
- Les BALA ne devraient être utilisés que comme thérapie d'appoint à un CSI (idéalement combinés dans un seul inhalateur).
- Les doses élevées de CSI peuvent être associées chez l'enfant et l'adulte à des effets secondaires importants et ne doivent être prescrites que par des spécialistes en asthme.

Plan d'action écrit
 Les plans d'action écrits sont un élément essentiel des soins pour les patients asthmatiques de tous âges. Le plan d'action devrait :

- Présenter la prise en charge préventive quotidienne recommandée

Recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de l'asthme Enfants d'âge préscolaire, enfants et adultes Mise à jour de 2012

Où est-ce que l'asthme?

L'asthme est une atteinte inflammatoire des voies aériennes caractérisée par des symptômes persistants ou intermittents, accompagnés par des symptômes paroxystiques ou par des crises, comme la dyspnée, l'oppression thoracique, les sibilances, la production de muqueus et la toux, associés à une obstruction variable du passage de l'air et à des degrés élevés d'hyperinflation, des voies aériennes à des stades multiples ou évolutifs.

Comment diagnostiquer l'asthme

La prise en charge de l'asthme commence par l'établissement d'un diagnostic précis, qui se fait généralement en consultant l'anamnèse, par des mesures objectives de la fonction pulmonaire chez les patients de six ans et plus.

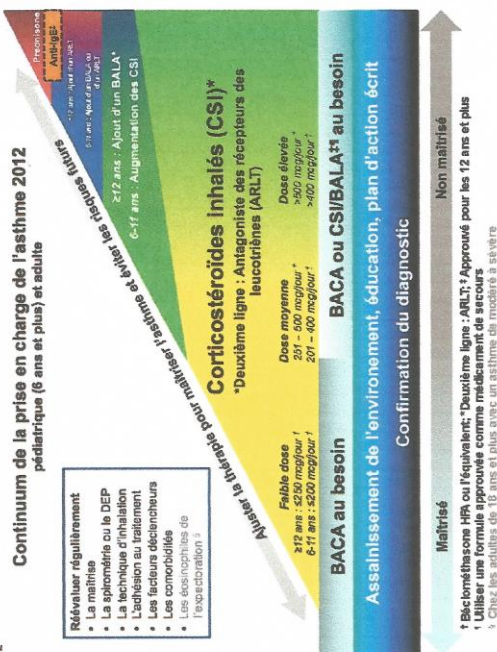
Pour les enfants d'âge préscolaire, chez lesquels, il est pas possible de réaliser de routine la fonction pulmonaire, une anamnèse minutieuse (y compris les antécédents familiaux, les facteurs de risque pour le développement de l'asthme et la réponse à l'essai thérapeutique) et un examen physique soigné servent à identifier l'asthme et autres causes de symptômes respiratoires épisodiques.

Symptômes faisant soupçonner la présence d'asthme :

- Épisodes fréquents de dyspnée, d'oppression thoracique, de sibilances ou de toux
- Aggravation des symptômes la nuit et au réveil matin
- Symptômes accompagnant une infection virale des voies respiratoires, ou apparaissant après l'exercice ou lors de l'exposition à des agents allergéniques ou à des irritants
- Symptômes apparaissant chez les jeunes enfants après qu'ils ont joué ou ri
- Diminution des symptômes après utilisation de bronchodilatateurs ou de corticostéroïdes

Mesures objectives de la fonction pulmonaire appuyant un diagnostic d'asthme :

- Observation observable des voies aériennes (par des un bronchodilatateur)
- Observation un essai, positif, de une, variable dans le temps, ou après, l'instillation d'une thérapie d'entretien
- Hyper-réactivité des voies aériennes



Démarche de prise en charge de l'asthme

Le but premier est de maîtriser la maladie et de prévenir les risques futurs.

- Confirmer le diagnostic par l'anamnèse et des mesures objectives de la fonction respiratoire
- Éducation pour l'autogestion, portant sur :
 - l'évitement des facteurs environnementaux qui déclenchent l'asthme
 - la technique d'inhalation
 - l'observance au traitement
 - un plan d'action écrit
- Thérapie de secours pour utilisation au besoin
- Thérapie d'entretien quotidienne
- Réévaluation régulière de la maîtrise de l'asthme, y compris la spirométrie ou le débit expiratoire de pointe (DEP)

Maîtrise de l'asthme

La maîtrise de l'asthme devrait être évaluée à chacune des visites et comporter au moins une mesure de la fonction respiratoire (spirométrie ou DEP), pour tous les patients capables de réaliser de façon reproductible une exploration fonctionnelle respiratoire.

Caractéristique	Fréquence ou valeur
Symptômes nocturnes	<4 jours/semaine
Symptômes diurnes	<1 nuit/semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Légères, peu fréquentes
Absence du travail ou de l'école due à l'asthme	Aucune
Besoins d'un bêta ₂ -agoniste à action rapide	<4 doses/semaine
VEMS ou DEP	≥90% du meilleur résultat personnel
Variation diurne du DEP	<10-15 %
Éosinophilie de l'expectoration*	<2-3 %

* A considérer comme mesure supplémentaire de maîtrise de l'asthme chez les individus de 18 ans et plus atteints d'asthme de modéré à sévère et évaluée dans des centres spécialisés.

Médicament de secours au besoin

Tous les asthmatiques devraient posséder un médicament de secours pour une utilisation en cas de besoin.

- Les BACA sont des médicaments de secours appropriés à tous les groupes d'âge et niveaux de sévérité.
- Les BACA sont la classe de médicaments de secours privilégiée pour l'asthme léger.
- Chez les individus de 12 ans et plus, une combinaison BUD/FORM pourrait être envisagée :
 - comme médicament de secours chez les individus atteints d'asthme modéré, et mal maîtrisé en dépit d'une thérapie d'entretien CSI/BALA à dose fixe;
 - comme médicament de secours et d'entretien dans un seul inhalateur pour les individus sujets aux exacerbations et dont l'asthme est mal maîtrisé en dépit de doses d'entretien élevées de CSI ou d'une thérapie combinée CSI/BALA.

Critères de la fonction pulmonaire

Mesure de la fonction pulmonaire	Enfants (six ans et plus)	Adultes
De préférence, Spirométrie montrant une obstruction réversible des voies aériennes		
Rapport VEMS/CVF réduit	Moins que la limite inférieure de la normale* ($<0,8-0,9$)** ET ≥12 %	Moins que la limite inférieure de la normale* ($<0,75-0,8$)** ET ≥12 % (et un minimum de ≥200 mL)
Augmentation du VEMS après la prise d'un bronchodilatateur ou une thérapie d'entretien	≥20 %	80 L/min (minimum ≥200 %)
Stabilité de recharge - Variabilité du débit expiratoire de pointe (DEP)	Non recommandé	OU ≥6 % selon des lectures biquotidiennes; >20 % selon de multiples lectures quotidiennes
Augmentation après la prise d'un bronchodilatateur ou une thérapie d'entretien	Non recommandé	OU 80 L/min (minimum ≥200 %)
Variation diurne[†]	Non recommandé	OU ≥6 % selon des lectures biquotidiennes; >20 % selon de multiples lectures quotidiennes
Solution de recharge - Test de provocation positif		
a) Test de provocation à la méthacholine	Diminution de ≥10-15 % du VEMS après l'exercice	CP ₅₀ < 4 mg/mL (4-16 mg/mL est limite; >16 mg/mL est négatif)
OU		
b) Provocation à l'effort	Diminution de ≥10-15 % du VEMS après l'exercice	CP ₅₀ < 4 mg/mL (4-16 mg/mL est limite; >16 mg/mL est négatif)

* Selon l'âge, le sexe, la taille et l'apparence ethnique.

** Limite inférieure approximative des rapports normale pour les enfants et les adultes.

Annexe 5 : Numéros utiles

Pneumologues :

- Dr CALVAIRE (Fort de France) : 05.96.50.24.53
- Dr IPHAINE (Fort de France) : 05.96.63.15.22
- Dr KAFA (Lamentin) : 05.96.48.56.26
- Dr RENARD (Fort de France) : 05.96.79.95.24
- Dr ROSE (Schoelcher) : 05.96.71.49.66
- Dr TAVERNIER (Fort de France) : 05.96.60.97.80
- Dr VOLNY-ANNE (Fort de France) : 05.96.60.58.38

Ecole de l'asthme :

- Dispensaire Calmette (Fort de France) : 05.96.70.66.27

Mme BOURGADE (IDE) consulte les lundis et mercredis, rendez-vous possibles dans la semaine

- MFME : 06.96.20.24.26

Mme POGNON Pascale (IDE) : 15 jours à 2 mois de délai avec des rendez-vous collectifs et individuels + séances de groupe par âge 1 fois par mois.

- Centre de santé Saint Pierre : 05.96.65.11.78

Mme BOURGADE (IDE) consulte tous les mardis avec rendez-vous possibles dans la semaine

Annexe 6 : Plan thérapeutique (24)

A remplir avec son médecin

Plan d'Action Personnalisé Ecrit

Date : _____

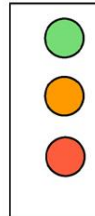
de : _____

Nom du médecin : _____

Téléphone du médecin : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (famille, ami, ambulance...) : _____

Meilleure Valeur de votre souffle (débit de pointe) : _____



Vous pouvez utiliser les couleurs d'un feu de circulation pour vous aider à gérer votre asthme et à adapter votre traitement :

1. **Vert : Tout va bien !**
Souffle supérieur à _____
2. **Orange : Attention**
Souffle entre _____ et _____
3. **Rouge : Danger !**
Souffle inférieur à _____



1. Vert : tout va bien

- La respiration est bonne
- Ni toux ni sifflements
- Peut jouer, travailler et dormir normalement



Valeur de votre souffle
Supérieure à _____
(> 80% de la meilleure valeur personnelle)

Traitement Combien en prendre ? Pendant combien de temps ?

10 à 20 minutes avant le sport ou une activité physique, prendre :

2. Orange : Attention !!

Modifier le traitement pour éviter que la crise ne s'aggrave



Toux



Sifflements



Oppression



Réveil
Toux nocturne

Valeur de votre souffle
Entre _____ et _____
(50 à 80% de la meilleure valeur personnelle)

Traitement Combien en prendre ? Pendant combien de temps ?

3. Rouge : Danger !

- Médicaments non efficaces
- Respiration difficile et rapide (haletante)
- Difficulté à parler
- Difficulté à se déplacer
- Lèvres bleues
- Apparition d'un creux à chaque respiration au niveau du cou et entre les côtes



Valeur de votre souffle
Inférieure à _____
(< 50% de la meilleure valeur personnelle)

**Faire immédiatement appel à un médecin ou au SAMU
En attendant l'arrivée des secours, prenez ces médicaments**

Traitement Combien en prendre ? Pendant combien de temps ?

Vous pouvez contacter le SAMU en faisant le 15 ou le 112 à partir d'un mobile

Cachet du médecin :



3 rue de l'Amiral Hamelin, 75116 Paris
Tel : 01 47 55 03 56/ Numéro Vert : 0800 19 20 21

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Abstract

Backgrounds : Asthma is a serious global health problem. It has become increasingly prevalent over the years. Current guidelines on asthma do not seem to be followed by health professionals.

Objectives : The current study has been designed to evaluate the management of asthma care by Martinique primary health care physicians in 2015. Is it homogeneous and consistent with the guidelines of the French Health Authority ? What about physicians knowledge ?

Subjects and methods : We performed a descriptive cross-sectional observational study through a declarative survey in 240 general practitioners, installed in Martinique and whose email and mailing addresses were registered at the Regional Union of Professions on June, 1st 2015. Physicians responded to an anonymous questionnaire via internet or postal mail.

Results : We obtained 89 responses out of 240 questionnaires sent by email, and postal mail. The results reflected good management of asthma crisis and of its drugs. However, the management of this disease is not uniform among all practitioners and does not follow the guidelines of the French Health Authority. We found a lack of knowledge and a lack of patient education.

Conclusion : The management of asthma in Martinique can be improved in terms of knowledge, patient monitoring and patient education through the continuous training of doctors, the organization of an Asthma Care Network and the promotion of Asthma Training Centers.

Key words : Asthma - guidelines - general practitioners - assessment practices

Enquête d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale en Martinique en 2015 : Prise en charge de l'asthme

Thèse : Médecine – Université des Antilles et de la Guyane

Année 2015

Mots clés : asthme – recommandation – médecins généraliste – évaluation des pratiques

Contexte : L'asthme est un problème de santé publique, sa prévalence augmente chaque année. Les recommandations actuelles de prise en charge de l'asthme ne semblent pas toujours être suivies par les professionnels de santé.

Objectifs : Notre étude évalue la prise en charge de l'asthme par les médecins généralistes martiniquais en 2015. Est-elle homogène et conforme aux recommandations françaises de la HAS (Haute Autorité de Santé). Quand est-il des connaissances scientifiques des praticiens ?

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale descriptive par l'intermédiaire d'une enquête déclarative menée auprès de 240 médecins généralistes installés en Martinique et dont l'Union Régionale des Professions Libérales disposait de l'adresse mail et postale le 1^{er} Juin 2015. Les médecins répondaient à un questionnaire anonyme via internet ou courrier postale.

Résultats : Nous avons obtenus 89 réponses sur 240 questionnaires envoyés par mail et courrier postal. Les résultats retrouvent une bonne gestion de la crise d'asthme et des médicaments de la crise. En revanche, la prise en charge de la maladie asthmatique n'est pas homogène entre tous les praticiens et ne suit pas les recommandations françaises. On retrouve un manque de connaissances scientifiques et un manque d'éducation thérapeutique.

Conclusion : La prise en charge de l'asthme en Martinique peut être améliorée sur le plan des connaissances scientifiques, du suivi des patients et de l'éducation thérapeutique des patients par l'intermédiaire de formations continues des médecins, l'organisation d'un réseau de soins autour de l'asthme et la promotion de l'école de l'asthme.

Jury : Professeur Régis DUVAUFERRIER

Président de Jury :

Juges : Professeur Georges JEAN-BAPTISTE
Professeur André CABIE

Directeur de thèse : Dr Anne CRIQUET-HAYOT

Adresse : 52 Chemin Lavallée – Les Hauts de Madiana – 97233 SCHOELCHER