

**Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais**

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

***THIBAUT Aurélie
18 Mai 1984 à Chartres***

Présentée et soutenue publiquement le 11 Avril 2013

**DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRESCRIPTION DU
TRAITEMENT DE FOND DANS L'ASTHME DE L'ENFANT : ENQUETE QUALITATIVE**

Jury

Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

**Membres : Madame le Docteur RENOUX Cécile
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain
Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel**

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail

	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie

MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie pour avoir accepté de présider ma thèse et m'avoir permis de suivre une formation de qualité au cours de mon troisième cycle d'études médicales. Recevez l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur Le Professeur CHANTEPIE

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de ma thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Madame le Docteur RENOUX Cécile,

Pour le soutien que tu m'as apporté tout au long de ce travail qui n'aurait pu être réalisé sans toi. Pour tes précieux conseils, ta disponibilité, ton professionnalisme, ta patience et le temps que tu m'as consacré. Cela a été une réelle joie de travailler avec toi. Je n'oublierai jamais ton dévouement pour les étudiants et la passion de ton métier. Reçois mes remerciements les plus sincères.

A mon cher mari, pour ton soutien à toutes épreuves, ton amour, ta gentillesse, ta patience, tes conseils, ta présence auprès de moi depuis mon externat. Je te remercie du plus profond de mon cœur. Pour ce que tu es.

A ma fille Elise, tu me procures tant de joie et de bonheur depuis ta naissance. Pour l'amour que tu me donnes chaque jour.

A ma mère, pour ton précieux soutien tout au long de mes études, sans quoi j'aurais probablement échoué. Pour ton écoute et le temps passé avec moi dans les moments difficiles. Pour l'importance que tu accordes à ce que je fais. Reçois cette thèse en signe de mon amour pour toi

A mon père, pour ton dévouement pour mes études, pour m'avoir donné le goût de l'effort et de repousser ses limites. Pour tes conseils et ta persévérance. Je te remercie d'avoir toujours cru en moi pendant tout ce temps.

A ma sœur, pour ton amour, ta sagesse, ton aide, ton soutien, ta gentillesse pendant toutes ces années d'études.

A mes beaux parents, pour votre soutien et pour les moments passés dans le Lot.

A mes beaux-frères et belle sœur,

A ma grand-mère Renée, pour l'amour que tu m'as apporté.

A Gisèle, Liliane et Jean pour votre soutien et vos encouragements.

A toute ma famille et belle-famille

A mes amis de toujours, Benoit pour ton amitié depuis si longtemps, pour ton soutien en première année de médecine, Charlotte pour ta générosité, tes conseils et ta gentillesse.

A mes amies de l'externat, Bénédicte aux moments de joie passés ensemble, à nos voyages partagés, aux nombreuses discussions... Hélène, à nos années bibliothèque, à nos pause-café, à ta gentillesse, à ta disponibilité, Prisca pour ton humour, ta générosité, Mathilde, pour ta disponibilité à toutes épreuves.

A mes amis de l'internat, Pauline, pour ton dévouement, pour ton amitié et ta générosité, François, pour nos fous-rires, ton humour, ta gentillesse.

Aux moments partagés à Clocheville avec Magali, Nadine, Laure, Cécile, Guillaume, Aurélie

A toutes les personnes rencontrées pendant l'internat

Aux médecins, infirmières de médecine 1B de Blois, des urgences de Blois.

A tous mes maîtres de stage qui ont su me transmettre leur passion pour ce métier.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette thèse.

RESUME

Contexte : L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches dont la prévalence chez l'enfant est d'environ 8%. Malgré des traitements de fond efficaces, l'asthme de l'enfant reste mal contrôlé en France. L'objectif de ce travail était d'explorer les difficultés des médecins généralistes dans la prescription de ce traitement de fond.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes, de novembre 2011 à mai 2012. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins généralistes rencontraient des difficultés pour réaliser le diagnostic d'asthme. Ils étaient confrontés aux représentations négatives des patients sur les corticoïdes inhalés. Eux-mêmes ont exprimé une certaine appréhension envers ces molécules et admettaient les prescrire mais moins longtemps que préconisés. L'éducation thérapeutique leur semblait indispensable dans la prise en charge globale de l'asthme. Ils maîtrisaient mal les systèmes d'inhalation et avaient peu de temps sur une consultation pour la réaliser correctement.

Conclusion : L'asthme nécessite une prise en charge globale où le médecin généraliste a une place importante. Au delà de la connaissance des recommandations, il doit faire face aux représentations de ses patients, à ses propres appréhensions et améliorer l'éducation thérapeutique pour aboutir à une acceptation et à une autonomie de son patient.

Mots clés : traitement de fond, médecins généralistes, asthme, enfant

SUMMARY

Background : Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways whose prevalence in children is about 8 %. Despite basic treatments, childhood asthma remains poorly controlled in France. The aim of this study was to explore the difficulties general practitioners have in prescribing appropriate treatment.

Method: Qualitative study; semi-structured interviews with 12 GPs ranging from November 2011 to May 2012. A fully written transcript and a thematic content analysis.

Results: GPs encountered difficulties in diagnosing asthma. They were confronted with negative representations in patients using inhaled corticosteroids. They themselves have expressed some apprehension about these molecules and admitted prescribing them for a shorter time than recommended. Therapeutic education seemed essential in the overall management of asthma. They poorly understood the inhalation systems and had little time for in-depth consultations.

Conclusion: Asthma requires comprehensive care where the GP plays a central role. Beyond the recommendations and any misgivings of the GP, he or she must deal with his patients representations as well as improve their education to achieve acceptance and autonomy.

Keywords: basic treatment, general practitioners, asthma, child

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
METHODE.....	10
RESULTATS.....	11
DISCUSSION.....	16
CONCLUSION.....	18
BIBLIOGRAPHIE.....	19
ANNEXES :	
-Annexe 1 : Trame d’entretien.....	21
-Annexe 2 : Description de la population étudiée.....	22

INTRODUCTION

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires qui, quand elle n'est pas contrôlée, a des conséquences considérables sur la vie quotidienne des patients et peut même être fatale. En France, la loi du 9 août 2004⁽¹⁾ relative à la politique de santé publique a retenu l'asthme comme une priorité nationale et a donné naissance à un plan asthme dont l'objectif général était de réduire la mortalité et la morbidité⁽²⁾

La prévalence de l'asthme chez l'enfant en Europe est d'environ 8%⁽³⁾ avec 2000 décès annuels en France^(3,4). Outre l'impact général de l'asthme sur la vie du patient, cette pathologie chronique est responsable d'un absentéisme scolaire et est parfois invoquée pour dispenser l'enfant des cours d'éducation physique et autres activités sportives. Mener une vie normale ou proche de la normale est un des objectifs raisonnables pour un enfant asthmatique.

Quand l'asthme n'est pas diagnostiqué, il en résulte pour les enfants des traitements inappropriés, un retard staturo-pondéral (asthme sévère) et une mauvaise qualité de vie. Ces effets associés au coût élevé^(1,5) en termes de santé publique expliquent l'objectif majeur d'obtenir le contrôle total de la maladie, objectif défini par le GINA⁽⁶⁾. Ce dernier est loin d'être atteint comme l'illustrent les études ER 'Asthme'⁽⁷⁾ et ELIOS⁽⁸⁾ réalisées en médecine générale. Respectivement 27 et 25% des enfants suivis ne sont pas contrôlés dans ces études. Ces données témoignent de l'insuffisance du contrôle de l'asthme en dépit de la large diffusion des recommandations et de l'efficacité des traitements recommandés⁽⁹⁾. Les corticoïdes inhalés⁽¹⁰⁾ sont le traitement de choix de l'asthme de l'enfant. Ils doivent être prescrits sur une durée de 3 mois et adaptés à chaque consultation pour obtenir un contrôle total de l'asthme. Ils sont associés aux bêta 2 mimétiques de longue durée d'action en cas d'échec^(11,12).

Selon la base de données Thalès de 2004 à 2007, les prescriptions des médecins généralistes ne sont pas optimales. Seulement 21% des enfants diagnostiqués asthmatiques reçoivent une prescription de traitement de fond par corticoïdes inhalés ou par l'association fixe corticoïdes inhalés et bêta 2 mimétiques de longue durée d'action.

La méconnaissance des recommandations par le médecin généraliste est souvent avancée comme la seule cause de ces écarts de prise en charge. Il serait intéressant d'explorer les causes réelles de cet état de fait pour améliorer la prise en charge à long terme.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations et difficultés que les médecins généralistes rencontraient lors de la prescription du traitement de fond dans l'asthme. L'objectif secondaire était de proposer, si cela était possible, des actions d'amélioration spécifiques.

METHODE

Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes de la région Centre. Les médecins généralistes ont été recrutés soit sur le lieu de stage du chercheur, soit par connaissance puis par effet boule de neige. Un rendez-vous a été fixé, en signalant qu'il s'agissait d'un travail de thèse. L'échantillon était raisonné en fonction de l'âge, du sexe, de l'éventuelle fonction de maître de stage universitaire (MSU), du lieu et enfin des conditions et de la durée d'installation pour obtenir un échantillon le plus diversifié possible.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes, jusqu'à saturation des données. Après accord des médecins, ils ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique. La trame d'entretien (annexe 1) a été élaborée à partir d'une revue de la littérature ^(1,12,16,18) et des hypothèses émises par les chercheurs. Elle comportait huit questions principales et des questions de relance si le médecin ne couvrait pas les points importants. Six thèmes principaux étaient explorés : les représentations de la maladie par le médecin et les patients, les opinions sur le traitement de fond, les attentes du médecin, ses craintes, ses difficultés et enfin ses connaissances des recommandations. Les verbatims ont été intégralement retranscrits et anonymisés. Les données non verbales n'ont pas été recueillies, ni analysées. Une analyse thématique de contenu, après un codage ouvert, a ensuite été réalisée. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par une interne dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Le codage des verbatims et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative. Aucune triangulation supplémentaire des données, ni de validation ultérieure par les interviewés n'était prévue dans le cadre de ce travail exploratoire.

RESULTATS

Caractéristiques de la population et des entretiens (annexe 2)

La population étudiée était constituée de sept hommes et cinq femmes âgés de 33 à 61 ans. Neuf médecins exerçaient en cabinet de groupe. Ils étaient installés depuis 1 à 32 ans. Huit d'entre eux étaient MSU.

Les entretiens ont duré de 12 à 37 minutes et ont eu lieu du 7 novembre 2011 au 15 mai 2012. Ils ont été retranscrits au fur et à mesure afin de ne perdre aucune données. Une première analyse avec codage a été effectuée au deuxième entretien et a entraîné une modification de la trame d'entretien. Une question a été ajoutée sur les représentations de l'asthme par les patients. La saturation des données a été observée au dixième entretien, saturation confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

Analyse des verbatim

La maladie asthme

Les médecins ont montré un intérêt pour cette maladie : « *sujet qui m'a toujours intéressé* ». Le traitement ne semblait pas un problème pour eux : « *le suivi de traitement ne me stresse pas* ». Ils ont pourtant exprimé une crainte par rapport à la crise d'asthme : « *j'ai perdu deux patients donc l'asthme ça tue* ». Ils avaient peur de l'état de mal asthmatique, des hospitalisations et éventuellement de la réanimation : « *Une crise d'asthme sévère c'est très angoissant pour le médecin généraliste* ». Pour eux, l'asthme était une des causes de mortalité importante chez l'enfant. Un médecin n'a exprimé aucune crainte par rapport à cette pathologie : « *ne m'inquiète pas du tout* »

Le diagnostic de l'asthme était jugé difficile à faire, jamais certain « *un grand flou artistique* », complexe et plurifactoriel « *tant qu'il n'y a pas un terrain allergique on ne peut pas parler d'asthme* »

mais de bronchite asthmatiforme, bronchiolite ». Pour eux, il était souvent sous estimé et la gravité était sous évaluée « *asthmes mal diagnostiqués et sous évalués sûrement* » et pour deux autres sur estimés « *diagnostic d'asthme un peu à tort* ». Un des médecins interrogés a remis en cause l'existence de l'asthme et pensait qu'il s'agissait plus d'un problème psychosomatique « *un enfant est dit asthmatique alors qu'il n'y est pas c'est juste qu'ils ne savent pas bien inspirer* ». Un seul des médecins utilisait pour le diagnostic d'asthme des critères objectifs basés sur la spirométrie et pour le suivi la classification de l'asthme « *spirométrie à l'appui* ».

Pour les médecins interviewés, le diagnostic était souvent fait par un spécialiste. Trois profils se distinguaient. Certains médecins préféraient avoir un recours direct à un spécialiste et ne faisaient que le renouvellement du traitement sans jamais le remettre en cause : « *je suis plus là pour le renouvellement intermédiaire, sinon j'ai recours à un spécialiste* ». D'autres travaillaient en parallèle avec le spécialiste et aimaient avoir un avis lorsqu'il s'agissait d'un asthme sévère ou pour réaliser des épreuves respiratoires mais adaptaient conjointement le traitement : « *un bilan plus complet est nécessaire avec des épreuves respiratoires chez le pneumologue* ». Les derniers pensaient que cette maladie devrait être seulement du ressort du médecin généraliste, qu'il faudrait un seul référent pour mieux coordonner la prise en charge : « *la prise en charge est faite par un spécialiste alors qu'elle devrait rester de l'ordre de la médecine générale* ». Souvent les parents voulaient un recours au spécialiste car il s'agissait d'une maladie angoissante : « *les gens avaient besoin de l'étiquette de la spécialité ou la dorure du CHU car il s'agissait d'une maladie angoissante* ». De plus, ils signalaient qu'ils prenaient peu d'enfants asthmatiques en charge dans leur patientèle car ces enfants allaient beaucoup chez le pédiatre : « *on n'en voit pas assez pour s'en rendre compte* ». La prise en charge d'un enfant asthmatique était difficile au cabinet par manque de temps pour faire le point. Les médecins les voyaient souvent dans le cadre d'un épisode aigu : « *le suivi médical est plutôt un suivi de dépannage qu'un réel suivi* ».

Les médecins dans l'ensemble sont restés très flous sur les recommandations sur l'asthme et sur son traitement. Cinq médecins faisaient référence aux recommandations dans leur pratique quotidienne et estimaient qu'elles étaient relativement bien faites et pertinentes : « *ce qui a été proposé me satisfait dans la prise en charge de mes patients, on obtient de bons résultats* ».

Deux médecins ne les utilisaient pas du tout et n'étaient pas prêts à les suivre. Pour eux, elles n'étaient pas adaptées à leur pratique. Ceux qui les avaient écrites n'étaient pas sur le terrain. Chaque asthmatique était unique et nécessitait une prise en charge particulière non basée sur les recommandations : « *elles sont décalées par rapport à la pratique médicale quotidienne* ». Les autres ne connaissaient que les recommandations pour les adultes ou se demandaient s'il en existait pour l'enfant. Souvent ils ne les avaient pas relues depuis longtemps. Un médecin signalait qu'il connaissait davantage les recommandations sur la BPCO puisque sa patientèle était âgée.

Le traitement

Les molécules

Le traitement de l'urgence par la Ventoline® a été abordé dans trois entretiens. Un médecin a exprimé une réelle crainte par rapport à cette molécule qui était réservée pour lui au traitement de l'urgence pure « *pour moi la Ventoline® m'a toujours gêné, c'est un médicament de l'urgence dans le placard du médecin ou dans les mains de la maman si elle est lucide* ». La Ventoline® était parfois le seul traitement d'un enfant asthmatique alors qu'il devrait avoir un traitement par corticoïde inhalé « *la*

plupart du temps on sous traite les gens, ils ne prennent que de la Ventoline® alors qu'ils auraient besoin d'un traitement par corticoïde inhalé ».

Tous les médecins interrogés prescrivaient des traitements par corticoïdes inhalés associés parfois aux bêta2 mimétiques de longue durée d'action. Ils utilisaient souvent le Flixotide® ou le Bécotide® en première intention et si nécessaire le Sérétide®. Ils étaient convaincus de l'utilité du traitement de fond et n'avaient pas de craintes particulières *« je n'ai pas de grandes craintes comme je suis convaincu qu'il faut un traitement de fond »* Trois médecins ont exprimé une *« méfiance »* par rapport aux corticoïdes inhalés au long cours en faisant référence à leurs effets anabolisants. Mais ils disaient les prescrire quand même : *« je les prescris mais je reste méfiant »* Les médecins rencontraient parfois des difficultés avec les parents à cause de leurs idées préconçues sur les corticoïdes : prise de poids, diabète même s'ils avaient moins d'appréhension avec cette voie d'administration en inhalation. Un médecin signalait l'absence de problème puisqu'il ne prononçait pas le mot corticoïde devant les parents.

La forme du traitement

La forme du traitement a été également discutée comme le traitement per os par Singulair®. Certains y voyaient un effet positif par sa facilité de prise sans les contraintes de l'inhalation. Ils les utiliseraient plus souvent s'ils existaient en comprimés ou en gouttes. D'autres s'interrogeaient : ils pensaient que cette forme de molécule n'avait pas été assez évaluée pour la prescrire. Aucune étude ne prouvait le bénéfice des traitements per os par rapport aux traitements inhalés. De plus, les parents pensaient que le traitement par inhalation était plus efficace sur les poumons qu'un comprimé. Un traitement per os était en contradiction avec leur pathologie respiratoire : *« ce type de traitement est plus efficace par sa gestuelle qu'un comprimé, ils sont plus en accord avec leurs problèmes respiratoires »*

Dans l'ensemble, ils n'utilisaient pas les nouvelles molécules. Beaucoup de médicaments existaient de différentes formes mais ils n'avaient jamais été comparé entre eux. *« Il y a de nouveaux produits de nouvelles formes de sprays mais sans vraiment d'information à leur sujet sans réelles comparaisons »*

La technique de prise

Le principal obstacle du traitement restait le problème de l'inhalation avec le synchronisme main-inspiration. L'inconvénient était la mise en œuvre du traitement. Les médecins n'étaient pas à l'aise avec les différentes formes d'appareils et ne savaient pas les manier. Ils manquaient de connaissance à ce niveau pour les prescrire de façon adéquate. Quand les patients étaient jeunes, ils prescrivaient le baby-haler. Pour les plus âgés, ils rencontraient des difficultés. Certains utilisaient les formes en poudre car elles étaient plus faciles à manier et évitaient les problèmes de coordination. Un médecin pensait que les freins techniques n'étaient pas un obstacle au traitement.

La posologie et la durée du traitement

Les médecins initiaient toujours une dose minimale de corticoïdes inhalés et essayaient de trouver la dose minimale d'entretien. Un seul médecin rencontrait des difficultés dans la dose de corticoïdes puisqu'il le prescrivait par rapport au poids de l'enfant. Les corticoïdes étaient prescrits en général sur trois mois. Plusieurs des médecins ne les prescrivaient que sur un mois par peur des effets indésirables des corticoïdes. La durée du traitement n'était pas basée sur les recommandations. Le médecin les

prescrivait souvent pour l'hiver puis les arrêtaient. Ils n'adaptaient pas la posologie du traitement selon le niveau de contrôle de l'asthme.

L'âge des enfants

Les médecins pensaient que le traitement était mieux pris chez l'enfant. Les parents suivaient plus scrupuleusement les recommandations du médecin. Par contre, le traitement était plus difficile à réaliser au long cours. Chez l'adolescent, le traitement semblait moins bien pris. Ils constataient surtout une disparition fréquente de l'asthme à l'adolescence.

Les effets indésirables du traitement

Les effets indésirables paraissaient rares avec une bonne explication de l'utilisation du médicament. Leur prescription n'était pas gênée par ces effets. Ils ont tous évoqué les mycoses buccales qui apparaissaient si on ne se rinçait pas la bouche après chaque utilisation. La moitié des médecins interrogés pensaient que les corticoïdes inhalés pouvaient agir sur la croissance de l'enfant et atteindre l'axe hypothalamo-hypophysaire « *mettre de la cortisone inhalé n'est pas anodin* ». Un médecin était inquiet par l'apparition d'une fragilité capillaire, d'un diabète et d'une insuffisance surrénalienne après un délai d'exposition important. Enfin, un médecin signalait qu'il était confronté à une surconsommation par les patients de corticoïdes et de Ventoline® pour des motifs qui ne relevaient pas forcément de l'asthme : « *une fois que les patients ont associé asthme et toux pour eux tout va être de l'asthme ou bronchite et donc recevront de la Ventoline® ou du Sérétide®* »

Les critères d'évaluation de l'efficacité du traitement

Les médecins généralistes avouaient s'habituer au traitement et le renouveler sans forcément en réévaluer l'utilité. Un médecin se basait sur des critères objectifs comme les données du peak-flow, la spirométrie, l'utilisation de la Ventoline®, le nombre de crises par semaine, le nombre de crises nocturnes. D'autres évaluaient plus à l'instinct « *une sorte de feeling* » non basée sur des critères objectifs. Ils ne basaient pas leur réévaluation sur les critères de contrôle définis par le GINA.

L'intérêt d'un traitement de fond

Tous les médecins étaient persuadés de l'utilité d'un traitement de fond pour améliorer la qualité de vie des enfants, diminuer le nombre de crises, diminuer les hospitalisations, éviter les accès aigus. Ils pensaient également que le traitement évitait la détérioration de l'arbre respiratoire et diminuait l'inflammation pulmonaire.

L'éducation

La maladie

Tous les médecins interviewés rencontraient des difficultés dans l'éducation de la maladie.

La première était d'expliquer la maladie, son évolution, sa gravité. Ils étaient confrontés à l'angoisse et à la peur des parents qui n'acceptaient pas la maladie : « *Les parents sont très craintifs par rapport au mot asthme* » Ensuite, il leur semblait compliqué d'expliquer qu'il s'agissait d'une maladie chronique : « *le problème c'est que l'on n'arrive pas à faire passer le message de maladie chronique* ». Pour certains médecins, il s'agissait du problème des maladies que le médecin diagnostiquait et que les patients ne ressentaient pas, comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Les médecins interviewés signalaient une non acceptation de la maladie tant que l'enfant n'avait pas fait une crise d'asthme sévère. Certains constataient que la maladie était mieux gérée vers l'âge de 10 ans quand les enfants étaient responsables de leur traitement.

Il était particulièrement difficile pour les parents de différencier état stable et état aigu et donc d'accepter un traitement de fond. Ils savaient gérer une crise d'asthme mais ne comprenaient pas l'intérêt d'un traitement au long cours.

Le traitement

Il était difficile de montrer l'utilisation de la chambre d'inhalation, du peak-flow pendant une consultation. Tous les médecins étaient convaincus qu'une éducation thérapeutique était primordiale comme chez l'enfant diabétique avec des séances pour les parents. Il faudrait réévaluer la technique à chaque consultation ou plus régulièrement mais ils signalaient qu'ils n'avaient malheureusement pas le temps sur une consultation. Pour eux, l'éducation restait très difficile car l'enfant était souvent amené dans un contexte de crise d'asthme : « *parce que malheureusement nous n'avons pas le temps sur un temps de consultation de faire cette éducation puisque bien souvent l'enfant est amené en crise* ».

Le médecin était conscient que le but est d'arriver à une autonomie de son patient. Pour y arriver, il fallait répéter les choses, en faire un apprentissage. Deux médecins pensaient que l'éducation en groupe était nécessaire, pour les autres cette éducation était totalement du ressort du médecin généraliste. Certains médecins proposaient de faire une séance d'éducation thérapeutique sur deux consultations si celle-ci était valorisée par la sécurité sociale.

L'observance

Tous les médecins ont constaté une mauvaise observance des patients. Comme pour toute maladie chronique, il était très contraignant pour les patients de prendre un traitement au long cours alors qu'ils n'avaient pas de signes francs. Les médecins ont constaté les mêmes problèmes qu'avec d'autres maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle. Tant que les patients n'avaient pas conscience de leur maladie ils ne prenaient pas durablement leur traitement. Si les patients se sentaient bien, ils arrêtaient leur traitement : « *les parents sont souvent réticents au traitement de fond parce que pour eux prendre quelque chose alors que l'enfant ne se plaint de rien ce n'est pas évident* ».

Ils ont remarqué également qu'à chaque fois qu'ils espaçaient les renouvellements, les patients étaient moins observants.

Le médecin cherchait à responsabiliser son patient afin qu'il soit totalement autonome et donc à ce moment là observant. Pour cinq médecins interviewés, le problème venait souvent des parents qui n'étaient pas assez observants pour leurs enfants.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations et difficultés des médecins généralistes sur la prescription du traitement de fond dans l'asthme de l'enfant. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés était adaptée à cet objectif et y a répondu.

Concernant la méthode :

Les entretiens individuels ont été préférés au focus-group car le ressenti et l'expérience d'un médecin auraient pu influencer les réponses des autres participants. Des éléments parfois personnels de peur, d'appréhension qui auraient été difficiles à exprimer en groupe étaient recherchés.

Les résultats obtenus étaient riches et homogènes malgré la disparité de l'âge et du type d'exercice des médecins.

Cependant, cette étude présentait quelques limites. Une seule technique a été utilisée pour le recueil des données. Une triangulation par des focus-group aurait peut être enrichie nos résultats. Grâce à la dynamique de groupe, les médecins réservés se seraient peut-être exprimés davantage en complétant ou en confortant les discours des autres médecins.

Un biais de recrutement est envisagé. Les médecins interrogés ont été principalement recrutés sur le lieu de stage du chercheur. Il s'agissait pour la plupart de maîtres de stage universitaires qui avaient une approche de la formation médicale influençant leur prise en charge. Il aurait été intéressant d'interroger davantage de médecins non MSU mais il est souvent difficile de trouver des médecins généralistes non impliqués dans un système de formation (initiale ou continue) acceptant un entretien individualisé.

Notre étude était basée sur le déclaratif du médecin et ses résultats n'étaient pas extrapolables aux médecins généralistes français prenant en charge des patients asthmatiques. L'enquête a apporté cependant des éléments qualitatifs utiles pour mieux comprendre les attitudes déclarées et les perceptions de ces praticiens.

La saturation des données, obtenues au dixième entretien rassure sur l'exhaustivité des données, renforcée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires sans l'émergence de nouvelles idées.

Concernant les résultats :

Dans cette étude, les médecins généralistes étaient confrontés dans leur prise en charge de l'asthme aux représentations de leurs patients sur le traitement.

La corticophobie ⁽²²⁾ entraîne souvent une mauvaise observance des patients. Cet élément est retrouvé dans de nombreuses études ⁽²³⁾ et touche en moyenne 3 patients sur 10. Selon une étude qualitative ⁽¹⁷⁾, les médecins dépistaient la corticophobie du patient sur l'image négative de la cortisone, l'inquiétude exprimée, la non prise du traitement et l'anxiété ressentie par le patient. Les patients avaient peur des

effets secondaires, notamment anabolisants et de la dépendance aux corticoïdes. En cas de corticophobie affichée, les médecins généralistes déclaraient interroger et expliquer pour convaincre le patient de l'utilité de la corticothérapie.

En parallèle, dans notre étude, les médecins généralistes avaient, eux aussi, une certaine appréhension et une méfiance envers les corticoïdes inhalés. Ils connaissaient, dans l'ensemble, tous les traitements de fond de l'asthme de l'enfant mais ils pensaient, comme les patients, aux effets indésirables de la « cortisone » sur le développement staturo-pondéral des enfants et le développement d'un diabète. Ils déclaraient les prescrire quand même mais sur une durée plus courte. Cet élément peut expliquer en partie pourquoi les prescriptions des médecins généralistes ne sont pas optimales. Dans la littérature, aucune étude ne fait état de cet élément.

Les médecins généralistes avaient l'impression que le traitement par inhalation était mieux pris et apprécié par rapport aux gouttes ou comprimés car les patients pensaient que l'inhalation était plus en rapport avec leur pathologie respiratoire. Dans la littérature ^(17,23) les patients préféraient effectivement les dispositifs inhalateurs pour leur aspect pratique à utiliser en cas de crise, leur soulagement rapide et la sensation d'inhalation en accord avec leur pathologie.

Dans notre étude, l'autre difficulté des médecins généralistes était la mauvaise observance thérapeutique des dispositifs inhalateurs. En effet, 5 patients sur 10 seraient de mauvais utilisateurs d'aérosol doseur et 3 sur 10 en cas d'utilisation d'aérosol doseur avec chambre ⁽¹⁷⁾. Les connaissances de certains médecins généralistes sur les différents systèmes inhalateurs seraient incomplètes ⁽¹⁷⁾. Les médecins généralistes de notre étude ne montraient pas à chaque consultation l'utilisation du peak flow ou des chambres d'inhalation par manque de temps ce qui, pour eux, pouvait être à l'origine d'une mauvaise prise du traitement. Les données publiées ^(8,17) le confirment puisque 10% n'effectuaient pas de démonstration initiale, 32% de redémonstration régulière. La démonstration initiale et les redémonstrations régulières ne seraient donc pas faites aussi souvent qu'il le faudrait. Pourtant la technique d'utilisation du dispositif inhalateur est mal maîtrisée par un patient sur deux en moyenne.

Les médecins constataient tous une mauvaise observance de leurs patients sans élément objectif pour la chiffrer si ce n'est le renouvellement tardif des médicaments. Pour eux, les principaux facteurs associés à cette mauvaise observance étaient le manque d'éducation thérapeutique, la non-acceptation de la maladie et la gêne non ressentie de la maladie. Ils proposaient dans ce cas d'accentuer leur effort sur l'éducation en proposant une séance d'éducation thérapeutique sur deux consultations si celle-ci était valorisée par la sécurité sociale. Ils ne voyaient pas l'intérêt du recours à un spécialiste ou à un centre d'information.

Dans l'étude du Docteur Mégas ⁽¹⁷⁾, 4 patients sur 10 seraient mauvais observants plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant ou les parents. Les causes de cette mauvaise observance étaient le rejet volontaire du traitement et la mauvaise communication médecin/patient. En contradiction avec notre étude, 55% des médecins généralistes déclaraient disposer d'un indicateur objectif pour suspecter une mauvaise observance basée sur les mauvais résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires et comme dans notre étude sur le comptage des médicaments. Mais seulement 51% des médecins ont déclaré ne pas considérer leur perception de l'observance comme fiable. Les médecins interrogés n'ont pas constaté de différence d'observance entre les traitements alors que certaines études ⁽¹⁰⁾ ont montré que les beta 2 mimétiques étaient mieux pris que les corticoïdes inhalés.

En opposition à notre étude ⁽¹⁹⁾, les médecins généralistes ont souvent recours à l'entourage médical (pharmacien, kinésithérapeute) et au spécialiste pour les aider dans leur prise en charge. Une minorité de médecins considérait qu'il n'y avait pas besoin d'aide extérieure (15%). Par contre, très peu de médecins (1%) considéreraient l'aide potentielle des centres spécialisés comme nécessaire.

Dans notre étude, les médecins généralistes ne parlaient à aucun moment du niveau de contrôle de l'asthme de leurs patients pour adapter leur traitement. Ils interrogeaient de manière assez vague leurs

patients sur l'évolution et le ressenti de la maladie selon le traitement prescrit sans utiliser de questionnaire précis ni de spirométrie. Dans une étude ⁽¹⁹⁾ sur le contrôle de l'asthme de l'enfant en médecine générale, seulement 18% des enfants de 6 à 14 ans ont un contrôle optimal de leur maladie. Les enfants ou leurs parents surestimaient spontanément la réalité du contrôle de leur asthme. Comme dans notre étude, les médecins généralistes restaient trop superficiels sur les questions d'évaluation de l'asthme. C'est pourquoi, la question « comment va votre asthme ? » est trop large et manque d'élément qualitatif ou quantitatif d'informations pour évaluer le niveau de contrôle de l'asthme.

Les médecins généralistes interrogés ont signalé à plusieurs reprises des difficultés importantes sur l'explication de la maladie asthme et la chronicité de celle-ci. Les parents et les enfants n'acceptaient pas la maladie et donc ne ressentaient pas l'utilité d'un traitement quotidien. Ils maîtrisaient le traitement de la crise mais souvent oubliaient le traitement de fond. Cet élément est retrouvé dans une étude sur l'adhérence thérapeutique des enfants asthmatiques ⁽²³⁾. En effet, cette étude a montré que l'adhérence thérapeutique des enfants était optimale quand les enfants connaissaient et comprenaient leur asthme (souvent après l'âge de 12 ans) s'ils considéraient un effet positif de leur traitement et que leur maladie n'était pas considérée comme un obstacle par la famille. L'implication des parents était indispensable à l'adhérence au traitement.

Perspectives :

Cette étude mériterait d'être complétée par une étude sur les représentations des patients sur la forme de leur traitement (inhalation versus per os). Il serait également intéressant de réaliser une étude spécifique sur la corticophobie des médecins et son retentissement sur leur prescription pour connaître l'impact de cet élément sur le contrôle de l'asthme.

Grâce à cette étude, une formation pratique adaptée aux besoins réels du médecin généraliste pourrait être mise en place sans forcément parler des recommandations pures du traitement. Le mauvais contrôle de l'asthme de l'enfant en France ne résulte pas que d'une méconnaissance des recommandations mais que de nombreux éléments de représentations des patients et des médecins sur la maladie et son traitement complexifient la situation.

CONCLUSION

Cette étude a montré que les médecins généralistes rencontraient des difficultés à plusieurs niveaux dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant. Tout d'abord, le diagnostic d'asthme ne leur semblait pas toujours facile à faire à cause du côté plurifactoriel de la maladie.

De plus, ils étaient confrontés aux représentations des patients sur la maladie, ses traitements et notamment la corticophobie qui entraînait un véritable obstacle dans leur prescription.

Les médecins généralistes reconnaissaient l'intérêt d'un traitement de fond dans l'asthme mais avaient cependant quelques appréhensions à prescrire les corticoïdes inhalés puisqu'ils pensaient aux effets anabolisants des corticoïdes. Ils étaient persuadés que l'éducation thérapeutique était primordiale. Ils estimaient ne pouvoir être totalement performants à ce niveau par manque de temps et de connaissance de tous les systèmes d'inhalation. Cependant, ils semblaient convaincus qu'elle devait rester de leur ressort. Il serait intéressant d'étudier dans une autre étude l'impact de la corticophobie des médecins généralistes sur leurs prescriptions.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Villeneuve P. Journal officiel loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique. Rev Infirm 2005; 115:33-6.
- (2) Godard P. Contrôle de l'asthme : quels objectifs pour le patient, le médecin, le payeur? Rev pneumol Clin 2002; 58:1S7-1S10.
- (3) Liard R, Renon D, Tonnel AB. Etude AIRE (Asthma Insight and Reality in Europe): les asthmatiques en Europe. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2001; 41:5s-16s.
- (4) The international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Stering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Eur RESPIR 1998; 12:315-35.
- (5) Delmas MC, Guignon N, Leynaert B, Annesi-Maesano I, Com-Ruelle L, Gonzalez L, Fuhrman C. Prévalence et contrôle de l'asthme chez le jeune enfant en France. Rev Mal Respir 2012; 29:688-96.
- (6) Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J. Global strategy for Asthma management and prevention: GINA executive summary. Eur Respir J 2008; 31:143-78.
- (7) Godard P, Huas D, Sohier B, Pribil C, Boucot I. ER' asthme, contrôle de l'asthme chez 16580 patients suivis en médecine générale. Presse Med 2005; 34:1351-7.
- (8) Marguet C, Pibril C, Boucot I, Huas D, Robert J, Allart FA, De Blic J. Prise en charge de l'enfant asthmatique en France étude ELIOS. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 2006; 46:593-4.
- (9) Roche N, Godard P. Le colloque « prise en charge de l'asthme » quel bilan à la fin du plan asthme ? Introduction et points clefs. Rev mal Respir 2005; 22:457-72.
- (10) Groupe de Recherche sur les avancées en pneumo-Pédiatrie. On the good usage of inhaled corticosteroids in asthmatic children (including infants). Rev Mal Respir 2004; 21:1215-24.
- (11) De Blic J, Deschildre A, Pin I, Dubus JC. Quand et comment modifier la prise en charge de l'enfant asthmatique à partir de 4 ans. Rev Mal Respir 2009; 26:827-35.
- (12) De Blic J, Boucot I, Pribil C, Huas D, Godard P. Niveau de contrôle de l'asthme chez l'enfant en médecine générale en France : résultats de l'étude ER'asthme. Archives de pédiatrie 2007; 14:1069-75.
- (13). Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Recommandations pour la pratique clinique. Paris. Anaes 2004.
- (14) De Blic J, Deschildre A. Groupe de recherche sur les avancées en pneumo-pédiatrie. Suivi de l'enfant asthmatique : définition et outils de mesure. Rev Mal Respir 2008; 25:695-704.

- (15) Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. Global Initiative for Asthma Program. The global burden for Asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004; 59:469-78.
- (16) Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P. Développement de l'essai contrôlé de l'asthme : une enquête d'évaluation du contrôle de l'asthme. *J Allergy Clin Immunol*, 2004; 113:59-65.
- (17) Megas F, Benmedjahed K, Lefrançois G, Mueser M, Dusser D. "The Compli Asthme" therapeutic observation survey on good use of inhaled drugs for asthma: perception by general practitioners. *Rev Pneumol Clin* 2004;60:158-65.
- (18) Gadenne S, Pribil C, Chouaid C, Vergnenegre A, Detournay B. Le coût de l'asthme en France et les implications économiques du niveau de contrôle. *Rev Mal Respir* 2011; 28:419-26.
- (19) Marguet C, Groupe de Recherche sur les Avancées en Pneumo pédiatrie. Management of acute asthma in infants and children: recommendations from the French Pediatric Society of Pneumology and Allergy. *Rev Mal Respir* 2007; 24:427-39.
- (20) Foucaud J, Koleček M, Versel M, Laügt O, Jeannel A, Taytard A. L'éducation thérapeutique de l'asthme: le discours du médecin généraliste. *Rev Mal Respir* 2003; 20:51-59.
- (21) Cousson-Gélie F, Foex C, Gibaud F, Raherison C, Taytard A. Représentation de l'asthme par le patient- résultats préliminaires d'une étude sémiométrique. *Rev Mal Respir* 1998; 15: 513-17.
- (22) Haute autorité de la santé. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie. 2005.
- (23) Chateaux V, Spitz E. Perception de la maladie et adhérence thérapeutique chez des enfants asthmatiques. *Pratiques psychologiques* 2006; 12:1-16.
- (24) Couderc L. Pourquoi l'asthme reste-t-il une maladie sous traitée ? Les preuves à l'appui. *Archives de pédiatrie* 2007; 14:694-5.
- (25) Tchassim A. La place de l'éducation dans la prise en charge globale du patient asthmatique en médecine générale. Th : Med : Bordeaux 2 : 2000.
- (26) Mulliez J. Enquête auprès des médecins généralistes de la Vienne concernant leurs habitudes de prise en charge de l'asthme du nourrisson et de l'enfant. Th : Med : Poitiers : 2005.
- (27) Letheuil-Liaigre P. Prise en charge par le médecin généraliste de l'asthme de l'enfant : résultats d'une enquête auprès de 50 praticiens. Th : Med : Angers : 2004.

ANNEXE 1 : Trame d'entretien

En italique : question rajoutée après le 2^{ème} entretien

- 1) Parlez-moi d'un enfant que vous suivez pour son asthme comment va t-il ? Quel traitement de fond a t-il ? Que pensez vous de son traitement, que craignez-vous ?
- 2) Pour vous, qu'est ce que l'asthme de l'enfant ? Que représente cette pathologie pour vous ?
- 3) *Les représentations des patients sur l'asthme sont-elles un obstacle pour vous ? Dans vos prescriptions ? Dans votre prise en charge ?*
- 4) Que pensez-vous du traitement de fond de l'asthme de l'enfant ?
 - Avantages
 - Inconvénients
- 5) Qu'attendez-vous du traitement de fond dans l'asthme de l'enfant ?
 - Sur l'évolution de la pathologie
 - Sur la qualité de vie ?
- 6) Que craignez- vous lors de la prescription d'un traitement de fond ?
- 7) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prescription d'un traitement de fond pour l'asthme ?
 - 1^{ère} prescription
 - Renouvellement et ajustement
- 8) Que pensez-vous des recommandations sur le traitement de fond de l'asthme de l'enfant ?

ANNEXE 2 : Description de la population étudiée

Numéro entretien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Date de l'entretien	07/11/2011	22/11/2011	14/12/2011	10/01/2012	08/02/2012	07/03/2012	19/03/2012	10/04/2012	10/04/2012	26/04/2012	09/05/2012	15/05/2012
mode de recrutement	Lieu de stage	Lieu de stage	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	appel téléphonique	Lieu de stage
Durée de l'entretien	25 min	37 min	20 min	20 min	25 min	15 min	20 min	30 min	15 min	12 min	25 min	15 min
Sexe	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme
Age	44 ans	61 ans	52 ans	33 ans	61 ans	33 ans	47 ans	56 ans	41 ans	50 ans	55 ans	34 ans
Année de Thèse	1997	1980	1985	2009	1986	2010	1997	1983	2000	1990	1986	2010
Année d'installation	1997	1980	1987	2010	1987	2011	2008	1984	2009	1996	1988	2010
Maître de stage	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON
Type de cabinet	Groupe	Groupe	seul	seul	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	seul	Groupe	Groupe	Groupe

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 3 Novembre 2011**

Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

Résumé

Contexte : L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches dont la prévalence chez l'enfant est d'environ 8%. Malgré des traitements de fond efficaces, l'asthme de l'enfant reste mal contrôlé en France. L'objectif de ce travail était d'explorer les difficultés des médecins généralistes dans la prescription de ce traitement de fond.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes, de novembre 2011 à mai 2012. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins généralistes rencontraient des difficultés pour réaliser le diagnostic d'asthme. Ils étaient confrontés aux représentations négatives des patients sur les corticoïdes inhalés. Eux-mêmes ont exprimé une certaine appréhension envers ces molécules et admettaient les prescrire mais moins longtemps que préconisés. L'éducation thérapeutique leur semblait indispensable dans la prise en charge globale de l'asthme. Ils maîtrisaient mal les systèmes d'inhalation et avaient peu de temps sur une consultation pour la réaliser correctement.

Conclusion : L'asthme nécessite une prise en charge globale où le médecin généraliste a une place importante. Au delà de la connaissance des recommandations, il doit faire face aux représentations de ses patients, à ses propres appréhensions et améliorer l'éducation thérapeutique pour aboutir à une acceptation et à une autonomie de son patient.

Mots clés : traitement de fond, médecins généralistes, asthme, enfant

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

THIBAUT Aurélie

Thèse n°

Résumé :

Contexte : L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches dont la prévalence chez l'enfant est d'environ 8%. Malgré des traitements de fond efficaces, l'asthme de l'enfant reste mal contrôlé en France. L'objectif de ce travail était d'explorer les difficultés des médecins généralistes dans la prescription de ce traitement de fond.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes, de novembre 2011 à mai 2012. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins généralistes rencontraient des difficultés pour réaliser le diagnostic d'asthme. Ils étaient confrontés aux représentations négatives des patients sur les corticoïdes inhalés. Eux-mêmes ont exprimé une certaine appréhension envers ces molécules et admettaient les prescrire mais moins longtemps que préconisés. L'éducation thérapeutique leur semblait indispensable dans la prise en charge globale de l'asthme. Ils maîtrisaient mal les systèmes d'inhalation et avaient peu de temps sur une consultation pour la réaliser correctement.

Conclusion : L'asthme nécessite une prise en charge globale où le médecin généraliste a une place importante. Au delà de la connaissance des recommandations, il doit faire face aux représentations de ses patients, à ses propres appréhensions et améliorer l'éducation thérapeutique pour aboutir à une acceptation et à une autonomie de son patient.

Mots clés : traitement de fond, médecins généralistes, asthme, enfant

Jury :

Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres : Madame le Docteur RENOUX Cécile
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain
Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel

Date de la soutenance : 11 Avril 2013