

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prescription de chambre d'inhalation chez le jeune enfant  
asthmatique : quelles pratiques par les Médecins généralistes ?**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2019 à 18 heures  
au Pôle Formation  
par **Constance D'Halluin**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Monsieur le Docteur Thavarak OUK**

**Madame le Docteur A. Clarisse SANTOS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

---



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prescription de chambre d'inhalation chez le jeune enfant  
asthmatique : quelles pratiques par les Médecins généralistes ?**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2019 à 18 heures  
au Pôle Formation  
par **Constance D'Halluin**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Monsieur le Docteur Thavarak OUK**

**Madame le Docteur A. Clarisse SANTOS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

---



## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## LISTE DES ABREVIATIONS

GINA	Global Initiative for Asthma
MG	Médecin Généraliste
ADMIT	Aerosol Drug Management Improvement Team
CI	Chambre d'inhalation
ADp	Aérosol Doseur pressuré
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

## RÉSUMÉ

**Introduction** : L'asthme, maladie chronique fréquente, est la première cause de morbidité infantile. Son traitement repose principalement sur les médicaments inhalés à l'aide d'une chambre d'inhalation. Pour les jeunes enfants, le GINA (Global Initiative for Asthma) souligne l'importance du choix du mode d'inhalation et du contrôle de son utilisation correcte, de l'éducation thérapeutique, et l'organisation d'un partenariat avec la famille.

**Objectifs** : L'objectif de cette étude est de comprendre le contenu et la forme des informations délivrées par les médecins généralistes (MG) aux parents de jeunes enfants asthmatiques lors de la première prescription de chambre d'inhalation ; tenter d'apporter des pistes d'amélioration à ces pratiques.

**Matériel et Méthodes** : Etude qualitative avec analyse en phénoménologie interprétative, auprès de douze MG de la région, sélectionnés en recherche de variation maximale, interviewés lors d'entretiens individuels semi-directifs. Analyse des données après chaque entretien, via le logiciel N-vivo ; codage des données. Triangulation des données.

**Résultats** : Les MG délivraient des informations dans le but d'éduquer les parents pour administrer efficacement les traitements, et réagir de façon adaptée. Ils expliquaient la maladie, les différents traitements inhalés et leurs modes d'actions. Ils présentaient la chambre d'inhalation et sa technique d'utilisation. Les consignes d'utilisation et d'entretien n'étaient pas délivrées de façon uniforme et systématique. Elles étaient parfois accompagnées d'une démonstration partielle ou complète, ou d'un support écrit. Ils donnaient des consignes de surveillance et conduites à tenir en cas de crise, et précisaient parfois les mesures préventives associées à appliquer. Ils voulaient créer un partenariat avec les parents en essayant d'adapter l'information à

leurs connaissances et niveau de compréhension. Ils développaient des stratégies pour tenter de répondre aux appréhensions des parents, et renforcer l'adhésion thérapeutique. La compréhension des parents était évaluée de façon diverse selon les MG, de façon verbale ou non, parfois orientée ou par demande de démonstration. Le rôle éducatif était partagé avec les pneumopédiatres et les pharmaciens.

**Conclusion :** La démonstration, le plan d'action écrit, l'évaluation différente de la compréhension, un travail d'équipe coordonné et renforcé, via un infirmier de pratique avancé ou des assistants médicaux, sont des pistes d'amélioration.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>12</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>16</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>18</b>
Type d'étude	18
Recrutement des participants de l'étude	18
Recueil des données	19
Analyse des données	20
Bibliographie	21
<b>RÉSULTATS</b>	<b>22</b>
Caractéristiques de la population	22
Analyse des pratiques des MG	24
Contenu de l'information délivrée, reflet de leurs connaissances et de leurs représentations	24
Concernant la situation diagnostique	24
Concernant la maladie	24
Concernant les traitements	25
Concernant la chambre d'inhalation et son utilisation	27
Autres conseils délivrés	36
Forme de l'information délivrée – création d'un partenariat	37
Perception des parents	37
Stratégies développées par les MG pour créer un partenariat	39
Intégration de l'information	49
Impression, évaluation et contrôle de la compréhension des parents	49

L'éducation thérapeutique, une aide à l'intégration de l'information	52
L'éducation thérapeutique, un rôle éducatif partagé	53
Regard des MG sur leurs pratiques	58
Aisance des MG face à ce genre de consultation	58
Réflexivité sur leur pratique	59
<b>DISCUSSION</b>	<b>61</b>
But du travail exposé	61
Forces et limites de l'étude	61
Comparaison des principaux résultats avec la littérature existante	62
Autour du contenu de l'information	62
Autour de la forme de l'information	67
Partage de l'information	67
Utilisation d'une démonstration	69
Compréhension des parents	69
Education thérapeutique	70
<b>CONCLUSION</b>	<b>72</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>77</b>

## INTRODUCTION

Chez l'enfant, l'asthme est la plus fréquente des maladies chroniques (1) et la première cause de morbidité infantile (2) . Son traitement repose principalement sur les médicaments inhalés à l'aide d'une chambre d'inhalation. Celle-ci est le système le plus adapté chez l'enfant jusqu'à l'âge de 6-8 ans—évitant la coordination main-bouche. (3)

L'enquête transversale "Compli'Asthme" révélait que 58 à 85% des médecins percevait la mauvaise observance thérapeutique comme un problème fréquent, principalement causé par l'inaptitude à utiliser le dispositif inhalateur ou lié à l'oubli accidentel des médicaments. (4)

Le malentendu sur les instructions, l'oubli, l'absence de routine quotidienne et le coût sont des facteurs contribuant à une mauvaise observance involontaire. (5)

Pour les jeunes enfants (5 ans et moins) asthmatiques, le GINA (Global Initiative for Asthma) met en avant l'importance du choix du mode d'inhalation, de l'éducation thérapeutique, le contrôle des connaissances sur la bonne utilisation des chambres d'inhalation, et l'organisation d'un partenariat avec la famille. (2)

Certains parents ont ou ressentent des difficultés à utiliser les chambres d'inhalation et jugent parfois les explications des médecins comme insuffisantes (6) (7).

Lors de la première prescription de chambre d'inhalation à de jeunes enfants asthmatiques, quelles informations les médecins généralistes (MG) délivrent-ils aux parents ? Et comment sont-elles délivrées ?

L'objectif de cette étude est de comprendre le contenu et la forme des informations délivrées par les MG aux parents de jeunes enfants asthmatiques lors de la première

prescription de chambre d'inhalation ; et tenter d'apporter des pistes d'amélioration à nos pratiques.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **1. Type d'étude**

Etude qualitative avec analyse en phénoménologie interprétative.

Cette méthode a été choisie afin de décrire et analyser les phénomènes de l'expérience vécue située dans son contexte. Elle s'intéresse à l'expérience pratique (8).

### **2. Recrutement des participants de l'étude**

La sélection des MG participants s'est faite de façon séquentielle, « en Boule de neige » parmi des connaissances de l'investigateur et du directeur de thèse.

Les MG sélectionnés devaient : être médecin généraliste thésé, être installé, exercer dans la région des Hauts de France, et prescrire des chambres d'inhalation à des enfants asthmatiques. Ils devaient également accepter de participer à l'étude et d'être enregistré de façon audio (ils étaient préalablement informés de l'anonymisation des données recueillies).

Les participants ont été contactés par messages ou appels téléphoniques. Ils étaient informés de l'objet de l'étude - « autour de la prescription de chambre d'inhalation à des enfants » et étaient informés que cette étude allait faire l'objet d'une thèse de médecine.

L'échantillonnage a été réalisé en recherche de variation maximale, dans le but de viser (ou refléter au mieux) la diversité de l'expérience. Douze MG ont été inclus dans l'étude.

L'accord auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou du Comité de Protection des Personnes (CPP) pour cette étude n'était pas nécessaire, ce projet de recherche étant hors-champ de la loi Jardé.

### **3. Recueil des données**

La collecte des données a été réalisée lors d'entretiens individuels semi-directifs, de janvier à mai 2019, tous menés par l'auteur de l'étude.

Le guide d'entretien a été élaboré *a priori*. Il comprenait 10 questions ouvrant sur différents thèmes avec des questions de relance. Les caractéristiques des médecins interrogés, étaient relevées (cf. Annexe 1). Ce guide a été adapté de façon itérative au médecin interviewé, et a été testé au préalable, par deux médecins généralistes remplaçants.

Les entretiens ont été réalisés aux cabinets médicaux des différents médecins sauf pour l'un d'entre eux qui a été réalisé à son domicile pour convenance personnelle.

La durée des entretiens était variable, allant de 20 à 55 minutes.

Chaque entretien était enregistré de façon audio, après accord du participant, puis retranscrit intégralement sur le logiciel de traitement de texte Libre Office Writer pour constituer le « verbatim ». Les éléments ayant parasités les entretiens tels que les coups de téléphone ont été mentionnés dans les verbatim. Le non verbal, les hésitations ont également été mentionnés.

Les données recueillies étaient anonymisées, (une lettre était attribuée à chaque MG, en suivant l'ordre alphabétique) et les participants en étaient informés.

Le recrutement de l'échantillon et les entretiens sont antérieurs au travail d'analyse.

#### **4. Analyse des données**

Une analyse en phénoménologie interprétative du « verbatim » de chaque entretien a été réalisée.

Après lecture « flottante » du verbatim, celle-ci a été suivie d'une microanalyse. Cette microanalyse a pour but d'interpréter l'expérience partagée par les MG interviewés.

Un codage ouvert « phrase par phrase » a été utilisé. Il consiste à donner du sens aux données recueillies, à qualifier l'expérience. Cette méthode a permis d'extraire des codes et d'identifier un ou des thèmes portant sur le contenu, pour mettre en évidence un ou des processus sous-jacents à l'émergence ou l'énonciation de ce contenu.

Cet encodage des données a été réalisé, après chaque entretien, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QSR N-Vivo 12 Pro.

Une triangulation des données a été réalisée par un autre chercheur, médecin généraliste remplaçant, afin de densifier l'analyse du cas. La rencontre des deux analystes après chaque entretien analysé individuellement permet la poursuite de l'analyse durant l'échange ; de nuancer ses pistes d'interprétation, de découvrir de nouvelles pistes.

La grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) a été utilisée pour la réalisation et la rédaction de cette étude qualitative. (9)

#### **5. Bibliographie**

Les recherches bibliographiques se limitent au minimum avant le recueil de données.

Celles-ci ont été réalisées principalement à la fin de l'étude dans le but de vérifier la cohérence et d'appuyer les résultats obtenus. Les bases de données interrogées (ou

moteurs de recherche utilisés ont été : Pubmed, EMPremium, ScienceDirect, Google Scholar, le Sudoc, et différents sites internet.

*Remarque préliminaire : Ce travail n'avait pas pour objet de juger la façon dont le diagnostic et l'indication des traitements étaient posés par les MG.*



## RÉSULTATS

### 1. Caractéristiques de la population

Douze MG exerçant dans la région des Hauts-de-France ont été interviewés, sept hommes et cinq femmes, âgés de 30 à 62 ans.

Leur durée d'installation variait de 2 à 33 ans. Les différents milieux d'exercice étaient représentés de façon quasiment équivalente. Différents modes d'exercices étaient représentés : seul, en collaboration, en cabinet de groupe, en maison médicale et en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

L'activité pédiatrique au sein de leur patientèle déclarée par les MG était elle aussi variable : les extrêmes allant de 15 à 70 % avec une majorité autour de 20 à 30 %.

La fréquence de prescription de chambre d'inhalation ne semblait pas toujours évidente à estimer selon les MG. Ils donnaient des estimations par mois, ou par an, ou encore par saisons. Une distinction a été réalisée entre initiation, renouvellement, ou l'association des deux.

Dix des douze MG étaient parents, deux ne l'étaient pas.

Certains MG sont parents d'enfants ayant eu besoin d'utiliser une chambre d'inhalation pour l'administration des traitements, dont des enfants asthmatiques. Si cette situation personnelle, familiale les a sensibilisé à l'utilisation et la prescription de chambre d'inhalation, cela a été mentionné.

Les MG interviewés ont rapporté avoir été sensibilisés de différentes façons :

#### Par leurs expériences :

- Personnelle, familiale : enfant asthmatique ou ayant eu besoin d'utiliser une chambre d'inhalation
- Professionnelle : remplacements, carrière hospitalière préexistante
- d'une situation d'urgence

Par leurs formations :

- stage durant leur formation initiale : aux urgences pédiatriques et/ou en pédiatrie, ou stage ambulatoire chez le praticien en ville
- formation complémentaire : l'Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire (AUEC) de pédiatrie pratique
- formation ultérieure – autre formation : formation médicale continue (FMC), formation proposée par une association de MG
- lectures, autoformation

Autres :

- par le biais d'enseignements dirigés « gestes pratiques » réalisé auprès d'internes de MG de la faculté de médecine, l'utilisation de la chambre d'inhalation en faisait partie.
- par les laboratoires via le passage des délégués médicaux

Tous ces éléments sont repris dans l'annexe 2.

## **2. Analyse des pratiques des MG**

### **2.1. Contenu de l'information délivrée, reflet de leurs connaissances et de leurs représentations**

#### **2.1.1. Concernant la situation diagnostique**

L'âge de l'enfant et le contexte, allaient influencer les informations délivrées par les MG.

L'asthme du nourrisson était présentée comme la situation la plus fréquemment rencontrée.

*M08 - Dr H « l'asthme du nourrisson, c'est quand même ce qu'on rencontre le plus fréquemment »*

#### **2.1.2. Concernant la maladie**

Les MG définissaient l'asthme comme une *M08 - Dr H « maladie inflammatoire chronique »*, qui allait nécessiter la prise d'un traitement au long cours, mais dont on ne pouvait pas prédire l'évolution.

*M12 - Dr L « traitement long. Très long, peut-être à vie, ça on ne le sait pas, c'est l'avenir qui nous le dira. »*

Un des médecins, évoquait le caractère *M05 - Dr E « plus ou moins fréquent »* de cette maladie pour laquelle *« des solutions [...] existent »*. Celle-ci pouvant être *« bien maîtrisée »* par les traitements délivrés au *« quotidien »* à l'aide de *« la chambre d'inhalation »*, et le respect des mesures associées.

#### **2.1.3. Concernant les traitements**

Les MG interrogés, présentaient aux parents le(s) traitement(s) nécessaire(s) et lorsque les deux étaient prescrits, expliquaient la distinction entre traitement de crise

et traitement de fond.

Ils les distinguaient :

- au moins par le moment de leur prise :

*M04 – Dr D « Bien leur expliquer la différence. Le traitement de fond, on le prend systématiquement, et de la crise en cas de besoin »*

- mais également, pour la plupart, par leurs différents modes d'action, et leurs buts :

*M10 – Dr J « je leur explique que la VENTOLINE c'est pour ouvrir les bronches, et le FLIXOTIDE c'est pour traiter, derrière, l'inflammation »*

Certains d'entre eux précisait même leurs différences de couleurs.

*M11 - Dr K « je leur explique qu'il y a aura deux bombes, une bombe rouge, une bombe bleue, mais que la plus urgente c'est la bombe bleue parce que souvent ils sont en crise. »*

### **Traitement de crise**

Concernant le traitement de crise (les bronchodilatateurs de courte durée d'action), les MG expliquaient que les posologies allaient varier selon l'état de l'enfant, son poids... soulignant le fait qu'il s'agissait d'un traitement à prendre à la demande, en cas de crise.

Certains proposaient parfois des petits protocoles, surtout lors des premières crises, avec un nombre de bouffées, ainsi qu'une fréquence journalière bien qu'ajustable.

Certains médecins proposaient une décroissance progressive, d'autres pas.

*M05- Dr E « Souvent je les charge .. je les charge pendant 48 heures, et ensuite je diminue progressivement sur la semaine. [...] Tout en précisant aux parents que si il faut refaire des doses entre deux parce que l'enfant n'est pas bien, ils peuvent le faire. »*

## **Traitement de fond**

Les durées initiales de prescription du traitement de fond (corticoïdes inhalés), étaient variables. Les plus rencontrées auprès des MG interrogés étaient de 1 à 3 mois

Une réévaluation était préconisée, elle aussi de façon variable de 1 à 3 mois.

*M08 – Dr H « Au bout d'un mois, on va re-prescrire le traitement pour 3 mois, avec réévaluation tous les 3 mois »*

Quelques médecins semblaient expliquer et prévenir le risque de mycose buccale après inhalation de corticoïdes inhalés en conseillant de rincer la bouche de l'enfant, ou lui faire boire de l'eau.

*M07- Dr G « il faut donc rincer la bouche, donc donner un petit... un petit quelque chose à boire au bébé. »*

## **Ordre des traitements**

Une minorité de médecin précisait un ordre à respecter quant à la prise des traitements, mais l'ordre proposé par l'un n'était pas celui proposé par l'autre. L'un d'eux précisait même une durée à respecter entre les prises.

*M06 – Dr F « FLIXOTIDE, 50, et puis là, matin et soir, jamais plus. Et puis en général je laisse ça 3 à 4 semaines aussi. Voilà. Et je marque bien "en deuxième", 15 minutes après la VENTOLINE.*

### **2.1.4. Concernant la chambre d'inhalation et son utilisation**

#### **2.1.4.1. Présentation de la chambre d'inhalation**

La plupart des médecins avaient une chambre d'inhalation dans leur cabinet et la montraient aux parents. Ceux qui n'en avaient pas décrivaient l'objet aux parents.

*M09 - Dr I « je n'en ai pas, [...] du coup je décris. Je dis : voilà, il y a un petit masque*

*d'un côté à clipser, de l'autre côté vous allez avoir l'inhalation. Ça fait un peu, vraiment, une petite boîte.. Heuu... où la ventoline sera mise. Il faut respirer dedans, en fait. »*

Tous semblaient convaincus de son utilité, et l'expliquaient, pour la majorité, aux parents.

Elle était présentée comme :

- Nécessaire, par rapport aux capacités de l'enfant (coordination main-bouche impossible chez le jeune enfant)

*M04 - Dr D « quelque chose de nécessaire, d'obligatoire pour administrer le traitement », « c'est qu'on ne peut pas administrer autrement chez un enfant, quoi. »*

*M05 - Dr E « il faut avoir une certaine technique, que l'enfant ne peut pas avoir. »*

- Facilitatrice pour délivrer le traitement, permettant d'optimiser et améliorer de façon significative la quantité de produit véritablement inhalée, rendant le traitement plus efficace.

*M8 - Dr H « la chambre d'inhalation permet d'augmenter de manière significative la quantité [...] de produit véritablement inhalé [...] Et donc d'améliorer l'efficacité du traitement. »*

- Faisant partie intégrante du traitement.

*M8 - Dr H « Pour le nourrisson, le jeune enfant, la chambre d'inhalation fait partie intégrante du traitement, et c'est ça, ou rien quoi. Traitement inhalé = chambre d'inhalation, point. »*

Son utilisation était présentée et perçue par la majorité des MG comme non compliquée.

*M06 - Dr F « c'est un instrument qui est quand même assez simple à utiliser »*

#### 2.1.4.2. Utilisation et entretien de la chambre d'inhalation

##### Position de l'enfant :

La position assise ou semi-assise, sur les genoux du parent, était celle en majorité préconisée par les MG, certains mentionnant davantage de détails pratiques que d'autres.

*Dr F « je prends le nourrisson, je l'assoie sur mes jambes, je le tiens bien avec ma main, gauche. » « je le tiens bien, j'empaume bien le masque dans ma main, et en même temps j'empaume bien le menton du nourrisson et ses pommettes. Et puis je suis son mouvement de tête, si jamais ils ne sont pas contents. »*

L'une des médecins préconisait la position allongée chez les tout petits afin de faciliter la délivrance, alors que d'autres précisait que l'enfant ne devait pas être allongé.

La position n'était pas toujours précisée lorsqu'elle était montrée ou perçue comme évidente, ou méconnue.

##### Étapes - consignes d'utilisation :

Les consignes délivrées n'étaient pas les mêmes d'un médecin à l'autre. Les étapes les plus souvent citées ou montrées étaient les suivantes :

- ôter le capuchon du spray (ou ADp), étape plus souvent montrée que citée
- insertion du spray dans la chambre d'inhalation,
- avec précision de la position verticale du spray, plus souvent montrée que citée
- positionnement du masque autour du nez et de la bouche de l'enfant, la façon étanche étant plus ou moins soulignée
- pression sur l'ADp pour libérer une bouffée de médicament

- durée d'une séance d'inhalation ou nombre de mouvements respiratoires par bouffée de traitement (ou nombre de mouvements de valves à compter)

Les propos recueillis étaient variés, certains donnant des corrélations par simple ou double bouffée, avec des nombres de respirations allant globalement de 10 à 20 mouvements respiratoires ou des durées allant de 30 sec à 1 minute.

L'un d'eux précisait que, la taille de la chambre d'inhalation pouvait l'amener à adapter ses propos.

*M05 - Dr E « Si c'est une grande chambre d'inhalation comme le babyhaler, c'est [...] une dose pour 10 respirations. » “Si c'est plus petit, c'est une dose pour 5. »*

- Le contrôle de la mobilité des valves

*M01 - Dr A « souvent il y a un petit clapet, au-dessus, qui permet de voir un petit peu le nombre de respiration de l'enfant » - « il faut que la petite truc il faut qu'elle bouge dix fois »*

D'autres étapes ou conseils étaient délivrés par certains:

- secouer l'ADp
- amorcer l'ADp si neuf ou non utilisé depuis longtemps en faisant une pulvérisation dans le vide
- préparer la CI (chambre d'inhalation) sur la table, avec le masque et le spray, préalablement secoué dans la CI, avant de positionner l'enfant et de délivrer le traitement.
- recommencer, répéter les étapes de délivrance du traitement en fonction de la prescription et de l'état de l'enfant ; avec parfois un délai à respecter entre les répétitions.



Certaines informations étaient délivrées de manière contradictoire par les différents médecins. Certains les communiquaient comme étant des erreurs de manipulation, là où d'autres les utilisaient comme étant des bonnes pratiques :

- administration simultanée de plusieurs bouffées
- déclenchement de l'ADp avant que l'enfant ne respire dans la chambre
- délivrer le médicament alors que la respiration de l'enfant n'est pas calme (ou que la respiration est superficielle et rapide, ou ses mouvements respiratoires trop peu nombreux)

*M08 - Dr H « le fait respirer, donc, une dizaine de cycles respiratoires, [...] avant de refaire une deuxième bouffée. »*

*M11- Dr K « vous mettez deux bouffées dessus et vous mettez sur le visage de l'enfant. »*

*M08 - Dr H « il n'est pas nécessaire d'avoir le masque sur le visage pour faire la bouffée. Que de toute manière, pendant un certain temps, le produit reste dans la chambre d'inhalation, et qu'on a tout le temps, en fait, de faire la pulvérisation, et d'ensuite mettre le masque sur le visage de l'enfant pour le faire respirer dans ce masque. »*

*M07 - Dr G « positionner sur la bouche et le nez de l'enfant, de laisser respirer l'enfant normalement, et de voir que la petite valve, ...donc de faire l'injection de bouffées de, par exemple VENTOLINE et de vérifier que la petite valve bouge »*

*M10 - Dr J « il ne faut pas qu'il hurle ou qu'il pleure, c'est moins efficace. »*

*M11 - Dr K « si il pleure c'est très bien, ça ira plus loin. »*

#### Réaction prévisible :

Certains MG parlaient de la réaction prévisible de l'enfant lors de la délivrance du traitement. Ils prévenaient alors les parents que l'enfant risquait de pleurer ou de se

débattre lors des premières prises, puis qu'il y aurait une forme d'acceptation avec le temps, l'habitude, la répétition, et la perception du bénéfice du traitement.

*M01 - Dr A « Il va se débattre au début » « Au bout d'un moment il va s'habituer, il va prendre le pli. Il va voir que ça lui fait du bien. »*

Les astuces proposées par certains MG, issues parfois de leurs propres expériences ou de celles rapportées par des parents de patients, étaient les suivantes :

- créer un aspect ludique, surtout pour les enfants en âge de comprendre, et tenter de les impliquer au maximum, dès que possible : par exemple, présenter la chambre d'inhalation comme une trompette dans laquelle il faut souffler, respirer.
- montrer comment s'applique le masque sur son visage avant de le mettre sur celui de l'enfant
- être rassurant envers l'enfant, lui expliquer ce que l'on fait (que c'est pour son bien, pour l'aider à mieux respirer)
- choisir un moment plutôt calme
- prendre le temps, surtout la 1<sup>ère</sup> fois, pour lever l'appréhension du masque (et faciliter les prises ultérieures)
- être au moins deux pour lui délivrer, l'utiliser la première fois

*M06 - Dr F « quand ils sont un peu plus grands, je leur dis de les laisser jouer avec la trompette, comme ça ils s'habituent à l'instrument, à l'outil, et puis, voilà, ils n'en ont plus peur. »*

*M10 - Dr J « pourquoi pas que les parents le montrent avant, qu'ils s'amuse à faire le petit train, ou tchou-tchou »*

*M04 - Dr D « Parler à l'enfant pour le rassurer, ou compter, ou au moins [...] le*

*regarder, enfin, le rassurer quoi. »*

*M09- Dr I « vraiment prendre le temps la première fois, pour pas qu'ils n'aient peur au niveau du masque »*

### Rituel :

La plupart des MG ne parlaient pas de rituel à instaurer, au sens de moment stéréotypé dans la journée. Plusieurs MG avouaient ne pas y penser mais semblaient trouver l'idée intéressante. Un autre n'y voyait pas tellement l'intérêt, craignant même que ça ait un effet néfaste, ou anxiogène sur les parents. Une autre, s'appuyant sur son expérience de parent, avouait ne pas l'évoquer, sachant qu'il n'était pas toujours facile d'en instaurer un.

Un des MG évoquait l'idée que les parents en créaient peut-être un d'eux-mêmes.

L'un des médecins proposait de délivrer les traitements avant les repas.

*M03- Dr C « non, ça je ne le dis pas. Je t'avouerais que... que je n'y pense pas non plus. »*

*M11 - Dr K « Je n'ai jamais su faire de rituel avec mon propre gamin, alors... »*

*M01 - Dr A « je pense qu'ils le font peut-être par eux-mêmes »*

*M12 - Dr L « faire prendre les cortico avant le repas, en chambre d'inhalation. »*

### Consignes relatives à l'entretien :

Quelques médecins parlaient spontanément de l'entretien de la chambre d'inhalation, précisant tantôt le produit ou mode de lavage à appliquer, parfois une fréquence, un mode de séchage et/ou de rangement.

Certains préconisaient de la laver à l'eau claire, d'autres à l'eau savonneuse, d'autres encore de la passer au lave-vaisselle, quand une autre précisait de ne pas

la mettre au lave-vaisselle. La fréquence donnée était variable selon les MG ; distinguant parfois le masque du reste de la chambre d'inhalation. L'un d'eux expliquait qu'il ne fallait pas frotter l'intérieur lors du lavage.

Quelques médecins précisaient le mode de séchage et insistaient sur le fait de laisser sécher à l'air libre, sans essuyer les parois intérieures, afin de ne pas limiter, par effet électrostatique, l'efficacité du traitement.

Une autre évoquait sa méconnaissance à ce sujet, d'où ses explications plus vagues.

Certains n'en parlaient pas spontanément, par méconnaissance, ou considérant que ce n'était pas leur rôle.

*M09 - Dr I « ne pas le mettre au lave-vaisselle »*

*M11–Dr K « moi je leur dis juste de le mettre dans le lave-vaisselle. »*

*M02 - Dr B « il ne faut pas mettre un chiffon, il faut le laisser sécher, sinon ça condense. Le produit se condense sur les parois, par l'électricité statique et du coup t'es emmerdé parce qu'après il... le gamin il ne reçoit plus les doses »*

*M07 - Dr G « Je ne le dis pas clairement, non, c'est vrai. D'ailleurs que ce n'est pas très clair dans ma tête, du reste. »*

#### **2.1.4.3. Ordonnances de chambres d'inhalation**

Le libellé des ordonnances variait d'un MG à l'autre.

Certains libellaient leurs ordonnances avec un terme générique, précisant parfois sur l'ordonnance « avec masque adapté à l'enfant » ou pour « nourrisson-enfant ».

*M04 - Dr D « Une chambre d'inhalation avec masque adapté. »*

Les raisons évoquées par les MG de ne pas mettre de marque étaient diverses :

- Certains considérant qu'elles se valaient toutes, la marque leur importait peu, dès lors que la chambre d'inhalation était délivrée avec un masque adapté.

- La majorité considérait que c'était le rôle du pharmacien, qu'il connaissait mieux l'ensemble des modèles adaptés au patient, et qu'il ferait en fonction de son stock.
- D'autres MG souhaitaient impliquer les parents dans ce choix et proposaient aux parents de demander au pharmacien différents modèles afin qu'ils aient la liberté de choisir selon leurs préférences.

A l'inverse, certains MG mentionnaient une marque sur leurs ordonnances.

Ils justifiaient leur choix de différentes façons :

- par la connaissance du modèle, qu'ils avaient l'habitude de manipuler au cabinet, ou pour lequel ils avaient eu de bons retours de parents
- le fait qu'elle soit plus adaptée à la prescription et/ou au patient (masque plus grand, marque compatible avec les marques d'ADp prescrites) ou avec un aspect éducatif intéressant (valve permettant de contrôler la bonne prise du traitement)
- Nom de la marque facile à retenir : nom commercial écrit sur la boîte et préenregistré dans le logiciel de prescription
- par l'influence des laboratoires, du temps où ils distribuaient des échantillons ou présentaient des modèles pratiques

La mention « non substituable », quant à elle, n'apparaissait pas. Le MG souhaitait que le patient en état de crise puisse utiliser rapidement la CI, et que les traitements par AD prescrits et délivrés soient compatibles avec celle-ci.

Concernant le coût du dispositif, les MG ne le connaissaient pas précisément, mais

tous pensaient qu'il était pris en charge, au moins en partie, par la sécurité sociale et la mutuelle. Certains MG pensaient qu'il pouvait rester un coût résiduel pour le patient mais qu'il ne devait pas être important, et estimaient que cela ne représentait pas un frein à l'observance thérapeutique

#### 2.1.5. Autres conseils délivrés

La plupart des médecins délivraient d'autres conseils, principalement de façon orale mais également parfois à l'aide de supports écrits. Quatre d'entre eux ressortaient particulièrement :

- La nécessité de toujours avoir les traitements et la chambre d'inhalation sur eux, afin de pouvoir réagir en cas de crise, si besoin

*M06 - Dr F « qu'ils emmènent avec le sac, avec les couches, le biberon, etc., la VENTOLINE, la FLIXOTIDE et la chambre d'inhalation, parce que, surtout dans des soirées, parce que là où ça va fumer, etc., si ils déclenchent une crise d'asthme, ils ne l'auront pas sur eux »*

- La conduite à tenir en cas de crise avec, parfois, les signes cliniques l'évoquant notés sur l'ordonnance ou préenregistré dans le logiciel de prescription, et plus ou moins une sorte de plan d'action.

*M09 - Dr I « c'est écrit "4 bouffées, fois 3, pendant 2 jours, puis 2 bouffées, fois 3 par jour", heuu... ça doit être écrit : "2 bouffées si toux sèche ou si dyspnée en plus, si besoin". Donc c'est quand même écrit ça sur le logiciel de... »*

*M11 - Dr K « C'est marqué comme ça dans la... dans l'ordonnance. "Vous rentrez chez vous, vous redonnez 2 bouffées si ça va pas mieux, et vous réévaluez ¼ d'heure après. Vous montez aux urgences si ça ne va pas mieux au bout de 6*

*bouffées. Si ça va mieux, la suite c'est 6 bouffées par jour, en décroissant ».*

- Les éléments à surveiller, les signes devant les amener à reconsulter, les signes de gravité devant les amener à consulter aux urgences. La plupart des MG les donnait oralement, quelques-uns les montraient, un autre le notait sur l'ordonnance.

*M08 - Dr H « comme toujours, les consignes de reconsultation, en cas de non-amélioration, ou d'aggravation de la symptomatologie »*

*M01 Dr A « quand je l'examine, je leur dis : vous voyez, vous voyez son ventre, voilà, si jamais ça se creuse là, voilà. Si vous voyez que ses narines, et que vous voyez qu'il est un petit peu bleu au niveau de lèvres, heuu... C'est pareil, il faut ... c'est un signe de gravité. Si vous voyez qu'il respire très vite, des petites respirations très vite, c'est pas bon non plus. »*

- Les traitements annexes et mesures environnementales associées à mettre en place afin de prévenir la survenue de nouvelle crise d'asthme (lavage de nez, éviction du tabac, réduire l'exposition aux allergènes identifiés...)

*M05 – Dr E « des conseils sur la vie quotidienne, donc le mouchage de nez, les DRP en fonction de l'âge de l'enfant, l'arrêt des facteurs favorisants, le tabac, les chats, les chiens [...] éviction des allergènes si c'est quelque chose qui est allergique... »*

## 2.2. Forme de l'information délivrée – création d'un partenariat

### 2.2.1. Perception des parents

La plupart des MG s'accordaient à dire que la forme des informations délivrées devait être adaptée en fonction du niveau et de la vitesse de compréhension des parents.

Les MG semblaient se baser sur leur connaissance et leur vécu avec le patient et sa famille, le niveau socio-culturel du parent et leur intuition pour estimer la fiabilité des parents et les autonomiser plus ou moins dans la mise en œuvre du traitement.

*M05 - Dr E « On sait qu'il y a certains patients avec qui on peut aller loin dans les explications. D'autres, on doit rester très basique, et on va leur dire que, de toute façon, dès que l'enfant fait une crise, il faut qu'ils viennent voir. »*

*M11 - Dr K « Intuition » ; « Il y a l'expérience, il y a la connaissance, parce que les familles on les connaît. »*

*M08 - Dr H « on s'appuie sur la connaissance qu'on a de leur niveau socio-culturel, des échanges passés avec eux lors des précédentes consultations. »*

Au-delà de la capacité de compréhension, la perception des médecins sur l'appréhension des parents face à cette situation et à un tel dispositif était très variable.

Certains parents ne semblaient pas avoir d'appréhension, surtout lorsqu'ils avaient déjà rencontré cette situation et utilisé ce dispositif pour un autre enfant. Au contraire, d'autres parents paraissaient angoissés, anxieux de cette nouvelle situation. Ils semblaient parfois avoir peur du traitement ou de l'objet, celui-ci paraissant parfois encombrant, impressionnant. Certains semblaient même parfois dépassés par les événements. Quelques parents semblaient sceptiques sur l'utilité du traitement de



fond.

M10 - Dr J « c'est vraiment très variable d'un parent à l'autre. » « Des parents qui sont plutôt faciles, et très bien. » « si c'est leur troisième enfant et que les deux premiers ont fait des épisodes d'encombrement, c'est pas très compliqué. »

« Et d'autres qui, effectivement, ça leur fait un peu peur. Ils ont l'impression que l'enfant va s'étouffer, ou... Donc je pense que de faire une démonstration ça les rassure un peu. »

« Si c'est le premier, et qu'ils n'ont jamais été confrontés à ce genre de problème, il y a un peu plus d'appréhensions, mais ça, ça me paraît normal. »

M09 - Dr I « Il y a une petite peur quand même, de... de la ventoline. [...] plus que la chambre d'inhalation, je dirai. »

*M01 - Dr A « Je pense que, en tout cas pour ce qui est du traitement de fond, ils abandonnent très vite. Je pense. »*

### **2.2.2. Stratégies développées par les MG pour créer un partenariat**

Plusieurs stratégies ont été développées par les MG afin de créer un partenariat avec les familles.

L'approche des MG n'allait pas être la même selon qu'il s'agisse, ou non, de la première fois où les parents allaient être amenés à devoir utiliser une chambre d'inhalation.

M10 - Dr J « je demande s'il a déjà une chambre d'inhalation. Si c'est le premier épisode, bon, enfin c'est pas toujours le premier épisode, enfin. Des fois ils ont une chambre d'inhalation. Si ils n'ont pas de chambre d'inhalation, heu... bah j'ai des modèles de démonstration. Je vais en chercher un, et je leur montre comment ils vont s'en servir et à quoi ça peut servir. »

- S'adapter au niveau de compréhension des parents, et à leurs connaissances

Ils adaptaient leurs explications, consignes et façons de faire en fonction du niveau de compréhension et des connaissances des parents.

*M08 - Dr H « on essaie de s'adapter au niveau de la compréhension des parents. C'est-à-dire que si on sent que, mais c'est rarement le cas, c'est pas bien compris, on recommence l'explication. »*

Certains médecins expliquaient ainsi :

- désigner les traitements inhalés par leurs couleurs, donnant même parfois un moyen mnémotechnique illustré pour aider les parents à retenir l'ordre de prise des traitements
- donner des consignes simples, plus faciles à retenir, employant parfois un vocabulaire vulgarisé pour décrire le dispositif
- adapter leurs prescriptions et proposer de la kinésithérapie, lorsqu'il avait un doute sur la capacité des parents à délivrer correctement le traitement.

*M06 - Dr F « je leur dis c'est comme le drapeau français : bleu-blanc-rouge. C'est bleu, ventoline en premier » ; « Le BECOTIDE c'est mauve, le FLIXOTIDE c'est orangé » ; « Donc bleu-blanc-rouge...Je leur dis bleu-blanc-orange, quoi » ; « Voilà, mais ils savent qu'ils commencent par le bleu. VENTOLINE c'est toujours bleu ».*

*M11 - Dr K « ça va dépendre, il y a des parents « une minute » c'est plus simple pour eux. Il y en a d'autres, il vont aller compter 20 minutes, euh 20, 20 respirations, mais je trouve ça un peu plus compliqué » ; « à chaque utilisation » « c'est plus simple »*

*M10 - Dr J « Et après, je vous dis, ceux pour qui je sais que ça va être compliqué, voilà, je demande à revoir l'enfant un peu plus tôt, je... même si c'était un peu limite, je prescris quand même des séances de kiné, parce que je sais que le kiné va*

*surveiller et qu'il va leur montrer. Voilà, je... j'ai quelques mesures d'accompagnement. »*

- **Rassurer les parents :**

Face à l'anxiété et l'appréhension des parents, les MG cherchaient à les rassurer sur différents points :

- la signification des pleurs de l'enfant (signe de son mécontentement mais non de sa douleur)
- l'existence d'un moyen de contrôler la qualité de l'administration du produit, via la valve d'expansion présente sur la chambre d'inhalation
- l'absence de risque à réaliser trop de Ventoline®
- l'existence de chambre d'inhalation plus petites, moins encombrantes que celle parfois présentée par le MG.

M09 - Dr I « qu'il n'y a pas de risque d'en faire trop. Si jamais ils ont fait 3 bouffées, si ils ne le sentent pas bien et qu'ils en refont, il n'y a pas de problème à faire trop de... trop de bouffées. » - « je dis vraiment de ne pas avoir peur... je reviens sur la ventoline. J'essaie vraiment de dédramatiser la ventoline en disant que, si ils font une crise et qu'ils vont aux urgences, si ils ont un aérosol c'est vraiment comme si on avait plein de bouffées d'un coup. Donc c'est pas avec 4 bouffées qu'on fait dans la chambre qu'on a un risque. »

L'un des MG expliquait rassurer également les parents par son aisance et sa maîtrise de l'utilisation des traitements et du dispositif.

Enfin, l'amélioration clinique de l'état de leur enfant après la première bouffée était également très rassurante pour les parents.

M05 - Dr E « Je suis à l'aise. Et il faut de toute façon [...] C'est angoissant pour les

parents, angoissant pour l'enfant, bien sûr. Si nous on commence à paniquer, ça ne va pas aller. Donc il vaut mieux transmettre un peu de sérénité au parents, déjà ça les aide. Et quand on fait la première bouffée ici, et qu'ils voient que leur enfant va mieux, souvent tout s'améliore »

- **Les Accompagner, se montrer Compréhensif :**

L'un des médecins, témoignant de ses propres difficultés, se montrait compréhensif et non culpabilisant face à la coopération initiale, parfois difficile mais inévitable.

M01 - Dr A « Je ne les fais pas culpabiliser, je leur dis vous faites au mieux. » « au début, si vous n'y arrivez pas, ne vous stressez pas, c'est tout vous décalez de... vous faites 2 heures après » « Moi comment j'ai fait : bah, si ça marchait pas, bah c'est tout. On réessaie un petit peu après, et puis voilà. On ne s'excite pas dessus à lui râler dessus. »

Un autre souhaitait donner l'opportunité aux parents de dire qu'ils ne savaient pas, qu'ils n'avaient pas compris ou qu'ils n'y arrivaient pas afin de les déculpabiliser.

M03 - Dr C « on leur donne aussi l'opportunité de dire un peu... de les rassurer, de dire : "bah si vous ne savez pas, vous pouvez revenir, il n'y a pas de soucis". [...] ça les dédouane aussi, ils sont peut-être un peu moins stressés, et je pense qu'ils l'utilisent, peut-être, un peu mieux aussi. »

- **Se rendre Disponible**

Les médecins n'hésitaient pas à se rendre disponible si les parents rencontraient des difficultés quelconques.

M07 - Dr G « je leur dis, [...] de revenir ou de me rappeler si ils ont le moindre

souci. »

M02 - Dr B « si vous avez des questions, vous revenez vers moi, si vous croyez que ça ne s'améliore pas, vous revenez vers moi", ... et grosso modo, la porte est ouverte quoi. »

- **Dédramatiser et Démystifier l'utilisation de la chambre d'inhalation**

Pour dédramatiser et démystifier son utilisation auprès des parents, les MG expliquaient son utilisation de différentes façons.

Sous forme d'informations orales :

Les MG interrogés délivraient tous des explications orales, d'ordre pratique, sur le déroulé, étape par étape, de la séance d'inhalation, reprenant la technique à adopter.

Lorsque les MG n'avaient pas de matériel à leur disposition, leurs explications semblaient plus détaillées et s'accompagnaient parfois de gestuelles.

M03- Dr C « *pour le nourrisson, je demande de caler le .. de caler l'enfant sur eux. Donc je dis, bon c'est soit la mère, soit le père, donc déjà de... Par exemple le BABYHALER tout simple, donc déjà de le programmer avant, de mettre la.... le masque en silicone, de clipser le masque dans le ... dans la chambre, de mettre l'aérosol doseur de l'autre côté, et donc, de prendre donc ... de caler l'enfant par une main, de bien prendre la chambre d'inhalation comme ça. Quand l'enfant est calé, hop ! lui faire une double bouffée, par exemple de FLIXOTIDE, et puis de compter dix expansions d'une valve. Par exemple le BABYHALER c'est une valve colorée, souvent c'est une valve bleue. Et donc compter les fameuses expansions là-dessus. »*

### A l'aide de Démonstrations partielles ou complètes :

Les médecins disposant d'un ou plusieurs modèles de chambre d'inhalation et d'ADp (vrai ou placebo) réalisaient de façon quasi-systématique, lors de la première prescription, une démonstration partielle ou complète de l'utilisation de la chambre d'inhalation.

Plusieurs médecins expliquaient ne faire souvent qu'une démonstration partielle : ils montraient alors la chambre d'inhalation avec son masque, la façon d'insérer l'ADp dans la chambre et comment appliquer le masque sur le visage de l'enfant sans toutefois l'appliquer. Plusieurs facteurs mis en avant par un médecin freinaient une démonstration complète systématique : la nécessité de désinfecter le masque après chaque utilisation, l'usure du matériel, le fait de ne pas toujours avoir le traitement, ou de ne pas toujours avoir le parent qui s'occupe de l'enfant devant soi (grands-parents, nourrices...).

Ils étaient parfois amenés à faire une démonstration complète, soit du fait de l'état clinique de l'enfant, soit par le ressenti qu'ils avaient de la compréhension des parents sur l'utilisation de la chambre d'inhalation.

*M11 - Dr K « Alors, cela m'arrive de le faire sur l'enfant quand l'enfant n'est pas bien... quand il... mais souvent je ne le montre pas parce que ça m'oblige à désinfecter tout mon truc après. (rires) »*

Certains médecins réalisaient d'emblée une démonstration complète puis refaisaient faire parfois la démonstration par les parents soit de façon systématique, soit lorsqu'ils avaient des doutes sur leurs compréhensions. Les erreurs éventuelles

étaient alors corrigées avec bienveillance.

*M05 - Dr E « Je leur donne, la chambre. Et je leur demande de faire. Pour savoir si ils ont bien compris. Et c'est à ce moment-là qu'il faut aussi pouvoir les corriger... gentiment. ».*

### Sous forme écrite

Un dessin était parfois réalisé par l'un des médecins, au dos de l'ordonnance reprenant quelques informations relatives à l'utilisation de la chambre d'inhalation.

*M06 - Dr F « De temps en temps, au dos de l'ordonnance, je leur fais un petit dessin, de profil. Une tête de profil, où le masque est bien mis sur le nez et la bouche. Je .. Je ... Je fais la chambre d'inhalation, et je mets aussi le spray, pour ne pas qu'ils mettent dans le mauvais sens. Comme ça ils ont un dessin, ils ramènent le dessin chez eux, parce que je leur ai fait voir, mais la mère est peut-être dans tous ses états, elle n'écoute peut-être pas. Et puis, je fais.. Je fais le gaz dans la chambre d'inhalation. Et puis, je fais... sur la valve, je marque 10 fois. Voilà. »*

- Renforcer l'adhésion thérapeutique

L'observance thérapeutique semblait faire partie des préoccupations importantes des médecins, et plus particulièrement celle du traitement de fond.

Les MG essayaient de la prévenir et de renforcer l'adhésion thérapeutique :

- en expliquant la physiopathologie de la maladie et les différents modes d'action des traitements aux parents
- en insistant et répétant
- en expliquant l'intérêt de poursuivre le traitement de fond, afin d'éviter les rechutes
- en faisant écouter l'auscultation de leur enfant en crise avant et après traitement
- en faisant remarquer par des petites phrases lors de la consultation que l'enfant allait mieux depuis la prise du traitement
- en les impliquant dans le choix de la chambre d'inhalation

*M08 - Dr H « on explique la physiopathologie de la maladie pour permettre une meilleure adhésion des parents au traitement, en expliquant que c'est une maladie inflammatoire, que il y a 2 traitements distincts : il y a le traitement de fond, anti-inflammatoire, les corticoïdes inhalées, et le traitement de crise. Heuu, qui ... parce que souvent les familles vont privilégier le traitement de crise, et vont faire un petit peu l'impasse sur le traitement de fond. »*

*M12 - Dr L « Si les parents sont réticents, [...] je leur donne le stétho, j'ai pas la prétention de donner un cours de médecine, mais si vous avez l'impression d'être dans un pigeonnier vous me le dites. Et donc lorsqu'on écoute un asthmatique, ils ont l'impression d'être dans le pigeonnier. Et après la VENTOLINE, ils ré-écoutent, et là pour eux c'est la meilleure des écoles. Ils se disent : "Ah ouais, là quand même...". [...] Pour eux, ça les a... on a rajouté un sens, et ça les marque davantage. »*

*« faire prendre conscience aux parents.. une petite phrase simple, [...] "c'est marrant, il ne tousse plus, [...] vous avez entendu ?". Et... Voilà, déjà ici, pour... "ah*



*oui c'est vrai qu'il est mieux l'enfant". Donc, pour faire adhérer dès au plus vite d'emblée les parents à cette idée de traitement. »*

*« J'écris "en chambre d'inhalation", laissant le choix aux parents. Donc le fait de leur laisser un peu cette liberté, ça les intègre aussi au projet thérapeutique. Donc ça, c'est un autre regard, pour faire adhérer au projet Chambre »*

- Intérêt de supports de l'information

Pour faciliter l'intégration de l'information, les médecins avaient recours à différents supports pour appuyer leurs explications.

Certains médecins s'appuyaient beaucoup sur la démonstration, qui permettait selon eux de rassurer et lever les appréhensions des parents. Des explications avec une mise en pratique leur permettaient de limiter le nombre d'explication orales, et de faire acquérir la bonne technique d'utilisation de la chambre d'inhalation. C'était également, pour les médecins, une aide pour organiser les informations à délivrer aux patients et aux parents, et l'occasion de demander aux parents de réaliser une démonstration.

D'autres médecins s'appuyaient sur un support écrit, sur l'ordonnance ou le carnet de santé. Ils pouvaient y inclure des consignes sur la délivrance du traitement ou sur la conduite à tenir en cas de crise. Le logiciel de prescription servait parfois d'aide à la prescription avec des informations déjà préenregistrées.

Un des médecins utilisait même le dessin pour faire passer les informations pratiques autour de l'utilisation du dispositif.

L'intérêt rapporté par l'un des médecins d'un tel support était que l'information pouvait être relue a posteriori à un moment où ils seraient probablement plus réceptifs.

A l'inverse, certains médecins ne voyaient pas l'intérêt d'utiliser un autre support que leurs explications orales et leurs ordonnances.

L'un d'eux trouvait qu'ils en avaient trop, et soulignait qu'ils étaient souvent sollicités dans un cadre pseudo-urgent où les parents n'étaient probablement pas réceptifs.

*M03 - Dr C « on en a trop, des supports, et ça devient très encombrant. »*

*« souvent on a quand même un cadre pseudo-urgent dans ces cas-là, donc euhhh je ne suis pas sûr que les ... les parents soient très réceptifs au support tout de suite »*

Plusieurs MG donnaient auparavant des fiches offertes par des laboratoires sur l'utilisation de la chambre d'inhalation mais avaient modifié leurs pratiques depuis, l'une d'entre eux expliquant qu'elles n'étaient pas lues.

*M11 - Dr K « au début j'étais vraiment très partante, j'avais fait plein de fiches, j'avais récupéré des fiches labo et tout ça, et en fait je me rendais compte que les gens ne les lisaient pas. Ça reste dans le carnet de santé, ça part à la poubelle. Des fois on les retrouvait sur le parking. » ; « Je préfère faire de l'éducation avec 2-3 trucs importants et répéter à chaque coup. Je trouve que c'est plus intéressant que... Le papier souvent, ce n'est pas lu. »*

## 2.3. Intégration de l'information

### 2.3.1. Impression, évaluation et contrôle de la compréhension des parents

#### Impression vis à vis de la compréhension des parents :

Les ressentis des MG concernant la compréhension des parents de l'utilisation de la chambre d'inhalation étaient partagés.

L'une d'entre eux expliquait qu'il était dépendant des parents.

*M11 – Dr K « Bah ça dépend de qui...quel parent. C'est comme tout. »*

Les médecins avaient, dans l'ensemble, l'impression que cela était bien compris.

*M01 – Dr A « généralement ils me disent ça va aller. Je n'ai pas l'impression qu'ils sont pas.. Ils sont plutôt débrouillards, les parents. »*

D'autres évoquaient le fait que ce ne soit pas toujours bien compris du premier coup, du fait de malentendu sur les consignes ou de l'oubli avec le temps, d'où l'importance de la répétition.

*M05 - Dr E « Il ne faut pas hésiter à le refaire. [...] Et souvent on a des surprises : "Ah, c'est comme ça qu'il fallait faire, j'avais oublié" »*

De façon plus générale, l'une des MG soulignait que la compréhension n'était pas toujours aussi bonne que ce que l'on pensait. Elle se rendait compte à la consultation suivante, en questionnant les parents, que tout n'avait pas été bien compris.

*M09 – Dr I « on se dit : "bah non, le message, alors qu'on pensait avoir été clair, il n'est pas passé". »*

#### Evaluation et contrôle de la compréhension des parents de l'utilisation du dispositif.

L'évaluation et le contrôle de la bonne compréhension des parents – vis à vis de l'utilisation du dispositif – semblaient être réalisés de différentes façons par les MG :

- Au « feeling », par observation du faciès des parents, leurs apparences, leurs réactions ;

*M07- Dr G « Bonne question. Heuu.... Bah, je les ai en face de moi, donc.... Je leur*

*montre, après je vois un peu le... enfin, à leur apparence, à leur tête, à leur... voilà. Je pense que ça peut arriver quand même qu'ils me... posent une question, qu'ils me... Mais bon, je l'apprécie un peu comme ça, au ... au feeling quoi, je dirai. »*

- Par des « pseudo-questions » – donnant lieu à la validation du suivi des explications et l'impression d'avoir compris de la part du patient

*M01 - Dr A - « D'accord ? »*

- Par des questions fermées (plus ou moins orientées), la réponse des parents ainsi que leur façon de répondre « oui » ou de faire répéter, tout comme leurs questions éventuelles

*M06 - Dr F « Je leur demande si ils ont compris. » ; « Est-ce que ça ira ? »*

*M11 - Dr K « la façon de faire répéter, la façon de.. ou de dire oui alors qu'on sent qu'ils n'ont pas compris. »*

- Par des questions ouvertes en demandant aux parents de reformuler ce qu'ils avaient compris

*M11 - Dr K « on les fait répéter, en leur disant : “alors, vous avez compris quoi ?”, et là où on sent qu'ils sont... qu'ils sont hésitants. Donc moi je n'hésite pas à les faire reformuler, pour qu'ils expriment vraiment. »*

- En refaisant faire la démonstration par les parents, afin de repérer puis corriger ensemble les erreurs éventuelles.

*M02 - Dr B « j'ai demandé à la maman de faire devant moi, et puis après j'ai fait avec elle.»*

*M10 - Dr J « quand j'ai le temps, je leur demande de refaire la démonstration eux-*

mêmes. »

### Réévaluation de la compréhension des parents et de la technique d'inhalation

Certains contrôlaient systématiquement, lors d'une consultation ultérieure, si la technique d'inhalation était acquise, soit par autoévaluation des parents via des questions fermées, soit en leur demandant de réaliser une démonstration (si possible avec leur matériel, sinon avec celui du cabinet).

*M06 - Dr F « Quand je les revois, je leur demande si ils arrivent à le faire, si ils savent le faire. Ils me disent "oui", ils me disent oui ... Il n'y en a jamais qui m'ont dit : "on ne sait pas le faire docteur". »*

*M05 - Dr E « Donc, même ceux qui ont déjà eu une chambre d'inhalation, pour un autre enfant, ou même pour le même enfant, dans le passé, je répète, je refais les mêmes gestes. Et souvent on a des surprises : "Ah, c'est comme ça qu'il fallait faire, j'avais oublié" »*

D'autres médecins expliquaient ne le faire qu'en cas de difficulté évoquée par le parent ou en cas de nouvelle exacerbation. Dans ce dernier cas, l'observance thérapeutique au sens large était vérifiée, y compris la technique d'inhalation, à la recherche d'une erreur d'utilisation, une mauvaise compréhension, un malentendu.

*M01 - Dr A « dès qu'il y a une exacerbation d'un truc comme ça, moi je leur demande toujours : vous faites bien comme ça ? Vous laissez bien respirer 10 fois, machin ? Tout est clair ? Je le refais pour être sûr qu'ils ont .. ils comprennent bien. C'est bien le bleu ? Vous avez fait le bleu là, c'est tout ? Vous avez continué le orange ? »*

### **2.3.2. L'éducation thérapeutique, une aide à l'intégration de de l'information**

L'éducation thérapeutique des parents était perçue comme essentielle pour la bonne prise

en charge de l'enfant. L'un des MG soutenait que des parents rassurés, convaincus de l'intérêt des traitements et à l'aise avec l'utilisation du matériel devaient pouvoir délivrer correctement les traitements.

*M05 - Dr E « c'est surtout les parents qu'il faut convaincre, et... qu'il faut surtout bien éduquer à la bonne prise en charge de leur enfant. »*

Plusieurs médecins étaient conscients de la portée limitée de leurs explications, dans la mesure où il y avait beaucoup d'informations à intégrer pour les parents en peu de temps. Les MG interrogés s'accordaient à dire que l'intégration de l'information passait par sa répétition dans le temps, et par différents intervenants.

*M02 – Dr B « l'apprentissage se fait par la répétition. Et que si dans une consultation, on se dit qu'il y a 3 messages qui passent, bah ça vaut le coup de répéter pour qu'il y en ait 4 ou 5 qui passent quoi. »*

Cette information devait être adaptée au niveau de compréhension du patient et de sa famille et si possible, étalée dans le temps.

Le rôle éducatif des pharmaciens ou des spécialistes était présenté comme important, l'intervention d'autres acteurs dans l'éducation thérapeutique favorisant l'assimilation de l'information.

Certains MG mettaient en avant le fait que les parents étaient probablement plus réceptifs aux informations délivrées en dehors du cadre de la pseudo ou de l'urgence, une fois l'anxiété levée.

*M11 – Dr K « quand on leur dit c'est une bronchite sifflante, c'est peut-être une première crise d'asthme, ils sont un peu sidérés. Je ne suis pas sûr qu'ils percutent sur tout ce qu'on dit derrière. »*

Une des médecins expliquait préférer faire de l'éducation par la répétition de 2-3

messages importants dans la consultation :

*M11 - Dr K « 2-3 messages dans la consultation. » « L'asthme [...] moi je répète aux parents. [...] les petits messages systématiques qui passent : c'est mortel, dès que ça siffle, on met de la VENTOLINE, et... et on essaie... si vous voyez que ça n'a pas bien... 2 bouffées, on recommence ¼ d'heure après 2 bouffées... ¼ d'heure après, vous pouvez essayer de me joindre, j'essaie de le voir. Ou sinon vous montez aux urgences. »*

*« quand on les revoit en consultation en dehors, on remet toujours un petit peu de sel là-dessus. » « Je pense que ça, ça marche plus. Voilà. »*

### **2.3.3. L'éducation thérapeutique, un rôle éducatif partagé**

#### **Rôle du MG**

Les MG semblaient tous considérer que délivrer les explications relatives à l'utilisation de la chambre d'inhalation (surtout lors d'une première prescription) et des traitements, faisait partie de leur rôle. L'éducation thérapeutique semblait ainsi être intégrée à leur pratique.

L'un d'eux considérait néanmoins que cela n'était pas son rôle de faire de l'éducation thérapeutique au sens large du terme dans la mesure où il devait gérer l'urgence ou la pseudo-urgence. Il expliquait ne pas avoir le temps pour la faire et que ce n'était probablement pas non plus le moment où les parents étaient le plus réceptifs. Il dédiait ce rôle aux autres spécialistes et aux structures, et orienter ainsi les patients vers eux.

*M03 – Dr C « Mais je ne pense pas que ce soit notre rôle. Pas parce qu'on n'a pas le temps de le faire. »*

*M05 - Dr E « Je leur montre, et je leur explique comment on monte l'appareil, comment on introduit l'aérosol dans la chambre d'inhalation, et ensuite je leur explique le bon fonctionnement des choses quoi, comment faire. »*

#### **Rôle du pharmacien :**

Les MG semblaient partager le rôle éducatif autour de l'utilisation de la chambre

d'inhalation et des traitements avec le pharmacien.

Les MG comptaient sur le pharmacien, considérant que son rôle était de :

- délivrer d'une chambre d'inhalation adaptée à l'âge et à la morphologie de l'enfant, compatible avec le ou les ADp prescrits, remboursée/prise en charge par la sécurité sociale. (Bienveillant sur aspect économique)
- présenter les produits : chambre d'inhalation et traitements
- réexpliquer la manière d'utiliser la chambre d'inhalation pour administrer les traitements
- montrer ou remontrer la technique d'utilisation de la chambre d'inhalation
- vérifier la bonne compréhension des parents vis à vis de l'utilisation des médicaments et de la chambre d'inhalation ;
- donner les consignes d'entretien de la chambre d'inhalation.

*M10 - Dr J : « Bah, de corroborer mes dires, voire de refaire les démonstrations s'il le juge utile. »*

*M08 - Dr G « refaire ce que j'ai fait derrière, quoi. » « de leur montrer »*

Certains MG déléguaient entièrement la démonstration au pharmacien.

La plupart des MG interrogés semblait déléguer les informations relatives à l'entretien de la chambre au pharmacien, considérant que ce n'était pas leur rôle de le savoir.

*M09 - Dr I « Sur le montage, tout ça, je n'en parle absolument pas. Je laisse la pharmacie. »*

*M03 - Dr C « je considère que ce n'est pas mon travail »*

Certains MG évoquaient la constante évolution des modèles de chambre d'inhalation, difficile à suivre. Ils se reposaient sur le pharmacien, qu'ils considéraient comme plus apte qu'eux pour proposer un modèle récent adapté.

*M12 – Dr L « il y a des nouveaux modèles qui sortent tous les ans. L'an dernier il était*



*rose, cette année il est bleu. Bon, très bien. Des carrés, des coniques, super... Bon, je pense c'est la mode, alors... Il y a des choses qui changent »*

*« Je leur dis il y a différents modèles, je vous laisserai choisir avec votre pharmacien. »*

Les MG ne semblaient pas savoir grand-chose de la délivrance par le pharmacien. Certains étaient plutôt confiants, d'autres se montraient sceptiques sur ce qui était dit et fait par le pharmacien, conscients des contraintes spatio-temporelles que cela pouvait engendrer.

*M06 - Dr F « ça, je suis sûr que ce n'est pas fait. » « De toute façon, ça ne peut pas se faire derrière le comptoir. Donc..euh...surtout en période d'épidémie. »*

Les MG étaient convaincus de l'impact positif que pouvait avoir l'intervention du pharmacien auprès du patient et de sa famille (du parent).

Il n'était pour autant pas toujours inclus dans la prise en charge ; l'un des médecins proposait aux parents qui doutaient de leur bonne compréhension de l'utilisation du dispositif, de re-demander au pharmacien de leur réexpliquer.

*M01 – Dr A « si vous n'avez pas tout compris, vous demandez à la pharmacienne de vous expliquer par rapport à ce qu'elle va vous donner. »*

Les MG estimaient avoir plutôt, dans l'ensemble, de « bonnes relations » avec les pharmaciens, non compliquées.

*M04 - Dr D : « Bonnes. »*

Ils semblaient communiquer avec eux principalement de façon téléphonique, parfois par mail.

*M09 - Dr I « ils nous appellent souvent. Ou même par mail, des fois. »*

L'une des médecins estimait faire un réel « travail d'équipe » autour du patient et de son entourage avec le pharmacien - notamment via le Forfait « suivi des asthmatiques » payé par la sécurité sociale. Elle expliquait que celui-ci ne relevait pas d'une prescription médicale, qu'il devait être proposé par le pharmacien, mais qu'elle le notait sur son ordonnance afin que cela soit mieux accepté par le patient et son entourage.

*M11- Dr K « moi je travaille avec la pharmacienne du coin, qui, quand il y a... quand il y a un asthme.. quand ils vont venir au bout de la deuxième ou troisième crise, je demande.. il y a un forfait suivi des asthmatiques, qui est... payé par la sécu, et donc je demande à la pharmacienne de le faire. Et elle, elle va faire l'éducation pour bien vérifier que la chambre d'inhalation est bien prise. »*

### Rôle des autres spécialistes

Certains MG avaient Recours aux pneumo-pédiatres lors de situation d'asthme sévère du nourrisson ou chez l'enfant plus grand, pour la réalisation d'EFR (épreuves fonctionnelles respiratoires) et de tests allergologiques.

Le rôle des pneumo-pédiatres vu par les MG était le suivant :

- réaliser un bilan afin de déterminer la gravité, dont des tests allergologiques éventuels, adaptation du traitement si besoin,
- confirmer le diagnostic d'asthme et ainsi conforter leurs dires auprès des parents ; répéter les informations en lien avec la maladie ;
- gérer le suivi de la maladie chronique ;
- faire l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille – dans la mesure où ils intervenaient souvent à distance des crises, ils avaient plus le temps d'en faire, moment probablement plus propice où patients et familles devraient être plus

réceptifs. Ils étaient considérés comme plus compétents dans le domaine qu'eux.

*M03 – Dr C « c'est plutôt le rôle de ... du spécialiste, du pneumo-pédiatre », « quand t'as rendez-vous chez le pneumo-pédiatre, bah la crise elle est passée, et c'est là où on est sur le traitement de fond, et puis on fait peut-être la piqûre de rappel : comment bien utiliser la chambre d'inhalation, comment bien utiliser les sprays, [...] etc. »*

Certains MG déploraient l'accès difficile voire très difficile, avec des délais de rendez-vous longs aux consultations de pneumo-pédiatrie, contraints de faire davantage d'éducation thérapeutique et d'assumer ce rôle éducatif de façon plus solitaire.

*M06 – Dr F « Les délais de rendez-vous sont de minimum 6 mois. » ;  
« de toute façon quand ils vont faire leur crise, le pneumopédiatre n'est pas là, donc c'est ... c'est bibi qui se colle la tâche, et on le soigne, et on modifie le traitement. »*

Pour d'autres, cet accès n'influençait pas la forme ou le contenu des informations qu'ils délivraient.

Les MG ne semblaient pas tellement connaître ou s'intéresser aux écoles de l'asthme, ou structure délivrant de l'éducation thérapeutique, sauf l'un d'eux, où un programme d'éducation thérapeutique sur l'asthme avait été mis en place au sein même de la maison de soin pluridisciplinaire, où il exerçait.

## **2.4. Regard des MG sur leurs pratiques**

### **2.4.1. Aisance des MG face à ce genre de consultation**

Certains MG se décrivaient comme « à l'aise » lors de ces consultations. Les raisons pouvaient être diverses :

- la fréquence de la situation
- leur expérience personnelle et/ou familiale (notamment en tant que parent d'enfant asthmatique, ou ayant dû utiliser une chambre d'inhalation)

- leur expérience professionnelle (exercice libéral, gestion des situations d'urgence, formations, stages)
- leur équipement à disposition au cabinet : chambre d'inhalation et ADp, matériel d'urgence (oxygène, saturomètre), qui les met en confiance sur la bonne réception des informations
- les retours positifs qu'ils avaient aux consultations suivantes

*M08 - Dr H « le retour que j'en ai, et le retour que j'en ai aux consultations suivantes, finalement. On se rend compte, finalement, lors des consultations suivantes, si un traitement a été bien compris, bien utilisé, à bon escient, bien utilisé. Donc voilà, c'est le retour ultérieur qu'on peut en avoir, finalement, qui permet de confirmer notre attitude. »*

D'autres MG se décrivaient comme « pas à l'aise », ou pointaient certaines difficultés face à cette situation. Ils l'expliquaient notamment par un manque de connaissance de ce sujet et du matériel, basée essentiellement sur des informations délivrées par des laboratoires.

*M02 - Dr B « en plus l'asthme c'est un truc que je n'aime pas »*

*M02 - Dr B « j'ai fait de l'asthme chez les adultes. Alors, chez les adultes, j'adore faire ça mais ça s'éloigne du sujet de ton truc » « Heuuu... je cherche si j'ai des jeunes qui ont de l'asthme. En fait les jeunes qui ont de l'asthme, souvent ils sont gérés par le pneumopédiatre. »*

Parmi les difficultés évoquées par ces MG, certains évoquaient un matériel en constante évolution et de nombreuses marques qui les empêchent de tout connaître. D'autres mettaient en avant un protocole parfois non uniformisé, notamment sur les doses du traitement.

*M04 – Dr D « Le moment où je suis moins à l'aise parfois, c'est sur le protocole, concernant les... mais ça c'est un souci actuel, concernant les doses de Salbu qu'on peut*

*prescrire aux enfants. Mais je vois de tout, et du coup on est un peu perdu. C'est là que je suis le moins à l'aise. »*

#### **2.4.2. Réflexivité sur leur pratique**

Ces entretiens ont parfois amené une remise en question de certains médecins sur leur pratique. Ils s'interrogeaient sur la clarté des informations délivrées, l'exhaustivité des détails donnés sur la technique d'inhalation, le contrôle de la bonne intégration des informations, ou tout simplement la solidité suffisante de leurs connaissances.

*M11 – Dr K « C'est peut-être ça qu'il faudrait que je leur fasse. Enfin, oui, peut-être faire faire au cabinet. A la deuxième crise, par exemple. Hm. »*

*M11 – Dr K « Enfin, on ne se pose peut-être... moi en tout cas, personnellement, je ne me pose peut-être pas cette question de derrière, si c'est facile ou pas facile. »*

*M07 - Dr G « je n'ai jamais eu trop de formation.. Enfin, voilà, ça se fait comme ça. Finalement, le ... ça s'est fait que par des labos, au final, quand j'y pense bien. Et je n'ai pas plus de ... de compétence particulière, plus que ça, sur les chambres d'inhalation. »*

*M02 – Dr B « comme toutes les choses pour lesquelles je ne suis pas à l'aise, je suis très carrée. Donc j'ai des fiches, et du coup je les ressorts. Enfin voilà, il faut faire ça, ça, ça. Hop, on ressort le petit PDF de la formation, et à la fin de la consultation, c'est toujours des consultations où je prends [...] 30 vraies secondes, à refaire le point sur toutes les ordonnances que j'ai faites »*

## DISCUSSION

### 1. But du travail exposé

L'objectif de cette étude était de comprendre le contenu et la forme des informations délivrées par les MG aux parents de jeunes enfants asthmatiques lors de la première prescription de chambre d'inhalation, et tenter d'apporter des pistes d'amélioration à nos pratiques.

### 2. Forces et limites de l'étude

#### Les Forces

La méthode qualitative par phénoménologie interprétative a été choisie pour cette étude. La méthode qualitative est particulièrement adaptée pour explorer l'aspect relationnel des soins (10). Par son approche compréhensive, elle s'intéresse aux déterminants des comportements des acteurs et explore leur ressenti, leurs représentations, leur vécu, leurs opinions (11). En phénoménologie, le chercheur décrit et analyse les phénomènes de l'expérience vécue et située dans son contexte (8). Il s'intéresse à l'expérience pratique.

L'échantillonnage a été fait en recherche de variation maximale. Ce mode de recrutement est adapté lorsque la question de recherche s'intéresse à la diversité de perceptions, d'opinions et de comportements (12). Les médecins sélectionnés sont donc d'âge, de sexe, de milieu, de mode d'exercice différents, et d'expériences personnelles et professionnelles différentes.

Les biais d'interprétation ont été fortement limités du fait de la triangulation des données par un autre interne de médecine générale, pour la totalité des entretiens.

#### Les limites

L'échantillon ne compte que douze MG, tous installés dans la même région (Hauts-de-France).

Le recrutement des MG a été fait au sein du cercle de connaissances du chercheur et de son directeur de thèse, ce qui peut influencer sur la confiance des informations délivrées.

Lors du recueil de données, certaines formulations de questions posées par le chercheur ont pu orienter ou influencer le discours des MG interrogés.

### **3. Comparaison des principaux résultats avec la littérature existante**

#### **3.1. Autour du contenu de l'information**

Les MG de l'étude semblaient vouloir fournir les informations essentielles aux parents de ces jeunes enfants asthmatiques. Le but était de pouvoir administrer de façon efficace les traitements nécessaires à la gestion de la maladie, et réagir de façon adaptée. Autrement dit, éduquer les parents sur la maladie.

Parmi le contenu de l'information à délivrer, le GINA (5) préconisait de parler du diagnostic d'asthme, de justifier le traitement, de faire la différence entre traitement de crise et de traitement de fond et d'évoquer d'emblée les effets secondaires potentiels des traitements. Les MG interviewés semblaient donc globalement suivre les préconisations du GINA, néanmoins, ils étaient peu nombreux à évoquer les effets indésirables potentiels.

##### **3.1.1. Concernant l'utilisation de la chambre d'inhalation**

Les MG semblaient convaincus des avantages que procure l'utilisation de la chambre d'inhalation pour délivrer les traitements inhalés, et certains l'expliquaient aux parents.

Tous les MG interrogés semblaient impliqués dans les consignes relatives à l'utilisation de la chambre. Ils reprenaient les différentes étapes de la technique d'inhalation, mais n'évoquaient pas tous les mêmes étapes et tenaient parfois des propos contradictoires d'un médecin à l'autre. Certains souhaitaient prévenir certaines erreurs d'utilisation quand

d'autres soutenaient que c'était une bonne pratique.

La littérature semblait faire ressortir un certain nombre de principes universels et importants concernant l'utilisation correcte d'une chambre d'inhalation. Les recommandations pratiques pour l'utilisation et l'entretien corrects des chambres d'inhalations, réitérées par le groupe ADMIT (13), permettaient de nous aider à savoir quelles consignes délivrer.

La position majoritairement préconisée par les MG de l'étude semblait être correcte, car il était recommandé de « se tenir assis ou droit avec le menton relevé, le cou légèrement allongé ». La position allongée n'était donc pas recommandée.

Concernant les consignes d'utilisation, le fait d'agiter le spray (ADp) ne semblait être dit ou montré que par certains MG de l'étude.

Dans la mesure où tous les dispositifs ADp ne contiennent pas de médicaments sous forme de solution véritable mais sous forme micronisée,(13) il était préférable de secouer cinq fois le dispositif avant chaque dosage. Le contrôle de la mobilité des valves était évoqué par certains MG de l'étude. Il était recommandé de secouer la chambre d'inhalation si celle-ci était pourvue d'une valve afin de vérifier que celle-ci ne soit pas bloquée.

Le fait d'ôter le capuchon du spray, puis de l'insérer dans la chambre d'inhalation à la verticale (cartouche vers le haut) semblait être assez intuitif chez les MG interrogés et en accord avec ce qui était recommandé.

L'application du masque autour du nez et de la bouche de l'enfant était précisée ou montrée par les MG de l'étude, mais l'étanchéité n'était pas toujours soulignée.

Les recommandations du groupe ADMIT(13), soulignaient l'importance qu'il y ait peu ou pas de délai entre l'activation du ADp et l'inspiration via la chambre d'inhalation, pour



garantir l'efficacité du traitement. Les particules de médicament en aérosol restent en suspension dans la chambre pendant moins de 10 secondes (14). Un retard trop long pour l'inspiration réduit considérablement l'efficacité(13). Il était donc souhaitable de ne pas déclencher l'ADp avant que l'enfant ne respire dans la chambre, contrairement à ce que certains médecins de l'étude soutenaient.

La pression sur l'aérosol doseur (ADp) pour libérer le médicament était précisée par les MG de l'étude, mais contrairement à ce qui était recommandé, tous n'individualisaient pas chaque bouffée, proposant parfois de faire une « double-bouffée » donc de mettre deux doses en même temps dans la chambre. Il s'agit d'une erreur déjà décrite dans la littérature (15).

Concernant la durée d'une séance d'inhalation ou le nombre de mouvements respiratoires par bouffée de traitement, les propos recueillis étaient variés, certains donnant des corrélations par simple ou double bouffée, avec des nombres de respirations ou durées variables. L'un d'eux précisait que la taille de la chambre d'inhalation pouvait l'amener à adapter ses propos. Au vu de la littérature, ce n'était pas étonnant, car le nombre de respirations nécessaires pour vider la chambre d'inhalation dépendait de la taille de l'appareil et du patient. (14) Bisgaard recommandait « 10 respirations chez les nourrissons, 5 respirations chez les tout-petits et 2 inhalations profondes chez les enfants plus âgés et les adultes ». (14)

Il était préférable de délivrer le médicament lorsque l'enfant avait une respiration calme. S'il criait ou pleurait, le dépôt pulmonaire de médicament pourrait être fortement réduit (16). Il est donc important de prendre en considération la coopération de l'enfant. Cela va à l'encontre de ce que certains MG délivraient comme informations concernant notamment les pleurs.

Certains MG de l'étude précisait que, lorsque d'autres doses étaient nécessaires, il fallait recommencer, répéter les étapes de délivrance du traitement mais ne reprécisaient pas à partir de quelle étape.

Ces éléments de comparaison montrent donc que certains des MG semblent délivrer des consignes qui ne vont pas toujours dans le sens des recommandations pratiques établies par le groupe ADMIT. (13)

Bannir certaines « idées reçues » des MG allant à l'encontre des recommandations et homogénéiser nos propos quant aux étapes d'utilisation du dispositif pourrait être un axe d'amélioration. Ceci éviterait d'induire en erreur, sans le savoir, l'utilisation correcte du dispositif par les parents.

### **3.1.2. Concernant l'entretien de la chambre d'inhalation**

Certains MG de l'étude avaient conscience qu'un entretien non adéquat pouvait altérer l'efficacité du traitement. Mais la plupart des MG de l'étude délivrait peu, voire pas de consignes en lien avec celui-ci, et semblait déléguer ce rôle au pharmacien. Il n'existe pas de recommandations universelles pour l'entretien des chambres d'inhalation, les instructions figurent souvent sur les notices fournies par les fabricants. Elles varient d'une chambre à l'autre. Le groupe ADMIT propose néanmoins quelques conseils empiriques quant au produit à utiliser pour la laver, la fréquence et son mode de séchage (13).

### **3.1.3. Concernant les éléments à surveiller, et la conduite à tenir en cas de crise**

Les MG donnaient des consignes de surveillance et conduites à tenir en cas de crise. Certains informaient de mesures préventives associées afin d'éviter une nouvelle crise. Certains des MG délivraient ces informations oralement, d'autres les écrivaient sur l'ordonnance.

Un plan d'action personnalisé écrit est recommandé afin de faciliter la gestion des crises

d'asthmes à domicile (5)(17)(18)(19). Celui-ci doit reprendre les signes évoquant une aggravation de l'asthme et expliquer quelles actions entreprendre (5).

C'est un outil pédagogique intéressant qui sert à la fois de support concernant les stratégies médicamenteuses à adopter selon les signes que présente l'enfant, mais aussi de moyen de communication entre le soignant, le patient et sa famille (19).

La difficulté réside probablement dans le fait qu'il doit être personnalisé, et qu'il n'existe donc pas de format idéal de plan d'action.

Il doit être simple, compréhensible et être adapté selon la sévérité de l'asthme, l'âge du patient, les médicaments, leurs dosage et le système d'inhalation (19).

La majorité des plans d'actions proposent trois étapes : la première étape où tout va bien, sans symptôme. La deuxième est associée aux symptômes d'asthme et la troisième à la détresse respiratoire. En regard de chacune de ces étapes figurent les symptômes (ou leur absence) et la prise en charge thérapeutique correspondante (19).

Le plan d'action écrit semble être une aide dans la gestion de l'asthme mais, pour être efficace, il faut qu'il soit réalisé dans le cadre d'une démarche éducative, afin qu'il soit compris et appliqué (17).

D'après le GINA, les informations orales seules étaient moins efficaces (5).

Une étude portant sur l'évaluation des connaissances et du vécu des parents d'enfants asthmatiques consultant les urgences concluait sur une surestimation des signes de gravité de l'exacerbation et une sous-estimation des symptômes quotidiens de la maladie. L'hypothèse alors émise était que « l'amélioration de la reconnaissance des signes de gravité et une meilleure utilisation d'un protocole d'urgence permettrait une prise en charge plus précoce des exacerbations au domicile, et probablement une moindre fréquentation des urgences » (20).

En ce sens, tous les MG devraient délivrer systématiquement un plan d'action écrit, en

l'adaptant au patient et en expliquant aux parents les différents signes de crise et de gravité afin qu'ils sachent quelle conduite adopter.

De nombreux plans d'action sont disponibles en ligne, et l'association « asthme et allergie » en propose notamment un (19).

### **3.2. Autour de la forme de l'information**

Les MG de l'étude semblaient centrer leur approche sur le développement d'un partenariat avec les parents. Ils essayaient d'adapter l'information à leurs connaissances et leur niveau de compréhension. Ils développaient des stratégies pour tenter de répondre aux craintes et préoccupations des parents, et renforcer l'adhésion thérapeutique.

Plusieurs études et recommandations s'accordaient à dire qu'il fallait développer un partenariat avec le patient et sa famille afin de rendre plus efficace l'éducation délivrée (5).

#### **3.2.1. Partage de l'information**

Cette approche nécessitait de partager l'information et d'adapter celle-ci au niveau de compréhension des parents. Elle impliquait également de discuter pleinement de leurs attentes, craintes et préoccupations. Il était également préconisé de développer des objectifs communs (5). L.Refabert parlait de négociation de résultats pédagogiques et donnait des exemples (21). Le GINA soulignait également que l'un des composants essentiels du partenariat entre le patient (ou parent) et le médecin passait par le fait d'encourager l'adhésion thérapeutique. Pour cela, il semblait important de s'intéresser aux croyances et préoccupations des patients et de leurs familles concernant la maladie ou les traitements afin de mieux comprendre et connaître les freins à cette bonne adhésion pour tenter de les lever (5).

L.Refabert proposait une « question directe, à laquelle la réponse attendue ne devait pas être simplement un « oui » ou un « non », du type « qu'est-ce qui vous préoccupe concernant la maladie ou les traitements ? ». Travailler sur ces angoisses ou ces

croyances permettrait de gagner du temps sur la prise en charge ultérieure (21).

Le GINA distinguait les facteurs de mauvaise observance volontaires, de ceux involontaires.

Parmi les facteurs volontaires, on pouvait retrouver : la perception que le traitement n'était pas nécessaire, les préoccupations concernant les effets secondaires, l'insatisfaction envers les soignants, le déni ou la colère envers la maladie et son traitement. La crainte des effets secondaires étant fréquente, le GINA recommande d'en informer systématiquement les patients et leur famille (5)(21).

Le malentendu sur les instructions était mentionné parmi les facteurs involontaires. (5) L'inaptitude à utiliser le dispositif d'inhalation pouvait notamment être une conséquence de ce malentendu.

Les MG de l'étude suivaient l'approche préconisée par le GINA. Des améliorations sont possibles comme discuter plus ouvertement des croyances, craintes et appréhensions des parents et d'établir avec eux des objectifs communs.

Afin de favoriser davantage l'adhésion thérapeutique et le développement d'un partenariat, les MG pourraient systématiquement informer les familles des effets indésirables des traitements et les impliquer davantage dans le choix du dispositif.-

### **3.2.2. Utilisation d'une démonstration**

Pour expliquer l'utilisation correcte des dispositifs d'inhalation aux parents, les MG délivraient des informations orales, d'ordre pratique, parfois accompagnées d'une démonstration partielle ou complète, ou d'un support écrit.

L'utilisation correcte d'un dispositif d'inhalation fait partie des compétences à faire acquérir aux parents (5)(21). Tout médecin prescrivant un dispositif d'inhalation devrait être en mesure de démontrer la technique correcte d'utilisation (5). Dire les choses ne semblerait pas être suffisant pour qu'elles soient apprises et comprises (21).

La démonstration physique est un moyen simple pour faciliter l'acquisition d'une

technique correcte d'utilisation. Une étude a mis en avant qu'un patient ayant eu une démonstration de la technique d'utilisation était plus à même de reproduire correctement celle-ci qu'un patient qui n'en ayant pas eu (22).

### **3.2.3. Compréhension des parents**

La compréhension des parents était évaluée de façon diverse selon les médecins, soit de façon non verbale, soit par des questions plus ou moins orientées ou ouvertes, soit par une demande de démonstration.

Le GINA soulignait que l'utilisation correcte du dispositif d'inhalation était une compétence qui devait être contrôlée dans le temps, à chaque occasion (5)(21).

Ce contrôle devait se faire en demandant au patient (ou parent du patient) de montrer comment il l'utilisait, et non en se contentant de savoir s'il savait comment l'utiliser.

Identifier les erreurs pouvait se faire à l'aide d'une liste de contrôle normalisée, spécifique à l'appareil. Il était ensuite recommandé de corriger les erreurs en montrant la technique correcte d'utilisation puis en demandant de nouveau au patient (ou parent du patient) de manipuler le dispositif en prêtant attention aux étapes problématiques.

Après la formation, la technique d'inhalation décroît avec le temps, il faut donc la vérifier régulièrement et répéter la formation au besoin. (22)

Certains des MG de l'étude suivaient donc les recommandations du GINA, en s'aidant de la démonstration comme support pour l'apprentissage et le contrôle de la technique correcte d'inhalation mais pas tous. L'apprentissage, l'évaluation et le contrôle régulier et systématique de la technique d'inhalation via une démonstration pourraient donc constituer une piste d'amélioration.

Au-delà de la démonstration, l'évaluation de la compréhension des parents n'était pas toujours faite de manière objective. Or il apparaît important de vérifier la compréhension

des informations données, par exemple en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu. Cela permettrait de clarifier les messages et éviter les malentendus. (23)

### **3.3. Education thérapeutique**

Les MG de l'étude étaient conscients que l'éducation thérapeutique était un processus continu qui nécessitait la répétition des informations dans le temps et par différents acteurs de santé, ils partageaient ce rôle éducatif avec les pneumo-pédiatres et les pharmaciens.

L'HAS rappelle que « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. ». (24) Elle consiste en « la mise en place par le professionnel de santé d'un processus par étapes intégrées dans la démarche de soins, à l'attention de l'enfant, de ses parents et de son entourage »(25). L'HAS – INPES propose un guide méthodologique pour la mise en place d'une démarche d'éducation thérapeutique(26)(27), Mais elle n'est pas toujours adaptée à la pratique des soins en premier recours. Elle est donc parfois difficile à mettre en place par le MG. D'après l' HAS, l'ensemble des professionnels de la santé selon la liste du code de la santé publique sont concernés et peuvent être acteurs de l'éducation thérapeutique du patient. Parmi eux : les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les masseur-kinésithérapeutes, etc...(24).

Selon les termes de l'Assurance-maladie, « le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient » et il en « coordonne le parcours de soins ». Il apparaît donc naturel que le MG soit un acteur essentiel et le coordinateur principal. (27)

Le rôle des pharmaciens est particulièrement souligné dans les directives internationales

sur l'asthme dans la mesure où ils occupent une place privilégiée pour informer les patients sur la technique d'inhalation. Une simple intervention éducative ciblant une technique d'inhalation était réalisable par les pharmaciens et avait fait ses preuves auprès de patients asthmatiques (5)(28). Ce rôle a été reconnu notamment par la mise en place du dispositif d'accompagnement des patients asthmatiques, suite à l'avenant 4 de la convention nationale des pharmaciens (29).

Le rôle des pneumopédiatres, de par leur spécialité, est également important. Ils exercent souvent au sein de structures adéquates, telles que les écoles de l'asthme. Les MG interviewés comptaient souvent sur l'implication des pneumopédiatres dans l'éducation thérapeutique des patients.



## CONCLUSION

Les MG souhaitent éduquer les parents sur la maladie asthmatique de leurs enfants, en créant un partenariat avec eux. La transmission des informations semble être aidée par des supports matériels et par une bonne communication médecin-malade.

A partir des pratiques observées, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être proposées :

- Bannir certaines idées reçues concernant l'utilisation du dispositif d'inhalation afin d'éviter d'induire en erreur, sans le savoir, l'utilisation correcte de celui-ci par les parents.
- Délivrer systématiquement un plan d'action écrit, personnalisé, en expliquant bien les signes de crise et de gravité, ainsi que la conduite à tenir en regard.
- Faire une démonstration de l'utilisation du dispositif pour faciliter l'apprentissage de la technique d'inhalation et pour la contrôler de façon systématique.
- Discuter plus ouvertement des croyances, craintes et appréhension des parents pour lever certains freins à l'adhésion thérapeutique.
- De même, pour renforcer cette adhésion, informer des effets secondaires potentiels et impliquer davantage les familles dans le choix du dispositif pourrait aider.
- S'assurer de la compréhension des parents de façon plus objective, en demandant, par exemple, aux parents de reformuler ce qu'il a compris pourrait permettre d'éviter les malentendus.
- Enfin, un travail d'équipe un peu plus renforcé et coordonné au sein des différents acteurs de l'éducation thérapeutique pourrait améliorer celle-ci. On pourrait imaginer que les infirmiers ou assistants médicaux de pratiques avancées à venir pourrait parfaire cette éducation thérapeutique.

« Une relation de qualité permet au médecin de s'épanouir dans son travail et de lui donner du sens ». (30)

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Assurance maladie. Asthme de l'enfant de plus de 3 ans. [En ligne].[environ 1 écran].  
Disponible : h
- (2) Dutau G. Diagnostic et prise en charge de l'asthme chez les enfants âgés de 5 ans et moins :  
Global initiative for asthma, mise à jour. Médecine et enfance. [En ligne]. 2016 [mars 2016]; 57-62.  
Disponible :
- (3) Sapet A, Oudyi M, Dubus J.-C. Traitements inhalés en pédiatrie. Revue de Pneumologie  
Clinique [En ligne]. Août 2013 ; 69 (4) : 198-206. Disponible : DOI :  
10.1016/j.pneumo.2013.05.005
- (4) Megas F, Benmedjahed K, Lefrançois G, Mueser M, Dusser D. Enquête « Compli'Asthme » :  
observance thérapeutique et bonne utilisation des médicaments inhalés dans l'asthme perçues par  
les médecins praticiens. Revue de Pneumologie Clinique [En ligne]. Juin 2004 ; 60(3):158-165.  
Disponible : DOI : RPC-06-2004-60-3-0761-8417-101019-ART4
- (5) Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2016.  
147 p. Rapport 2016. Disponible :
- (6) Marguet C, Couderc L, Roux P, Jeannot E, Lefay V, Mallet E. Inhalation treatment: Errors in  
application and difficulties in acceptance of the devices are frequent in wheezy infants and young  
children. *Pediatric Allergy and Immunology* [En ligne]. 2001; 12(4): 224-230. Disponible : DOI:  
10.1034/j.1399-3038.2001.012004224.x
- (7) Renaud S. Evaluation de l'éducation thérapeutique des parents à l'utilisation d'une chambre  
d'inhalation chez l'enfant de moins de 36 mois. [Thèse d'exercice]. Clermont-Ferrand : Université  
de Clermont I; 2015 . Disponible :
- (8) Trébucq A, directeur. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : Co-édition Global Média  
Santé et CNGE ; 2011. Vue d'ensemble des études qualitatives ; p43-44
- (9) Gedda M, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des  
rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* [En ligne]. 2015 ; 15 (157) : 50-54. Disponible:  
DOI : 10.1016/j.kine.2014.11.005

(10) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, Imbert P, Letrilliart L et Al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19(84) :142-145

(11) Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. De Boeck ; 2014.

(12) Savoie-Zajc Lorraine. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches qualitatives [en ligne]. 2007 ; hors-série(5):p99-111. Disponible :

(13) Vincken W, Levy ML, Scullion J, Usmani OS, Dekhuijzen PN, Corrigan CJ et Al. Spacer devices for inhaled therapy: why use them, and how? ERJ Open Res [en ligne]. 2018 [18 juin 2018] . Disponible :

: 10.1183/23120541.00065-2018

(14) Levy ML, Dekhuijzen PNR, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan CJ, Chawes BL et Al. Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management Improvement Team (ADMIT). npj Prim Care Resp Med [En ligne]. 2016 ; 26 (1): 1-7. Disponible : DOI : 10.1038/npjpcrm.2016.17

(15) Vodoff MV, Guilbert B, Lumley L, Dutau G. Technique d'utilisation de la chambre d'inhalation avec masque facial dans l'asthme. Évaluation chez 60 enfants âgés de moins de quatre ans. Arch Pédiatr [En ligne]. 2001. ; 8 (6):598-603. Disponible :

(16) Laube BL, Janssens HM, Jongh FHC, Devadason SG, Dhand R, Diot P et al. What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. European Respiratory Journal [En ligne]. 2011 ; 37(6) : 1308-1417. Disponible : DOI : 10.1183/09031936.00166410

(17) Marguet C. Prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant (nourrisson inclus). Revue des Maladies Respiratoires [En ligne]. 2007 [cité en avril 2007] ; 24 (4):427-439. Disponible : DOI : 10.1016/S0761-8425(07)91567-3

(18) Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie : référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie [En ligne]. 2005 [juillet 2005] 11p. Disponible :

(19) Réfabert L. Le plan d'action personnalisé écrit (P.A.P.E.). Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique [En ligne]. 2008 ; 48 (3) : 232-236. Disponible : DOI :10.1016/j.allerg.2008.01.019

- (20) Franquet M, Husson M, Dubus JC, Rimet Y. Évaluation des connaissances et du vécu des parents d'enfants asthmatiques âgés de 2 à 15ans consultant en service d'accueil des urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie [En ligne]. 2015 ; 22(8) : 840-847. Disponible : DOI : 10.1016/j.arcped.2015.04.024
- (21) Réfabert L, de Blic J, Scheinmann P. Quels enfants asthmatiques éduquer ? Rev Fr Allergol Immunol Clin [En ligne]. 2000 ; 40 (7) : 721-727. Disponible :
- (22) Gillette C, Rockich-Winston N, Kuhn JA, Flesher S, Shepherd M. Inhaler Technique in Children With Asthma: A Systematic Review. Academic Pediatrics. [En ligne]. 2016 ; 16 (7):605-615 . Disponible : DOI :10.1016/j.acap.2016.04.006
- (23) Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).
- (24) Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. [En ligne] 2007 [cité le 13 novembre 2007]. [environ 8 écrans]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc\\_1\\_8](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc_1_8)
- (25) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique : argumentaire. [En ligne]. 2002. [juin 2002]. 38p. Disponible :
- (26) Haute Autorité de Santé et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. [En ligne]. 2007 [juin 2007] 112p. Disponible :
- (27) Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. [En ligne]. Paris; 2009 [12 novembre 2009]. 38p. Rapport. Disponible :
- (28) Basheti IA, Reddel HK, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ. Improved asthma outcomes with a simple inhaler technique intervention by community pharmacists. Journal of Allergy and Clinical Immunology [En ligne]. 2007 ; 119 (6):1537-1538. Disponible : DOI : 10.1016/j.jaci.2007.02.037
- (29) Assurance maladie [En ligne]. 2019. Avenants : avenant 4 à la convention nationale ; 2019 [23

septembre 2019] ; [environ 2 écrans]. Disponible : [https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants#text\\_13779](https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants#text_13779)

(30) Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Exercer [En ligne]. 2017 [avril 2017] ; (132):187-188. Disponible :

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation de l'étude : Je vous remercie de me recevoir pour mon travail de recherche (ma thèse de médecine générale) autour de la prescription de chambre d'inhalation pour de jeunes enfants asthmatiques. Avec votre accord, l'entretien va être enregistré et les données anonymisées.

Lorsque vous suspectez une exacerbation, une crise d'asthme du jeune enfant, il vous arrive probablement d'instaurer un ou des traitement(s) par aérosol-doseur(s) couplé(s) à des chambres d'inhalation. Le but de mon étude est d'essayer de comprendre le contenu et la forme des informations que vous délivrez aux parents de ces jeunes enfants lors de la (première) prescription de chambre d'inhalation. (instauration ou en tout cas prescription) de CI . J'aimerais savoir ce que vous dites, ce que vous faites ; et comprendre la manière avec laquelle vous le réalisez.

#### Questions du Général à la question de recherche

Pouvez-vous me raconter, ce que vous expliquez aux parents et comment ?

1 - Quelles informations délivrez-vous aux parents ? (et comment ?)

relances : quelles informations délivrez-vous concernant :

\* la maladie suspectée, votre diagnostic

\* les traitements nécessaires (distinction traitement de fond du traitement de crise ; pour le traitement de crise - Salbutamol : nombre de bouffée avec décroissance progressive ou non, pour le traitement de fond - corticostéroïdes inhalés : durée du traitement de fond indiquée)

\* la chambre d'inhalation : Vous leur présentez ça comment ?

Relances :

- Définition, Utilité / intérêt / pourquoi l'utiliser
- Technique d'inhalation : durée d'une séance d'inhalation ou corrélation nombre de mouvements respiratoires par bouffée/ position de l'enfant / Réaction prévisible de l'enfant, astuces éventuelles / Rituel / Détail des étapes de son utilisation (peut être repris si fait démonstration)
- Entretien de la chambre d'inhalation ( produit / fréquence )

2 - De quels outils ou astuces disposez-vous pour expliquer l'utilisation de la chambre d'inhalation ?

relances : Disposez-vous d'une chambre d'inhalation de démonstration? d'un aérosol-doseur ? sources

3 - Comment libellez-vous votre ordonnance ? Que notez-vous sur votre ordonnance par rapport à la chambre d'inhalation ?

Relances : type de chambre d'inhalation, mention masque-embout buccal- adapté à l'âge de l'enfant ?, une ou plusieurs marque(s) en particulier? Mention non substituable ? Pourquoi ? (Pourquoi cette marque ? ou pourquoi pas de marque ?)

4 - Pour vous, quel est le rôle du pharmacien ?

5 - Pourriez-vous me donner un ordre d'idée de Coût d'une chambre d'inhalation ? De quelle façon pensez-vous que celle-ci est prise en charge par la sécurité sociale ?

6 - En plus de l'ordonnance et de vos explications orales, donnez-vous d'autres conseils ?

Relances : Délivrez-vous ou orientez-vous vers un ou des autre(s) support(s)? Si oui, le(s)quel(s)? Sources ?.

7 - Selon vous, comment les parents perçoivent- appréhendent l'utilisation d'un tel dispositif ? et

8 - Quel est votre sentiment vis à vis de la compréhension des parents ? Comment l'estimez-vous ? Comment appréciez-vous la compréhension des parents ? (sur quoi vous basez-vous?)

9 - Comment vous sentez-vous face à ce genre de prescription ? Ressenti lors de ce type de consultation ?

- Si [pas à l'aise], difficultés : lesquelles ? Pourquoi ? Quelles solutions imagineriez-vous pour y faire face ? Quelles seraient vos attentes ? De quels outils aimeriez-vous disposer ? (toute idée ou support possible)

- Si non, [à l'aise], pas de difficultés particulière : Pourquoi ? Pourriez-vous remettre en avant vos outils ou astuces dont vous vous servez ?

10 - Que savez vous de la délivrance par le pharmacien ?

Relances : Quelles explications donne-t-il aux parents ? Comment respecte-t-il votre prescription ?

A la fin de l'entretien, si non évoqué au préalable, caractéristiques du médecin interrogé :

- Age, Sexe, Milieu et Mode d'exercice, Installé depuis combien de temps ?
- Patientèle : activité pédiatrique au sein de votre patientèle (proportion) ?
- Fréquence à laquelle confrontation à ce genre de prescription ? (distinction initiation / renouvellement)
- Description de l'accès à avis ou consultation spécialisée type pneumo-pédiatrique, pédiatrique, pneumologique ou allergologique ? (délai de Rendez-vous, distance ou temps de route par rapport au cabinet), Existence d'une école de l'asthme proche de leur cabinet ? Y en a-t-il (spécialistes) «*physiquement*» proches de leur cabinet ? Existence d'une école de l'asthme proche de votre cabinet ?  
=> Pensez-vous que cet accès (à spécialistes ou structures) influence le contenu et le forme des informations que vous délivrez ? Comment ?
- description de leurs relations avec le(s) pharmacien(s) proches de leur cabinet ?
- Comment avez-vous été sensibilisé à la prescription et l'utilisation des chambre d'inhalation ?
- Personnellement : nombre d'enfants ? Si oui, l'un d'eux a-t-il déjà eu besoin d'utiliser une chambre d'inhalation ?

**Annexe 2 : Caractéristiques de la population étudiée (liste des abréviations page suivante)**

MG	Lieu de entretien	Âge	Sexe	Durée d'installation	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Activité pédiatrique	Fréquence de prescription de CI	Sensibilisation
Dr A	cabinet	33 ans	M	4 ans	urbain	cabinet de groupe	20 %	I = 5 à 6 par hiver	Perso + FI
Dr B	domicile	30 ans	F	2 ans	urbain	cabinet de groupe	NC	I = 5 sur 2 ans	FI + FMC
Dr C	cabinet	55 ans	M	21 ans	semi-rural	Maison médicale	25 à 30 %	I+R = 40 par an (I=20, R=20)	Perso + Pro + Urg + FI
Dr D	cabinet	50 ans	F	8 ans	urbain	Cabinet de groupe	33 %	I = 5 par an I+R = 8 par an	FI + FC
Dr E	cabinet	32 ans	M	6 ans	semi-rural	Maison médicale	30 %	I=24 par an	Perso + Urg + FI
Dr F	cabinet	58 ans	M	29 ans	semi-rural	collaboration	15-16 %	I ≤ 3 par mois, l'hiver	ED + Labo + Auto
Dr G	cabinet	57 ans	F	22 ans	urbain	cabinet de groupe	30 %	I=2 par mois, l'hiver I=10 par an	Auto + Labo
Dr H	cabinet	56 ans	M	27 ans	rural	MSP	20 à 25 %	I = 6 à 8 par an I+R = 10 par an	ED
Dr I	cabinet	33 ans	F	4 ans	rural	cabinet de groupe	<25 %	I+R= 8 à 12 par mois l'hiver	Perso + FC
Dr J	cabinet	62 ans	M	33 ans	rural	MSP	15 à 20 %	I= 2 par mois	FMC + Pro + labo
Dr K	cabinet	44 ans	F	14 ans	semi-rural	seule	70 %	I = 8 à 12 par mois lors du pic épidémique sinon 1 par mois	Perso + FI + Labo
Dr L	cabinet	48 ans	M	20 ans	rural	seul	30 %	I =2 à 3 par an R = 2 à 3 par an	FI + FMC



Liste des abréviations du tableau de caractéristiques :

NC = non communiqué

Sexe : F = Féminin, M = Masculin

CS = consultations

MSP = maison de santé pluriprofessionnelle

Fréquence de prescription : I=initiation, R= renouvellement

Perso = expérience personnelle, familiale

Pro = expérience professionnelle

Urg = expérience d'une situation d'urgence

FI = stage durant leur formation initiale

FC = formation complémentaire

FMC = formation médicale continue – autres formations

Auto = lectures, autoformation

ED = par des enseignements dirigés

Labo = Par les laboratoires

**AUTEUR : D'HALLUIN                    CONSTANCE**

**Date de soutenance :** 10 octobre 2019

**Titre de la thèse :** Prescription de chambre d'inhalation chez l'enfant asthmatique :  
quelles pratiques par les Médecins généralistes ?

**Thèse - Médecine – Lille, 2019**

**Cadre de classement :** Médecine

**DES + spécialité :** DES Médecine Générale

**Mots-clés :** asthme, enfant, éducation thérapeutique, chambre d'inhalation, soins  
primaires

**Résumé :**

**Introduction :** L'asthme, maladie chronique fréquente, est la première cause de morbidité infantile. Son traitement repose principalement sur les médicaments inhalés à l'aide d'une chambre d'inhalation. Pour les jeunes enfants, le GINA (Global Initiative for Asthma) souligne l'importance du choix du mode d'inhalation et du contrôle de son utilisation correcte, de l'éducation thérapeutique, et l'organisation d'un partenariat avec la famille.

**Objectifs :** L'objectif de cette étude est de comprendre le contenu et la forme des informations délivrées par les médecins généralistes (MG) aux parents de jeunes enfants asthmatiques lors de la première prescription de chambre d'inhalation ; tenter d'apporter des pistes d'amélioration à ces pratiques.

**Méthodes :** Etude qualitative avec analyse en phénoménologie interprétative, auprès de douze MG de la région, sélectionnés en recherche de variation maximale, interviewés lors d'entretiens individuels semi-directifs. Analyse des données après chaque entretien, via le logiciel N-vivo ; codage des données. Triangulation des données.

**Résultats :** Les MG délivraient des informations dans le but d'éduquer les parents pour administrer efficacement les traitements, et réagir de façon adaptée. Ils expliquaient la maladie, les différents traitements inhalés et leurs modes d'actions. Ils présentaient la chambre d'inhalation et sa technique d'utilisation. Les consignes d'utilisation et d'entretien n'étaient pas délivrées de façon uniforme et systématique. Elles étaient parfois accompagnées d'une démonstration partielle ou complète, ou d'un support écrit. Ils donnaient des consignes de surveillance et conduites à tenir en cas de crise, et précisaient parfois les mesures préventives associées à appliquer. Ils voulaient créer un partenariat avec les parents en essayant d'adapter l'information à leurs connaissances et niveau de compréhension. Ils développaient des stratégies pour tenter de répondre aux appréhensions des parents, et renforcer l'adhésion thérapeutique. La compréhension des parents était évaluée de façon diverse selon les MG, de façon verbale ou non, parfois orientée ou par demande de démonstration. Le rôle éducatif était partagé avec les pneumopédiatres et les pharmaciens.

**Conclusion :** La démonstration, le plan d'action écrit, l'évaluation différente de la compréhension, un travail d'équipe coordonné et renforcé, via un infirmier de pratique avancé ou des assistants médicaux, sont des pistes d'amélioration.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François DUBOS

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Thavarak OUK

Madame le Docteur A. Clarisse SANTOS

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE