

België/Belgique
P.B.
Gand X
3/7326

Bureau de dépôt 9099 Gand X
Numéro d'agrégation : P305039

Journal de Pharmacie de Belgique

TRIMESTRIEL

3 | Septembre 2009



Recommandations en cas
d'oubli de la pilule contraceptive

Frequently Asked Questions
concernant la grippe A/H1N1

Evaluation de la saison de vaccination
antigrippale 2008 - 2009 en pharmacie

Automédication des troubles gastriques :
étude dans les pharmacies belges

L'administration des inhibiteurs
de la pompe à protons (IPP) aux petits
enfants ou aux patients ayant des
problèmes de déglutition ?

L'adhérence thérapeutique vue
sous l'angle d'une « habileté sociale » :
application à une population
de patients atteints de Schizophrénie

Antibiotiques délivrés sur conseil par le
personnel des pharmacies privées de la
ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire

APB

Association Pharmaceutique Belge
Algemene Pharmaceutische Bond

CDSP·CWOA
Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens
Centrum Wetenschappelijke Ontwikkeling voor Apothekers

Journal de Pharmacie de Belgique

2009, 3
ISSN 0047-2166

Publié par le Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens (CDSP) de l'Association Pharmaceutique Belge (APB)

Het Centrum Wetenschappelijke Ontwikkeling voor Apothekers geeft ook het *Farmaceutisch Tijdschrift voor België* uit.

Rédacteur en chef

Phn I. De Wulf

Bureau de Rédaction

Phn I. De Wulf
Phn N. Duquet
Phn L. Hauspie
Phn D. Kindermans
Phn L. Pétré
Phn J. Saevels
Phn J. Vervaeren
Phn M. Warnez

Secrétariat de Rédaction

cdsp.cwoa@mail.apb.be
Journal de Pharmacie de Belgique,
rue Archimède 11, B-1000 Bruxelles

Subscriptions 2009

Annual Subscription (4 issues) 139 €
(VAT excl.) subscriptions, back issues,
reprints cdsp.cwoa@mail.apb.be

Publicité

debacker.guy@mail.apb.be

Êtes-vous intéressé de publier dans le *Journal de Pharmacie de Belgique* ? Les Recommandations aux auteurs sont disponibles sur simple demande cdsp.cwoa@mail.apb.be.

Interested in publishing in the *Journal de Pharmacie de Belgique* ? Instructions for authors can be obtained on simple demand cdsp.cwoa@mail.apb.be.

Ed. Resp. L. Vansnick, Grotewinkellaan
83, 1853 Strombeek-Bever

Sommaire

Recommandations en cas d'oubli de la pilule contraceptive <i>De Wulf I.</i>	69
Frequently Asked Questions concernant la grippe A/H1N1	75
Evaluation de la saison de vaccination antigrippale 2008 - 2009 en pharmacie <i>De Bruyn K., Saevels J.</i>	79
Automédication des troubles gastriques : étude dans les pharmacies belges <i>Mehuys E., Verrue C., Van Bortel L., De Bolle L., Van Tongelen I., Remon J.-P., De Looze D.</i>	84
L'administrer des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) aux petits enfants ou chez patients ayant des problèmes de déglutition ? <i>De Rocker H.</i>	89
L'adhérence thérapeutique vue sous l'angle d'une « habileté sociale » : application à une population de patients atteints de Schizophrénie <i>Baudrant-Boga M., Holtzmann J., Allenet B., Debeauchamp I., Giraud-Baro E.</i>	91
Antibiotiques délivrés sur conseil par le personnel des pharmacies privées de la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire <i>Hounsa A., De Mol P.</i>	99

FICHES PHARMACOLOGIQUES

- Etravirine (Intelence®)	105
- Acétate de zinc dihydraté (Wilzin®)	107

Contents

Recommendations for emergency contraception use <i>De Wulf I.</i>	
Frequently Asked Questions concernant la grippe A/H1N1	
Evaluation of influenza vaccination in community pharmacies 2008 – 2009 <i>De Bruyn K., Saevels J.</i>	
Self – medication of upper gastrointestinal symptoms: a community pharmacy study <i>Mehuys E., Verrue C., Van Bortel L., De Bolle L., Van Tongelen I., Remon J.-P., De Looze D.</i>	
The administration of proton-pump inhibitors in little children or patients with difficulties in deglutition <i>De Rocker H.</i>	
Treatment adherence as a social ability: a case of patients with schizophrenia <i>Baudrant-Boga M., Holtzmann J., Allenet B., Debeauchamp I., Giraud-Baro E.</i>	
Antibiotics dispensed upon the recommendation of staff in private dispensaries in Abidjan in the Ivory Coast <i>Hounsa A., De Mol P.</i>	

I. De Wulf

RECOMMANDATIONS EN CAS D'OUBLI DE LA PILULE CONTRACEPTIVE

Dans le numéro de mars 2008 des Folia Farmacotherapeutica, vous avez pu lire que nos voisins du nord avaient modifié les mesures à prendre en cas d'oubli de la pilule contraceptive. Domus Medica a également communiqué à ses membres les nouvelles recommandations en cas d'oubli de la pilule contraceptive et ce par le biais de sa revue spécialisée. Le présent article énumère les diverses recommandations existantes et les traduit également pour un usage en officine.

RECOMMANDATIONS SUIVANT L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

En 2004, l'OMS publiait ses recommandations simplifiées en cas d'oubli de la pilule contraceptive. Elle y distingue les pilules combinées (COC – Combined Oral Contraceptives / Contraceptifs oraux combinés) contenant 30 – 35 microgrammes d'éthinylestradiol et celles contenant 20 microgrammes voire moins d'éthinylestradiol. Les tableaux ci-dessous résument les recommandations de l'OMS en ce qui concerne les pilules combinées contenant

soit 30 - 35 microgrammes d'éthinylestradiol, soit 20 microgrammes voire moins d'éthinylestradiol.

Les recommandations de l'OMS peuvent être résumées comme suit :

- Lorsqu'une femme se rend compte qu'elle a oublié de prendre la pilule, le conseil primordial à donner est "Continuez la plaquette" : elle doit prendre la pilule oubliée au plus vite et continuer la plaquette comme prévu.
- Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la troisième semaine, la semaine sans pilule doit être supprimée.
- Des mesures contraceptives supplémentaires (généralement le préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs, lorsque :
 - Deux pilules ou plus à 20 microgrammes ou moins d'éthinylestradiol ont été oubliées ;
 - Trois pilules ou plus à 30 – 35 microgrammes d'éthinylestradiol ont été oubliées.

Si les recommandations ci-dessus ont été observées, une contraception d'urgence n'est recommandée qu'au cours de la semaine 1 de la plaquette et pour autant que la femme ait eu des rapports sexuels non protégés pendant la période sans pilule ou pendant la semaine 1 de la plaquette et qu'elle ait oublié :

- Deux pilules ou plus à 20 microgrammes ou moins d'éthinylestradiol ;
- Trois pilules ou plus à 30 - 35 microgrammes d'éthinylestradiol.

RECOMMANDATIONS SUIVANT NHG - STANDAARD

Fin 2007, la NHG (Médecine Générale Néerlandaise) élabore de nouvelles recommandations en matière "d'oubli de la pilule". Contrairement à celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle n'opère aucune distinction entre les diverses doses d'éthinylestradiol des pilules combinées et estime que, indépendamment de la dose d'éthinylestradiol :

- En cas d'oubli d'une seule pilule, les recommandations de l'OMS suffisent et qu'aucune mesure supplémentaire n'est nécessaire ;
- En cas d'oubli de 2 pilules ou plus au cours de la première semaine de la plaquette, en particulier au début de la plaquette, des mesures supplémentaires** sont indispensables. A ce niveau, les

Tableau 1: Recommandations selon l'OMS pour les femmes qui ont oublié une ou plusieurs pilules combinées (30 – 35 microgrammes d'éthinylestradiol)

Oubli d'une ou 2 pilules :

- Prendre au plus vite la (les) pilule(s) oubliée(s) et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*
- Des mesures contraceptives supplémentaires ne sont PAS nécessaires.

Oubli de trois pilules ou plus :

- Prendre au plus vite la dernière pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*
- Des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.
- **Semaine 1**
Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la première semaine de la plaquette (= prolongation de la semaine sans pilule) et que la femme a eu des rapports sexuels non protégés pendant la semaine 1 ou pendant la semaine sans pilule, une contraception d'urgence peut être envisagée.
- **Semaine 3**
Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la troisième semaine, il convient de continuer la plaquette normalement. Puis, d'entamer, sans interruption, une nouvelle plaquette. La semaine sans pilule est donc supprimée. Dans ce cas, une contraception d'urgence n'est PAS nécessaire.

* Si la femme a oublié plus d'une pilule, elle peut prendre la première pilule oubliée, puis soit continuer la prise des autres pilules oubliées, soit ne pas les prendre afin de respecter le planning normal de contraception.

En fonction de ce dont la femme pense se souvenir par rapport à l'oubli de la (des) pilule(s), elle peut prendre 2 pilules le même jour (1 au moment où elle s'en souvient, l'autre au moment normal de prise de la pilule, voire même conjointement).

recommandations de la NHG sont plus prudentes que celles de l'OMS.

*** On entend par mesures supplémentaires des mesures contraceptives supplémentaires, voire l'abstinence, jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs ainsi qu'une méthode contraceptive d'urgence dans la mesure où la femme a eu des rapports sexuels non protégés pendant la semaine sans pilule ou la semaine 1.*

Tableau 2: Recommandations selon l'OMS pour les femmes qui ont oublié une ou plusieurs pilules combinées (20 microgrammes ou moins d'éthinylestradiol)

Oubli d'une pilule :

- Prendre au plus vite la pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*
- Des mesures contraceptives supplémentaires ne sont PAS nécessaires.

Oubli de deux pilules ou plus :

- Prendre au plus vite la dernière pilule oubliée et finir ensuite la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*
- Des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.

■ **Semaine 1**

Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la première semaine de la plaquette (= prolongation de la semaine sans pilule) et que la femme a eu des rapports sexuels non protégés pendant la semaine 1 ou pendant la semaine sans pilule, une contraception d'urgence peut être envisagée.

■ **Semaine 3**

Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la troisième semaine, il convient de continuer la plaquette normalement. Puis, d'entamer, sans interruption, une nouvelle plaquette. La semaine sans pilule est donc supprimée. Dans ce cas, une contraception d'urgence n'est pas nécessaire.

** Si la femme a oublié plus d'une pilule, elle peut prendre la première pilule oubliée, puis soit continuer la prise des autres pilules oubliées, soit ne pas les prendre afin de respecter le planning normal de contraception.*

En fonction de ce dont la femme pense se souvenir par rapport à l'oubli de la (des) pilule(s), elle peut prendre 2 pilules le même jour (1 au moment où elle s'en souvient, l'autre au moment normal de prise de la pilule, voire même conjointement)

Plus simplement, on peut dire qu'en cas d'oubli d'une seule pilule contraceptive, le risque de grossesse est tellement faible que l'usage d'une contraception d'urgence équivaldrait à un surtraitement. Le risque de grossesse augmente proportionnellement au nombre de pilules oubliées et est maximal au début de la première semaine de prise de la pilule contraceptive. Le tableau 3 résume la gestion d'un oubli de la pilule aux Pays - Bas.

RECOMMANDATIONS EN BELGIQUE SUIVANT LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ SEXUELLE

Le groupe de travail sur la santé sexuelle a jugé que la distinction entre les pilules combinées à base de 20 microgrammes ou moins d'éthinylestradiol et à base de 30 – 35 microgrammes d'éthinylestradiol, compliquent les recommandations de l'OMS pour les acteurs de la santé et en particulier pour les utilisateurs de ces pilules. Aussi a-t-il décidé d'aligner ses recommandations sur celles élaborées aux Pays-Bas, à savoir que :

- En cas d'oubli d'une seule pilule au cours de la première semaine de la plaquette, AUCUNE contraception d'urgence n'est nécessaire.
- En cas d'oubli de 2 pilules ou plus au cours de la première semaine (2 jours consécutifs ou 2 jours non consécutifs, mais au cours de la première semaine), une contraction d'urgence est NECESSAIRE. De plus, des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont nécessaires jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant une période de 7 jours.

Les recommandations lors de l'oubli de plusieurs pilules au cours des deuxième et troisième semaines de la plaquette restent inchangées par rapport au consensus de 2005. Le diagramme ci-dessous résume ces recommandations. En outre, des conseils sont formulés pour les femmes qui ont eu des rapports sexuels sans recourir à un moyen contraceptif. Comme l'ovulation dépend de nombreux facteurs (maladie, stress, etc.) et est difficilement prévisible, il n'y a pas de jour sans risque. Une contraception d'urgence est toujours recommandée, quel que soit le moment du cycle (spontané).

Tableau 4: Conseils lorsqu'aucune contraception n'est instaurée

La femme n'utilise pas de contraception orale



- Prendre la contraception d'urgence le plus tôt possible. Au plus tard 72 heures (3 jours) après le rapport sexuel.
- Suivi:
 - Discuter des MST;
 - Surveiller les règles. Retard de 3 jours possible. Recommander un test de grossesse si le retard dépasse 7 jours.
- Pas de protection assurée durant le reste du cycle.

Tableau 3: Recommandations selon NHG en cas d'oubli de la pilule

Période	Nombre de pilules oubliées	Recommandations
Indépendamment du moment	1	- Prendre la pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu. - Aucune mesure supplémentaire n'est nécessaire.
Semaine 1	2 ou plus	- Prendre la dernière pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu. - Au besoin, contraception d'urgence. - Contraception supplémentaire ou abstinence jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.
Semaine 2	2 ou 3	- Prendre la dernière pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu. - Aucune mesure supplémentaire n'est nécessaire.
	4 ou plus	- Prendre la dernière pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu. - Contraception supplémentaire ou abstinence jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.
Semaine 3	2 ou plus	- Prendre la dernière pilule oubliée, finir la plaquette comme prévu ET entamer une nouvelle plaquette SANS interruption entre les 2 plaquettes. OU - Interruption de 7 jours à partir de la première pilule oubliée.

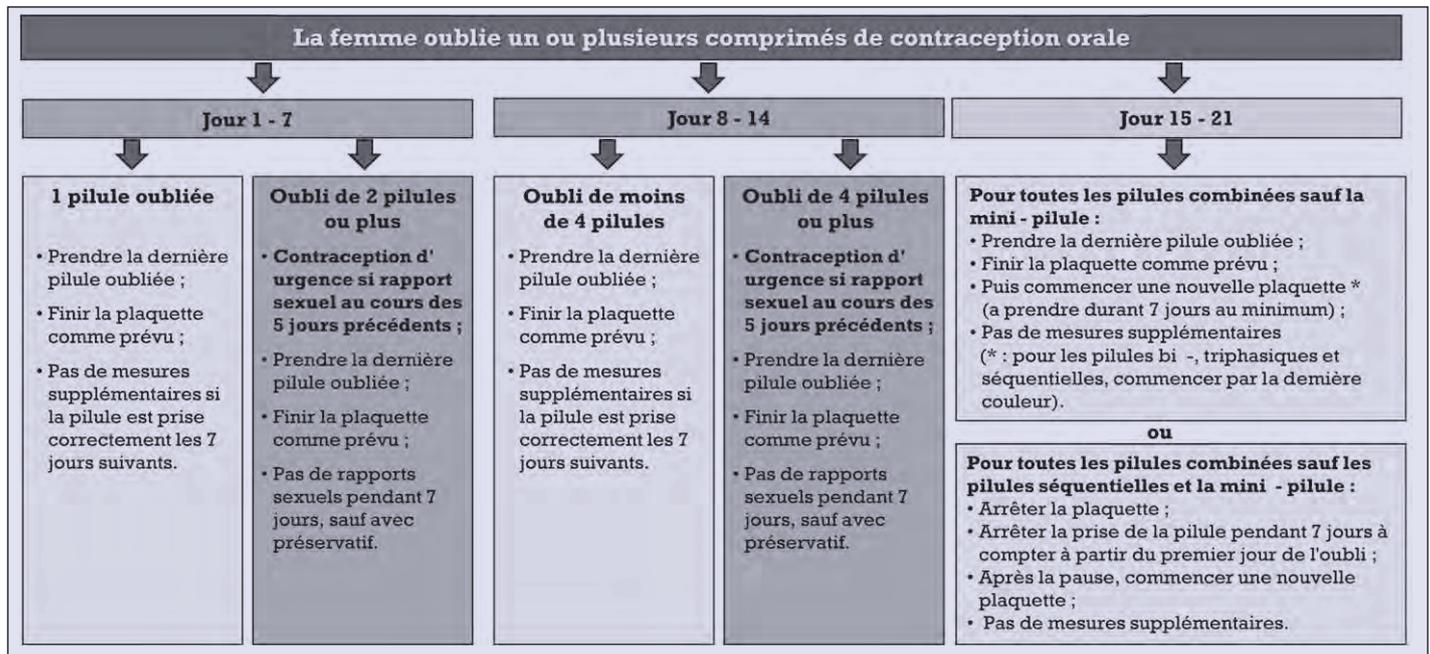


Figure 1: Conseils lors de l'oubli de la pilule contraceptive.

Ces conseils ne sont valables qu'en cas d'oubli "occasionnel" de la pilule. Si les oublis sont fréquents (comprenez presque chaque semaine), d'autres conseils peuvent être indiqués. Il est, dans ce cas, opportun de recommander à la patiente de consulter son médecin pour envisager un autre moyen de contraception.

Méthodes de contraception d'urgence disponibles

La méthode de contraception d'urgence la plus utilisée est la **pilule du lendemain**. Elle ne contient que du lévonorgestrel (Norlevo®, Postinor® : 1 tablette de 1,5 mg ou Postinor® : 2 tablettes de 0,75 mg). La prise doit se faire le plus rapidement possible après les rapports sexuels non protégés, et endéans les 72 heures (3 jours)¹.

Vient ensuite le **stérilet** (= dispositif intra - utérin en cuivre) en tant que contraceptif d'urgence. Ce stérilet peut être implanté jusqu'à 5 jours après les premiers rapports sexuels non protégés. S'il existe un risque d'infection lors de la pose du stérilet (en cas de suspicion de MST), il est recommandé d'administrer des antibiotiques à titre préventif (1 g d'azithromycine ou 100 mg de doxycycline à raison de 2 x par jour pendant 7 jours).

La **méthode "2x2"** ou **méthode Yuzpe** est moins efficace que la pilule du lendemain et n'est désormais plus recommandée en raison également d'effets indésirables plus importants. Elle peut toutefois constituer une alternative pour autant que les autres méthodes de contraception d'urgence ne soient pas accessibles. Elle consiste en l'administration de deux doses de 100 mg d'éthinylestradiol et de 1 mg de norgestrel (ou 0,5 mg de lévonorgestrel) à 12 heures d'intervalle et ce endéans les 72 heures suivant le rapport non protégé. Cette méthode équivaut à la prise de deux fois 5 comprimés de Microgynon 20® ou de Lowette®.

Quand faut-il appliquer quelle méthode de contraception d'urgence ?

La pilule du lendemain a une grande efficacité : 95 % pour autant qu'elle soit prise dans les 24

heures. Cette efficacité diminue toutefois avec le temps : 85 % après 24 - 48 heures, 58 % pour une prise après 48 - 72 heures. Les effets secondaires sont modérés : nausée, douleurs au niveau de la poitrine, fatigue, spotting. Ces effets disparaissent généralement dans les 48 heures suivant la prise.

Le stérilet empêche la nidation de l'ovule fécondé et est efficace quasi à 100 %. La pose du stérilet peut engendrer une infection. Le risque d'infection est plus grand en présence d'une MST. L'administration d'antibiotiques à titre préventif s'impose dans certains cas.

Malgré une moins grande efficacité, mais en raison de ses effets secondaires limités, de sa grande accessibilité (peut être obtenue sans prescription) et de sa facilité d'utilisation, la pilule du lendemain est la méthode la plus fréquemment utilisée et, dans la majorité des cas, elle est aussi le premier choix. Toutefois, dans certaines circonstances spécifiques, le stérilet mérite d'être envisagé et doit alors faire l'objet d'une discussion entre le médecin et la femme.

Situations où la pose d'un stérilet doit être évaluée :

- La femme se présente tardivement (plus de 72 heures APRES des rapports sexuels non protégés).
- La femme est sous traitement de puissants inducteurs enzymatiques (par exemple : carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, rifampicine, ritonavir, millepertuis).
- La femme chez qui aucune méthode contraceptive n'a été mise en place et qui se trouve en période d'ovulation, à savoir 6 jours avant jusqu'à 4 jours après l'ovulation. *Pour rappel, le premier jour des règles est le premier jour du cycle, un cycle dure environ 28 jours et l'ovulation a lieu*

environ 14 jours avant les règles menstruelles suivantes (la fin du cycle).

- La femme qui ne dispose d'aucune contraception et qui envisage la pose d'un stérilet en tant que futur moyen de contraception.

RECOMMANDATIONS DU PHARMACIEN EN CAS DE RAPPORTS SEXUELS NON PROTÉGÉS

Directives de prise en charge

Depuis que la pilule du lendemain (Norlevo®, Postinor®) est délivrée sans prescription, le pharmacien vérifie avec la femme s'il est préférable – sinon indispensable – de consulter un médecin ou un centre spécialisé. Les cas ci - dessous requièrent une telle consultation lors de la délivrance de la pilule du lendemain :

- *Aucune méthode contraceptive n'est instaurée.* Motivez la femme à consulter son médecin afin de démarrer un traitement contraceptif. Indiquez à la femme que la pilule du lendemain n'est qu'une méthode contraceptive occasionnelle - une bouée de sauvetage - qui ne peut en aucun cas remplacer une méthode contraceptive classique. En outre, pendant la période d'ovulation (période de risque accru de grossesse – 6 jours avant et 4 jour après l'ovulation), il convient de discuter avec le médecin de la pose éventuelle d'un stérilet.
- *Prise répétée pendant le même cycle menstruel.* Si nécessaire, la femme peut prendre 2 pilules du lendemain au cours d'un seul et même cycle, mais cela indique clairement qu'elle a un problème au niveau de son comportement contraceptif ! Elle doit également prendre conscience du fait que le cycle peut en être perturbé (ce qui ne constitue pas un problème médical en soi).
- *Adolescentes de moins de 14 ans.* Au besoin, aidez la patiente à prendre les contacts recommandés.
- *Suspicion d'abus sexuel.*
- *Prise conjointe d'inducteurs enzymatiques* (par exemple : carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, rifampicine, ritonavir, millepertuis) à cause d'une efficacité probablement réduite.
- *Présence de diarrhées graves, de vomissements importants ou d'un syndrome sérieux de malabsorption* (par exemple : maladie de Crohn) à cause d'une efficacité probablement réduite.
- *Présence de dysfonctionnements hépatiques graves.*
- *Antécédents de grossesse extra - utérine, infection des trompes ou pertes de sang anormales.*

Ne délivrez pas la pilule du lendemain, mais renvoyez la patiente vers le médecin pour une solution alternative, si :

- Les rapports sexuels non protégés se sont déroulés plus de 72 heures (3 jours) plus tôt.
- Allergie connue au lévonorgestrel ou à un des composants de la pilule d'urgence. Une allergie au lévonorgestrel se présente extrêmement rarement et ne peut être confirmée qu'en présence d'une allergie connue à un contraceptif oral. La femme doit, dans ce cas,

consulter un médecin.

- Suspicion de grossesse, par exemple absence des règles au terme de 28 jours, saignements intermenstruels, dernières règles plus courtes et moins importantes qu'à l'accoutumée. La délivrance de la pilule du lendemain, en cas de grossesse avérée, est inutile. La femme doit consulter son médecin afin de confirmer une grossesse éventuelle.

Est - ce que la contraception d'urgence s'impose ?

Lorsqu'une personne se présente en pharmacie avec des questions relatives aux mesures à prendre en cas d'oubli de pilules contraceptives ou avec une question précise sur la pilule du lendemain, il convient de déterminer, par une discussion, si la contraception d'urgence s'impose effectivement. Pour ce faire, il faut vérifier judicieusement si les informations reçues concernant le moment du rapport non protégé, du nombre de pilules oubliées, ... sont exactes et complètes, et ce certainement si la femme ne se présente pas en personne. Les questions suivantes doivent être posées avant délivrance de la pilule du lendemain :

- **À qui** est destinée la pilule du lendemain ? La délivrance de la pilule du lendemain se fait de préférence à la patiente elle-même. Il arrive toutefois fréquemment que vous soyez confrontés à un membre du cercle d'amis ou de la famille. Ici aussi, il importe de communiquer les informations utiles et de souligner l'importance de consulter un médecin si aucune méthode contraceptive n'a été mise en place. Un dépliant reprenant toutes ces recommandations n'est pas un luxe superflu.
- Pourquoi pensez - vous avoir **besoin** d'une contraception d'urgence ? **Quand** ont eu lieu les rapports sexuels non protégés ? **Quand** avez - vous eu vos dernières règles ? Demandez également si d'autres actions ont déjà été entreprises (par ex.: si la femme a consulté un médecin) et évaluez l'état mental de la femme et les circonstances dans lesquelles les rapports sexuels se sont déroulés. Ces questions vous permettront d'évaluer la nécessité d'une contraception d'urgence. A cet effet, vous devez opérer une distinction entre les femmes sous traitement contraceptif hormonal et les femmes sans méthode contraceptive ou avec une méthode contraceptive défailante (par ex. : rupture du préservatif). Voyez à ce sujet l'arbre décisionnel (à consulter sur le site www.apb.be/cdssp-cwoa).

Femme sans traitement contraceptif, sans ou avec préservatif défailant.

Dans ces cas, il n'y a pas de jour sans risque. Une contraception d'urgence est indispensable.

Femme sous traitement contraceptif.

La contraception d'urgence n'est nécessaire qu'en cas d'oubli de 2 pilules ou plus au cours de la première semaine de la plaquette contraceptive. La contraception d'urgence s'impose également avec :

Microlut® si la prise s'est faite plus de 3 heures après le moment prévu ;

Cerazette® ou **Mirelle®** si la prise s'est faite plus de 12 heures après le moment prévu.

- La patiente prend - elle **d'autres médicaments**, en dehors du contraceptif habituel ?

Les *inducteurs enzymatiques* puissants tels que carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, millepertuis, rifampicine et ritonavir peuvent éventuellement inhiber l'efficacité de la pilule du lendemain, car ils accélèrent la décomposition du lévonorgestrel. Les valeurs plasmatiques du lévonorgestrel peuvent même chuter jusqu'à 40 %. Aucune étude sur les effets d'un accroissement de la dose de lévonorgestrel n'a été réalisée. Certains spécialistes préconisent d'augmenter la dose de lévonorgestrel jusqu'à un maximum de 3 mg. Ceci n'est toutefois consigné dans aucune directive et dans aucune notice scientifique. Mieux vaut envisager la pose d'un stérilet.

Si le pharmacien estime qu'une contraception d'urgence s'impose, il / elle doit décider si la pilule du lendemain est la méthode appropriée ou s'il convient d'envisager la pose d'un stérilet. Dans les cas ci - dessous, la délivrance de la pilule du lendemain n'est pas un premier choix. La pose d'un stérilet doit être envisagée et discutée avec le médecin si :

- La femme se présente tardivement à l'officine (> 72 heures après les rapports sexuels non protégés et l'oubli des pilules).
 - 2ème délivrance ou délivrance répétée au cours d'un même cycle menstruel
 - Prise simultanée d'inducteurs enzymatiques puissants (carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, ritonavir et rifampicine, millepertuis)
 - Période à haut risque de grossesse chez les femmes sans contraceptif (6 jours avant et 4 jours après la période estimée d'ovulation).
- La pose d'un stérilet peut se faire jusqu'à 5 jours suivant les rapports sexuels non protégés.

Conseils à donner lors de la délivrance de la pilule du lendemain :

- **Bon usage** : la pilule du lendemain doit être prise dans les meilleurs délais et au plus tard 72 heures après le rapport non protégé ou l'oubli des pilules.
- **Effets indésirables éventuels** : règles irrégulières chez 1 femme sur 2 (fort tardives – fort hâtives) ; 1 femme sur 4 présente des effets secondaires légers : nausées, douleurs au niveau de la poitrine, maux de tête voire fatigue.
- En cas de **vomissements** dans les 3 heures suivant la prise, il faut reprendre immédiatement une nouvelle pilule du lendemain.
- **Conseils supplémentaires** :
La pilule du lendemain **ne** protège **pas** la patiente lors de nouveaux rapports sexuels. Si la femme a oublié de prendre plusieurs pilules, le recours à un préservatif ou l'abstinence s'impose jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.
- Motivez votre patiente à **consulter un médecin pour** la mise en place d'une **bonne méthode**

contraceptive, des informations quant aux risques posés par les **MST**.

- **Après la prise de la pilule du lendemain, la femme doit contacter son médecin** si les règles tardent de plus de 7 jours. 1 femme sur 100 se retrouve enceinte malgré la contraception d'urgence.

L'utilisation répétée de la pilule du lendemain n'a pas de grave conséquence, mais démontre que la femme a des problèmes de comportement contraceptif. Elle dérèglera le cycle menstruel et mènera probablement à des règles abondantes, des saignements intermenstruels, etc. En outre, l'efficacité de la pilule du lendemain est moindre que celle de la pilule contraceptive normale et ne peut la remplacer. Les femmes qui viennent régulièrement chercher des pilules du lendemain doivent être orientées vers une méthode contraceptive à long terme plus fiable.

Quand faut - il recommander un test de grossesse ?

Un test de grossesse est recommandé lorsque la présence d'une grossesse ne peut être exclue avec certitude, par exemple lorsque :

- La femme ne peut donner des informations précises sur son cycle, le moment de l'oubli des pilules, ... ;
- Il y a un doute quant à la fiabilité des informations fournies par la femme ou par son représentant ;
- La pilule du lendemain a déjà été prise au cours du même cycle ;
- Les règles tardent de plus de 7 jours, même après la prise de la pilule du lendemain ;
- Les dernières menstruations étaient atypiques : trop longues, trop courtes, trop fortes, trop faibles, ...

Faut - il toujours disposer d'une pilule du lendemain chez soi ?

La délivrance de la pilule du lendemain en vue de la constitution d'un stock ou d'une réserve, doit être envisagée au cas par cas. Cette réserve ne permet pas d'évaluer aisément le besoin de consulter un médecin, de déterminer si les rapports sexuels étaient voulus, de formuler des recommandations supplémentaires dans ce contexte,

Il est raisonnable de disposer d'une pilule du lendemain chez soi lorsque le préservatif est utilisé en tant que méthode contraceptive. Nul n'est à l'abri d'un "petit accident". Les femmes qui recourent à une méthode contraceptive hormonale n'ont pas vraiment besoin de constituer une réserve : la prise de la pilule du lendemain n'est pas toujours indispensable ; de plus, il ne faut pas oublier que des mesures contraceptives supplémentaires sont indispensables pendant les 7 jours qui suivent l'oubli des pilules. De même, les recommandations sur la prise correcte de la plaquette ne sont pas nécessairement adaptées au jour de la plaquette concerné. Il convient d'insister, auprès des femmes qui ne disposent pas d'une

méthode contraceptive, qu'il est primordial d'avoir une bonne méthode contraceptive et que la pilule du lendemain n'est qu'une bouée de sauvetage.

CONCLUSION

La délivrance de la pilule du lendemain en pharmacie exige un questionnement au cours duquel le pharmacien vérifie, en premier lieu, si la délivrance est effectivement indispensable. Parallèlement, il incombe au pharmacien d'estimer si une consultation auprès d'un médecin est recommandée pour la personne concernée. En cas de suspicion de rapports sexuels non consentants ou en présence de très jeunes patientes, le pharmacien peut, avec l'accord de la patiente, apporter son aide dans l'initiation d'un premier contact avec le médecin. Le pharmacien doit également avoir conscience du fait que, dans certains cas, la pose d'un stérilet est préférable à la délivrance de la pilule du lendemain. S'il pressent toutefois de la réticence de la patiente à ce sujet, cela ne peut empêcher la délivrance de la pilule du lendemain. Comme pour toute délivrance médicamenteuse, il se doit de fournir à la patiente une information correcte et complète. Pour ce faire, il est conseillé de recourir à des dépliants.

MOT DE REMERCIEMENT

L'auteur remercie le Dr Anne Verougstraete ainsi que les autres membres du groupe de travail sur la santé sexuelle. Ce groupe de travail rassemble des représentants de Domus Medica, de l'APB, des unités d'enseignement et de recherche en médecine générale et des unités d'enseignement et de recherche en gynécologie des 4 universités flamandes, de l'Association Flamande d'Obstétrique et de Gynécologie, de l'asbl 'Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg' et de Sensoa.

Adresse de la rédaction

Phn. Isabelle De Wulf
Service Projets Scientifiques
- CWOA - APB,
rue Archimède 11,
1000 Bruxelles

dewulf.isabelle@mail.apb.be

NOTE

1. La firme Besins envisage de lancer sur le marché belge, dès octobre, un nouveau médicament de contraception d'urgence. Il s'agit d'EllaOne® qui contient 30 mg d'acétate d'ulipristal. L'acétate d'ulipristal est un puissant modulateur des récepteurs de la progestérone par voie orale. L'indication thérapeutique est la contraception d'urgence dans les 120 heures (5 jours) suivant des rapports sexuels non protégés ou une défaillance de la méthode contraceptive.

RÉFÉRENCES

- ANONYME. *Standaard Nood-anticonceptiva 2004*. Service scientifique APB.
- ANONYME. *NHG-standaard Hormonale anticonceptie*. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003.
- ANONYME. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2004.
- BEUTLER M., CERISE C. et al. *Conseils sur la contraception d'urgence: mise à jour*. Pharmajournal 2008 - 04; p. 5 - 12.
- ANONYME. *Que faire en cas d'oubli de la pilule de la pilule contraceptive?* Folia Pharmacotherapeutica, mars 2008; p. 23.
- BOUKES FS, VAN DER DOES F. et al. *Addendum de NHG-standaard Hormonale anticonceptie*. Huisarts & Wetenschap 2007 - 07; 50(8); p. 379 - 380.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS CONCERNANT LA GRIPPE A/H1N1

Ci-dessous quelques questions et réponses courtes sur la grippe A/H1N1 auxquelles vous pourriez être confrontés dans votre officine.

Quels sont les symptômes de la grippe A/H1N1 ?

Les symptômes sont habituellement semblables aux symptômes de la grippe saisonnière, c'est-à-dire une poussée de fièvre soudaine, des douleurs musculaires, de la fatigue et des symptômes respiratoires pouvant s'accompagner de diarrhée, de vomissement et de malaise général. Ce sont principalement les symptômes gastro-intestinaux qui ne sont pas typiques de l'infection à influenza, mais qui ont déjà été signalés pour la grippe A/H1N1.¹

Comment se transmet la grippe A/H1N1 ?

Le virus de la grippe A/H1N1 se transmet principalement par voie aérienne par des gouttelettes de salive émises lors de la toux ou de l'éternuement. Les gouttelettes, qui se déplacent dans l'air, peuvent donc contaminer une personne directement via la respiration. Par ailleurs, les virus peuvent arriver via l'air sur les objets. La contamination peut donc se produire si une personne touche un objet contaminé et qu'elle touche ensuite ses yeux, son nez ou sa bouche. Les postillons sont aussi transmis par les mains (en mettant sa main devant sa bouche lors de la toux) via des objets qui ont été touchés par celles-ci.¹

Quelle est la période d'incubation de la grippe A/H1N1 ?

La période d'incubation (le temps qui s'écoule entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes) est selon les connaissances actuelles de 2 à 7 jours après la contamination voir 10 jours au maximum.¹

Comment se protéger de la grippe A/H1N1 ?

Les autorités recommandent de suivre les règles d'hygiène élémentaires suivantes⁷:

- Éviter tout contact avec une personne qui est de tout évidence malade et de garder autant de distances que possible.
- Se laver régulièrement les mains au savon et à l'eau. Les nettoyants pour les mains à base d'alcool sont aussi efficaces.
- Éviter autant que possible de toucher les yeux, le nez et la bouche. Les germes pathogènes se propagent souvent quand quelqu'un touche une surface conta-

minée et ensuite les yeux, le nez et la bouche.

- En cas de symptômes grippaux, il faut couvrir la bouche et le nez d'un mouchoir en papier qui est jetté à la poubelle après usage.
- Toujours se laver les mains après avoir éternué ou toussé pour éviter de transmettre les germes responsables de la maladie à d'autres personnes.

Vous pouvez retrouver ces règles sous forme de brochure pour les patients sur le site web du Commissariat Interministériel Influenza

http://www.influenza.be/fr/_documents/brochure_5_points_FR_A5.pdf.

A côté de cela, il faut également conseiller un mode de vie sain (pratiquer une activité physique, choisir une alimentation saine et se reposer suffisamment)

Le port d'un masque par des personnes saines n'est pas conseillé. Le masque chirurgical ne donne pas assez de protection (cfr. infra) et ne sert que pour le malade lui-même. Les masques FFP2 sont pour le moment réservés aux soignants qui entrent en contact étroit avec le malade.¹

Que puis-je faire pour éviter la contamination de mes patients dans mon officine ?

- **La monnaie est-elle porteuse du virus ?**
- **Les touches de l'ascenseur de l'hôtel sont-elles porteuses du virus ?**

La transmission du virus se passe par voie aérienne (en toussant, en éternuant ou par la salive), mais le virus peut également être transmis par les mains et les objets contaminés. Les autorités conseillent à tous les citoyens de suivre quelques mesures d'hygiène de base, à savoir de surtout se laver les mains le plus souvent possible. Les produits à base d'alcool peuvent aussi être efficaces pour se désinfecter les mains.¹

De ce point de vue, il est utile de désinfecter régulièrement les touches du bancontact ainsi que les clinches de portes et le comptoir où l'on délivre les médicaments. Nous avons pu lire dans les protocoles des « points de contact locaux » qu'une désinfection à raison de 2 fois par jour était requise. Tous les désinfectants avec une activité virucide peuvent être utilisés à cet usage. L'alcool désinfectant semble être approprié car il est volatil et n'abîme pas la plupart des matériaux. Le temps de contact doit être suffisamment long. Ne nettoyez donc pas de trop grandes surfaces avec seulement un chiffon !

Sur le site web de l'APB, sous le bouton 'La grippe A / H1N1 et le pharmacien', vous trouverez tous les articles et informations utiles sur la grippe A/H1N1 et sur le rôle du pharmacien dans le cas d'une éventuelle pandémie. Le dépliant - patients 'Grippe mexicaine - L'affaire de tous !' peut être téléchargé directement via www.apb.be/materiels-patients.

Le vaccin contre la grippe saisonnière est-il efficace contre la grippe A/H1N1 ?

Il y a certaines similitudes entre les virus humains de la grippe H1N1 (couverts par le vaccin saisonnier) et la grippe A/H1N1, de sorte que l'on ne peut exclure une certaine protection. Cependant, des investigations doivent être entreprises pour déterminer si c'est le cas. Ces investigations sont en cours, mais prennent un certain temps. Momentanément, il faut considérer que seul le vaccin spécifique A/H1N1 va offrir une protection contre la grippe A/H1N1.¹ Selon l'agence européenne du médicament (EMEA), le vaccin de la grippe saisonnière n'est pas efficace contre la grippe A/H1N1.²

Que puis-je faire pour me protéger si je dois voyager dans les pays touchés par le virus ?

Les voyageurs doivent suivre les précautions d'usage contre les infections respiratoires s'ils voyagent dans des zones où des cas de grippe A/H1N1 ont été rapportés.¹

- La personne qui présente durant son séjour des symptômes grippaux, doit convoquer un médecin à son adresse de séjour. Il est conseillé de ne pas se rendre chez le médecin ou un hôpital mais d'attendre que le médecin passe faire sa consultation chez lui. Si la personne a besoin de soins médicaux, il ne doit pas hésiter à faire appel à son accompagnateur ou au personnel de l'hôtel.
- La personne qui présente durant son séjour des symptômes grippaux, doit également éviter tout contact avec d'autres personnes avant qu'un médecin n'ait fait son diagnostic.
- Pour éviter toute transmission de la grippe A/H1N1 en vacances, il est conseillé aux voyageurs de suivre les mesures d'hygiène reprises ci-dessus.
- Il est inutile pour le voyageur de prendre un masque avec lui. Ces masques ne protègent pas suffisamment contre la transmission et ne sont nécessaires que si le malade le porte pour éviter la contamination de son entourage direct.
- Si la personne présente les symptômes de la grippe 7 jours après son retour, il doit prendre contact avec son médecin traitant et attendre que le médecin passe chez lui. Son médecin traitant est averti par le Commissariat Interministériel Influenza des procédures à suivre et est la personne la plus apte à juger de la contamination possible.

Quelles sont les précautions nécessaires pour les voyageurs au retour des zones affectées par le virus de la grippe A/H1N1 ?

Les voyageurs qui reviennent des zones touchées doivent être attentifs à leur état de santé. Si dans les sept à dix jours qui suivent leur retour, un ou plusieurs des symptômes énumérés ci-dessus surviennent, les voyageurs doivent s'isoler et contacter immédiatement leur médecin généraliste.

- Fièvre
- Symptômes respiratoires comme une toux ou un écoulement nasal
- Gorge endolorie
- Autres symptômes possibles comme:
 - o Courbatures
 - o Mal de tête
 - o Frissons
 - o Fatigue
 - o Vomissement ou diarrhée (non typique pour la grippe mais rapportés par certains cas récents de grippe A/H1N1).

Dès que ces symptômes apparaissent, il est recommandé de porter un masque et d'utiliser chaque heure un nouveau masque. Le port de ce masque diminuera l'émission de gouttelettes de salive émises lors de la toux ou en parlant.¹

Vous trouverez ci-dessous quelques conseils pour l'utilisation du masque:

- Couvrez le plus soigneusement possible votre nez et votre bouche avec le masque.
- Lorsque vous portez un masque, touchez-le le moins possible avec vos mains. Lorsque vous devez le toucher, lavez-vous les mains par après.
- Après une longue utilisation, le masque peut devenir humide. Remplacez-le.

Dois-je porter un masque pour me protéger du virus ?

Pour le moment, nous sommes en phase 6 de l'OMS. Seuls les professionnels de la santé et les personnes en contact régulier et rapproché avec les malades portent des masques de type FFP2. Les masques chirurgicaux donnent une protection insuffisante et ne doivent être portés que par les malades pour éviter ainsi une propagation.¹

Qu'est-ce qu'un masque de type FFP2 ?

Le masque FFP2 filtre les particules venant de l'extérieur vers l'intérieur. Il est destiné principalement aux professionnels de la santé et aux personnes en contact régulier et rapproché avec des malades. Il a un taux de filtration de 95% et a été désigné par toutes les autorités de la santé dans le monde pour être distribué le cas échéant.¹

Que peut-on faire en tant que pharmacien pour notre propre protection et celle du personnel en officine en cas de pandémie grippale ?

Vu les nombreux contacts du pharmacien avec des patients potentiellement malades, il est préférable de protéger le personnel contre cette contamination, par exemple en portant des masques FFP2 spécialement conçus pour les professionnels de la santé. Nous vous conseillons d'avoir des masques FFP2 en stock pour usage personnel vu que le risque de rupture de stock ne peut être exclu.

Dans la liste suivante vous trouverez les CNK ainsi que les fournisseurs des différents types de masques encore en stock après un rapide sondage.

Pour info :

- La valve sert uniquement à contrecarrer la condensation de l'air expiré. La valve n'a pas d'autres avantages que de faciliter son utilisation (surtout pour les collègues portant des lunettes).
- Kimberly Clark a également de tels masques dans sa gamme. Ceux-ci n'ont pas de code-CNK.
- Sont également repris dans la liste ci-dessous les masques FFP3. Ceux-ci offrent une plus grande protection contre les pathogènes dans l'air. Les masques FFP1 offrent un niveau de protection plus faible. Les autorités conseillent l'utilisation de masques FFP2 pour les professionnels de la santé.
- Pour les patients infectés, l'utilisation d'un simple masque chirurgical suffit.
- En cas de rupture de stock, vous pouvez toujours vous adresser à des magasins de bricolage. Ces masques contre les poussières fines sont souvent utilisés par les ouvriers sur les chantiers etc. Veuillez toutefois vérifier qu'ils soient bien de type FFP2.

CNK	nom
2057420	3M MASQUE RESPIRATOIRE AVEC VALVE 1 PIECE FFP2
2057412	3M MASQUE RESPIRATOIRE AVEC VALVE 10 PIECES FFP2
2267227	3M MASQUE RESPIRATOIRE AVEC VALVE 1 PIECE FFP3
2267235	3M MASQUE RESPIRATOIRE AVEC VALVE 10 PIECES FFP3
2267193	3M MASQUE RESPIRATOIRE SANS VALVE 1 PIECE FFP2
2267185	3M MASQUE RESPIRATOIRE SANS VALVE 20 PIECES FFP2
2267219	3M MASQUE RESPIRATOIRE SANS VALVE 1 PIECE FFP3
2267201	3M MASQUE RESPIRATOIRE SANS VALVE 20 PIECES FFP3

Il est évident qu'un membre du personnel qui a attrapé la grippe doit, de préférence, rester chez lui dès les premiers symptômes. La contamination a surtout lieu au début du stade grippal. Il serait éventuellement opportun de le communiquer à ses collègues de travail.

Ventiler régulièrement les lieux publics.

Si je suis contaminé par le virus, quel type de masque dois-je porter pour ne pas contaminer mon entourage ?

Les masques chirurgicaux sont destinés pour les patients qui sont contaminés par le virus et ont pour but d'éviter la transmission du virus.

Ci-dessous, vous trouverez quelques conseils pour l'utilisation du masque :

- Couvrez soigneusement votre nez et votre bouche avec le masque.
- Dès que vous portez le masque, il est déconseillé de toucher le masque avec les doigts. Si cela devait tout de même se produire veuillez nettoyer vos mains.
- Après un usage prolongé, le masque peut être saturé en humidité. Veuillez le changer.

Qu'arrivera-t-il si je suis contaminée par le virus de la grippe A/H1N1 pendant ma grossesse ? Dois-je me faire du souci ?

Non. Tout d'abord, le risque que court une femme enceinte d'être infectée par le virus n'est pas plus grand que pour le reste de la population. Nous ne savons pas encore si le virus est plus dangereux pour les femmes enceintes (ou pour les fœtus et les bébés). Les données dont nous disposons actuellement sur les femmes enceintes contaminées par le virus de la grippe A/H1N1 vont dans le sens d'un risque accru de complications comme la pneumonie et d'un tableau plus grave. Il n'y a pas non plus de données unanimes sur le risque de possibles malformations congénitales. Dans cette optique, les femmes enceintes (éventuellement) infectées, doivent prendre contact le plus rapidement possible avec leur médecin traitant qui prescrira le traitement qui leur conviendra le mieux.¹

Puis-je prendre des antiviraux ou des antipyrétiques si je suis enceinte ? Quel en sera l'effet sur le fœtus ?

Fièvre : seuls les médicaments avec pour principe actif le paracétamol sont appropriés pour combattre la fièvre chez les femmes enceintes.⁶

Maux de gorge : les formes à usage local avec de la lidocaïne peuvent être utilisées pendant la grossesse et l'allaitement.⁶

Rhinites : en théorie, les alpha-sympaticomimétiques tels que la xylométazoline, l'oxymétazoline et la tramazoline provoquent une vasoconstriction des vaisseaux sanguins placentaires. Ceux-ci sont donc relativement contre-indiqués pendant la grossesse. Une solution physiologique peut quant à elle être délivrée.⁶

Antiviraux : Tamiflu® et Relenza® peuvent être prescrits à des patients à risque tels que les femmes enceintes, même après 48 heures. Relenza® (zanamivir) est considéré comme l'antiviral le plus adapté pour les femmes enceintes vu son administration par inhalation. De cette façon, la concentration sanguine est plus faible et la quantité qui atteint le fœtus aussi. L'absorption de zanamivir par inhalation est d'environ 10%.

Il n'y a que peu d'informations disponibles sur l'effet de ces antiviraux sur les femmes enceintes et les bébés (ou les fœtus), mais on n'a pas constaté d'effets secondaires graves. Selon l'Agence Européenne des Médicaments (EMA), en cas de grossesse et d'allaitement, les avantages de ces antiviraux contrebalancent leurs désavantages dans le contexte d'un nouveau virus de la grippe en situation de pandémie. Pour les gripes saisonnières habituelles, les recommandations des notices restent d'application (à ne pas utiliser pendant la grossesse sauf si le bénéfice attendu pour la mère est plus important que le risque potentiel pour le fœtus).³

Vous trouverez de plus amples informations sur : <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/28766209en.pdf>

Puis-je allaiter mon bébé si je suis infectée par le virus de la grippe A/H1N1 ou si je prends des antiviraux ?

Absolument ! Le lait maternel aide le bébé à lutter contre la maladie, ce qui est très important pour les jeunes bébés dont le système immunitaire est encore en plein développement. Allaiter votre bébé aussi régulièrement que possible ! Si vous vous sentez trop malade pour allaiter votre bébé, utilisez une pompe et donnez le lait ainsi exprimé à votre bébé. Vous pouvez aussi allaiter votre bébé si vous prenez des antiviraux.¹

Il faudrait nuancer cette réponse ci-dessus du gouvernement en disant que ceci constitue une exception à la règle. L'EMA est d'avis que, même si on a pu constater le passage de l'oseltamivir et du zanamivir dans le lait maternel chez le rat, il ne semble pas y avoir d'effets tératogènes ou toxiques. C'est pour cela que le CHMP est d'avis que les avantages en cas d'une pandémie A/H1N1 sont plus grands que les risques.³ Cette ligne de conduite vaut uniquement en cas d'une pandémie A/H1N1 et n'est donc pas repris dans la notice.

Vous trouverez de plus amples informations sur : <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/28766209en.pdf>

Un bébé de moins d'un an peut-il prendre des antiviraux ?

Le CHMP s'est aussi penché sur le sujet. Ils sont arrivés à la conclusion qu'une dose de 2 jusqu'à 3 mg/kg de poids corporel était recommandée pour le traitement de la grippe. Idéalement, cela devrait se faire sous surveillance médicale (lire : en milieu hospitalier). Il faut toutefois avouer que d'un point de vue organisationnel cela peut paraître, dans certaines situations, impossible à réaliser. Les nouveau-nés âgés de moins de trois mois doivent en toutes circonstances être traités avec des antiviraux sous surveillance médicale.³

Vous trouverez plus d'informations sur : <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/28766209en.pdf>

Puis-je préparer une magistrale d'oseltamivir en solution avec des gélules de TAMIFLU® ?

Il existe à l'étranger des modes opératoires pour cela. Le phosphate d'oseltamivir est bien soluble dans l'eau mais les excipients de la capsule non. En ajoutant de l'eau on obtient une solution de phosphate d'oseltamivir avec en suspension les excipients. Dans un protocole du LNA néerlandais ils dissolvent tout simplement le contenu d'une capsule de tamiflu® dans de l'eau sans ajouter de viscosifiants. On fait remarquer qu'il y a toutefois une partie qui précipite et qu'il faudra inévitablement agiter la solution avant emploi pour éviter que la seringue doseuse ne se bouche à la dernière dose. La substance active se trouve en solution et restera dispersée de façon homogène dans toute la solution. On peut avertir le patient que la précipitation ne contient que les excipients.⁴

La solution a un goût très amer. C'est pour cela qu'on opte pour donner la plus petite quantité possible de suspension (15mg/ml). Il faudra donc donner seulement quelques millilitres de suspension à un enfant. Éventuellement il est possible de mélanger la suspension avec une petite quantité (maximum une cuillère à thé) d'aliments sucrés appropriés, tels que du chocolat liquide sucré ou édulcoré, du miel (seulement chez des enfants âgés de plus de 2 ans), du sucre blanc ou brun dissout dans l'eau, du coulis pour dessert, du lait concentré sucré, du jus de pomme ou du yaourt pour masquer le goût amer. Le mélange doit être remué, administré dans sa totalité et être immédiatement avalé.⁵ Nous ne disposons malheureusement pas de données de stabilité de la solution après l'introduction d'aromatants pour masquer le goût (par exemple 1% de teinture d'écorce d'orange amère).

La conservation est basée sur la conservation microbiologique d'une boisson non conservée, c'est-à-dire 2 semaines dans le réfrigérateur.

Suspension d'oseltamivir à partir de gélules de Tamiflu® (15mg/ml)

Mode opératoire

- Calculer combien de gélules et combien d'eau sont nécessaires
- Mesurer la quantité d'eau nécessaire dans un cylindre gradué (ou une seringue)
- Ouvrir la gélule et la vider dans une bouteille
- Ajouter l'eau et dissoudre le plus possible la poudre en agitant le tout. Tout ne se dissout pas, on obtient un liquide légèrement trouble.
- Placer sur la bouteille un bouchon approprié pour une seringue doseuse.

Précaution de préparation

L'oseltamivir est irritant pour la peau et les muqueuses. Travaillez donc avec des lunettes et des gants de protection.

Conditionnement

Bouteille brune qui protège de la lumière avec une seringue doseuse

Conservation

Réfrigérateur (2-8°C), 14 jours

Étiquetage

Durée et température de conservation après ouverture
Agiter avant emploi.
Posologie

Vous trouverez le protocole complet de cette suspension sur :

<http://www.knmp.nl/download-bestanden/knmp-vandaag-2/publicaties-knmp/nieuws-en-persberichten/juni-oseltamivir.pdf>

Il existe une autre possibilité qui consiste à préparer des capsules avec le dosage adapté. En pratique, l'oseltamivir sera surtout prescrit à 30mg, 45mg et 60mg. Seuls les nourissons de moins d'un an nécessitent un dosage différent.

RÉFÉRENCES

1. FAQ A/H1N1 sur www.influenza.be : http://www.influenza.be/nl/H1N1_faq_nl.asp, consulté le 26 juillet 2009
2. Pandemic vaccines, Question and answers : http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/PandemicVaccines_Q&A_46147609en.pdf, consulté le 26 juillet 2009
3. CHMP assessment report on oseltamivir and zanamivir concerning novel influenza (H1N1) outbreak : <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/28766209en.pdf>, consulté le 26 juillet 2009
4. Communication LNA, solution d'oseltamivir 15 mg/ml : <http://www.knmp.nl/download-bestanden/knmp-vandaag-2/publicaties-knmp/nieuws-en-persberichten/juni-oseltamivir.pdf>, consulté le 26 juillet 2009
5. Notice scientifique Tamiflu®, consulté le 26 juillet 2009
6. Geneesmiddelen, zwangerschap en borstvoeding 2007, stichting Health Base en Teratologie Informatie Centrum RIVM

Kristien De Bruyn¹, Jan Saevels²

EVALUATION DE LA SAISON DE VACCINATION ANTIGRIPPALE 2008 - 2009 EN PHARMACIE

INTRODUCTION

Durant la saison 2008 - 2009, il n'était pas encore question du virus A / H1N1, l'agent de la grippe mexicaine. Ce nouveau virus humain, issu d'une combinaison de gènes de virus porcins, d'un virus aviaire et d'un virus humain, a été observé pour la première fois à Mexico le 18 mars 2009 (réf. 1). Le tableau 1 donne un aperçu des vaccins antigrippaux disponibles délivrés via les pharmacies durant la saison 2008 - 2009. Selon l'EMA, l'Agence Européenne des Médicaments, la souche B/Florida/4/2006 est équivalente à la souche B/Brisbane/3/2007 (réf. 2).

La grippe saisonnière est une infection aiguë des voies respiratoires provoquée par différents virus de la grippe. Les symptômes les plus fréquents d'une grippe sans complications sont : un début soudain accompagné de fièvre, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires et une toux sèche. La toux peut persister longtemps, tandis que les autres plaintes disparaissent le plus souvent au bout de deux à sept jours. La seule méthode de prévention efficace ayant fait ses preuves est la vaccination, de préférence durant la période d'octobre à décembre. L'activité grippale importante durant la saison hivernale peut s'expliquer par le fait que les gens vivent plus proches les uns des autres, ce qui favorise la propagation du virus.

Le Conseil Supérieur de la Santé conseille une vaccination préventive uniquement pour les personnes à risque suivantes (réf. 3) :

- groupe 1 :
 - o toutes les personnes de plus de 65 ans;
 - o toutes les personnes séjournant dans une institution;
 - o toutes les personnes dès l'âge de 6 mois souffrant d'une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, des poumons, du coeur, du foie, des reins; les personnes souffrant d'affections métaboliques ou de troubles de l'immunité (naturels ou induits);

o les enfants de 6 mois à 18 ans suivant une thérapie de longue durée à l'aspirine.

- groupe 2 :

o toutes les personnes actives dans le secteur des soins de santé et qui entrent directement en contact avec les personnes du groupe 1.

- groupe 3 :

o les femmes enceintes qui sont au deuxième ou troisième trimestre de leur grossesse au moment de la vaccination.

- groupe 4 :

o toutes les personnes entre 50 et 64 ans, même si elles ne souffrent pas d'une affection à risque, car il y a une chance sur trois qu'elles présentent au moins un risque de complications, en particulier les fumeurs, les personnes alcooliques ou obèses.

- groupe 5 :

o les éleveurs professionnels de volaille ou de porcs ainsi que les membres de leur famille qui habitent sous le même toit et les personnes qui, en raison de leur profession, entrent quotidiennement en contact avec de la volaille et des porcs vivants.

Si l'ayant droit appartient à l'un de ces groupes, l'assurance obligatoire intervient partiellement. Il suffit que le médecin prescripteur indique sur la prescription "Régime du tiers - payant applicable" pour que le vaccin soit partiellement remboursé. En raison du caractère non-obligatoire de la vaccination antigrippe, la sensibilisation des groupes cibles est indiquée en vue d'accroître le taux de vaccination. Tous les patients souffrant d'affections chroniques doivent être prioritairement sensibilisés et la pharmacie est un canal pouvant être utilisé à cet effet. Pour la deuxième année consécutive, le Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens (CDSP) a implémenté en 2008, en collaboration avec la Vlaams Griepplatform et l'asbl Question

Mots clés

Grippe saisonnière, vaccination antigrippe, sensibilisation, pharmacie, médicaments antidiabétiques, vaccin antigrippe, recommandations, taux de vaccination antigrippe, personnes à risque, vaccination antigrippe préventive, patients diabétiques, diabétiques, lettre de renvoi.

Résumé

Durant l'automne 2008, environ 1,7 millions de vaccins antigrippaux remboursés ont été délivrés dans les officines ouvertes au public. Le présent article décrit à qui ces vaccins étaient destinés et comment ces délivrances ont évolué au fil du temps. Selon des directives déjà publiées antérieurement, des outils spécifiques ont été développés pour identifier et sensibiliser les patients diabétiques. Ainsi, une lettre de renvoi destinée au médecin a été utilisée à cet effet. En moyenne, 23 de ces documents de renvoi ont été remis par pharmacie participante aux patients diabétiques qui n'avaient pas encore été vaccinés. Des données ont été collectées sur la consommation médicamenteuse (médicaments contre le diabète et vaccin antigrippe) auprès de différents groupes de patients au fil du temps. L'impact sur le taux de vaccination antigrippe était le plus important dans la catégorie d'âge de 50 à 64 ans.

Inflexal V [®] , Influvac S [®] et Vaxigrip [®]	Alpharix [®]
A/Brisbane/59/2007 (H1N1) IVR-148	A/Brisbane/59/2007 (H1N1) IVR-148
A/Uruguay/716/2007 (H3N2) NYMC X-175C	A/Uruguay/716/2007 (H3N2) NYMC X-175C
B/Florida/4/2006	B/Brisbane/3/2007

Tableau 1: Souches utilisées pour les vaccins antigrippaux de la saison 2008 - 2009.

Santé, un projet visant spécifiquement à sensibiliser les personnes atteintes du diabète à la vaccination antigrippale. Les diabétiques sont en effet davantage sensibles aux maladies infectieuses, en particulier l'influenza, qui entraîne chez eux une pathologie plus sévère. Le principal message adressé à ces personnes est de leur recommander la vaccination antigrippale pour éviter toute pathologie plus grave, une hospitalisation, voire même un décès. Des directives pharmaceutiques spécifiques pour la vaccination antigrippale des diabétiques ont été rédigées (réf. 4) et les résultats d'un projet - pilote ont déjà été publiés (réf. 5).

VACCINATION ANTIGRIPPALE GLOBALE

Evolution annuelle

Le nombre total de vaccins antigrippaux délivrés en pharmacie a été calculé grâce à la collaboration

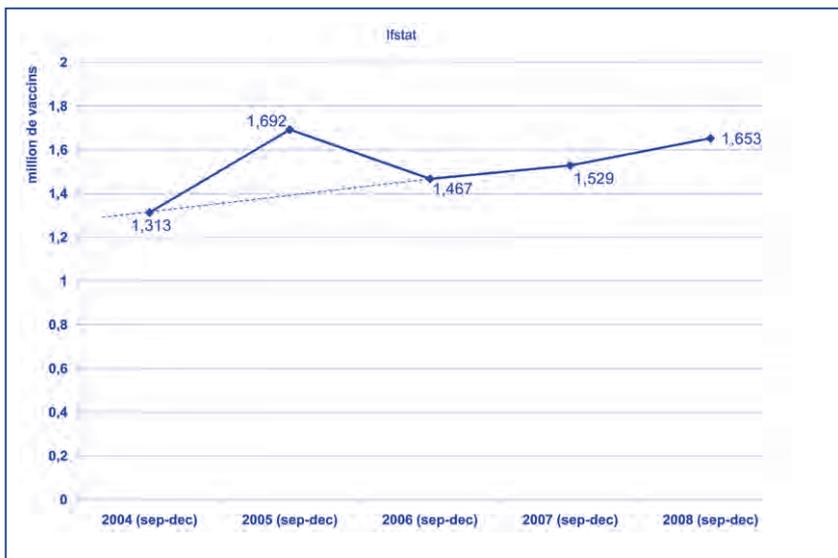


Figure 1: Evolution du nombre de vaccins antigrippaux remboursés délivrés dans les pharmacies belges durant la saison grippale (septembre à décembre) de 2004 à 2008.

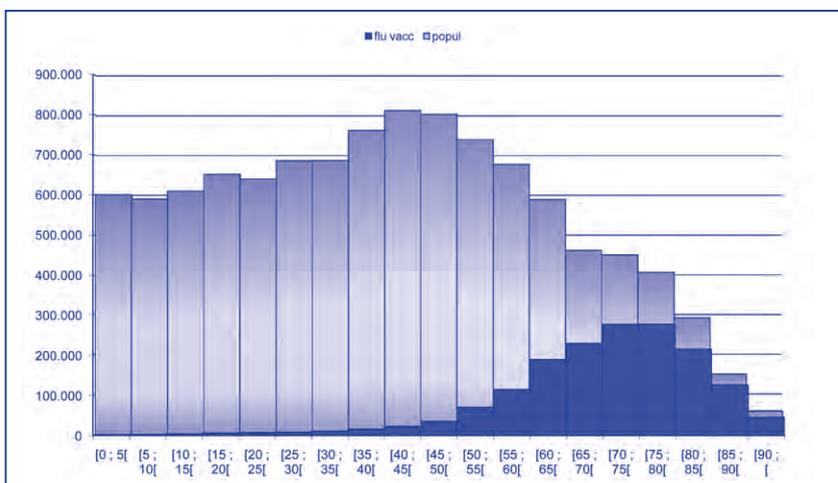


Figure 2: Nombre de patients ayant reçu un vaccin antigrippal remboursé en 2008 en fonction de l'âge (catégories d'âge par 5 ans) versus population par catégorie d'âge.

de l'IPHEB, l'Institut de Pharmaco - Epidémiologie Belge (réf.6). La figure 1 indique l'évolution du nombre de vaccins antigrippaux remboursés délivrés dans les pharmacies belges. Pour la deuxième année consécutive, une augmentation de près de 5 % a été constatée pour le nombre de vaccins antigrippaux remboursés, ce qui se rapproche du chiffre de 1,7 millions de vaccins remboursés en 2005 lorsque des conditions de remboursement plus souples sont entrées en vigueur.

En comparant le nombre de vaccins antigrippaux remboursés au nombre total de vaccins délivrés (chiffres d'IMS - health), nous remarquons que le remboursement des vaccins antigrippaux délivrés est passé de 80 % à 90 %.

Les nombres totaux obtenus grâce à la banque de données IFSTAT correspondent aux données publiées récemment par l'INAMI (réf.8). Une augmentation continue du nombre de vaccins antigrippe remboursés durant une année où la grippe aviaire est passée au second plan et où il n'était pas encore question de grippe mexicaine résulte sans nul doute d'efforts continus déployés par toutes les parties visant à informer et sensibiliser le public cible à se faire vacciner.

Facteur temps

Le début de l'épidémie annuelle de grippe se produit chaque année entre fin décembre et fin février (réf. 9). Il est conseillé de procéder à une vaccination annuelle contre la grippe durant les mois d'octobre ou novembre. Nous constatons toutefois qu'un tiers des vaccins antigrippaux sont déjà délivrés en pharmacie en septembre. Les patients veulent sans doute disposer le plus vite possible d'un conditionnement du vaccin afin de pouvoir prévoir à temps son administration par le médecin.

Répartition selon l'âge

La combinaison des données sur les vaccins antigrippaux remboursés (banque de données Ifstat) et des données relatives à la population émanant du SPF Economie (site internet Statbel, réf. 7) permet de suivre le nombre de vaccins antigrippaux délivrés en officine par catégorie d'âge et ainsi de déterminer le taux de vaccination par catégorie d'âge. La figure 2 indique le nombre d'habitants en Belgique au 1er janvier 2008 et le nombre de vaccins antigrippaux délivrés par catégorie d'âge. Le ratio de ces données donne le pourcentage de personnes pour chaque catégorie d'âge qui ont acheté un vaccin antigrippal remboursé, ce que montre la figure 3. Ces pourcentages doivent être interprétés comme étant les taux de vaccination antigrippe. Il y a toutefois lieu de signaler que les patients qui se sont fait vacciner en dehors du circuit de la prescription remboursable en pharmacie (via l'employeur, non - assurés) doivent être ajoutés au nombre de personnes vaccinées. Toutefois, la crainte de sous - estimer les taux de vaccination semble partiellement infondée, l'Agence InterMutualiste ayant obtenu des résultats semblables dans son rapport relatif à la saison 2006 - 2007 (réf. 10).

A partir de 65 ans, plus de la moitié de la popula-

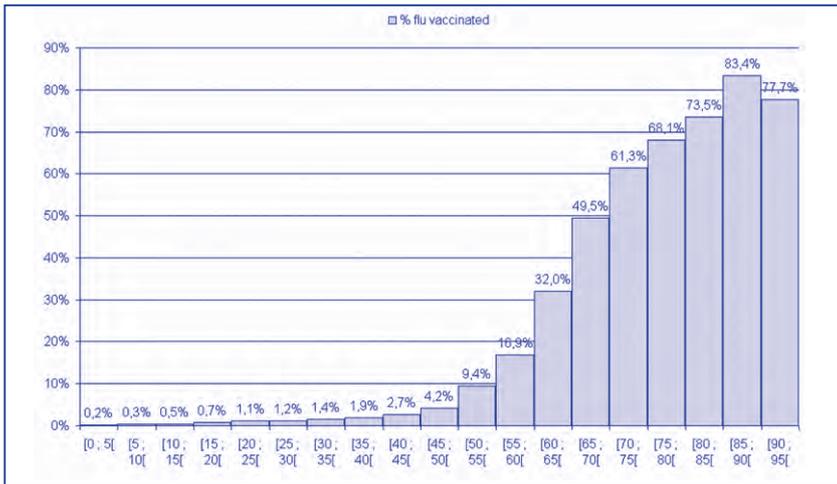


Figure 3: Pourcentage de la population belge ayant acheté un vaccin remboursé en 2008, par catégorie d'âge.

tion belge est vaccinée contre la grippe saisonnière, mais ce n'est que chez les personnes de 80 ans et plus que l'objectif de l'OMS de 75 % de vaccinés d'ici 2010 a déjà été réalisé en 2008. Dans la catégorie de 50 à 64 ans (groupe 4 de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé), la situation est encore plus dramatique. Même si la situation s'est un peu améliorée par rapport aux deux saisons précédentes, les efforts doivent être poursuivis afin d'accroître encore le taux de vaccination.

DIABÉTIQUES EN PHARMACIE

Sensibilisation

Comme chaque année, les pharmaciens disposaient durant l'automne 2008 d'affiches et de dépliants reprenant l'image et le slogan de la campagne nationale "Ne prenez pas l'hiver en grippe - Vaccinez - vous !". Pour les diabétiques tout particulièrement, le pharmacien pouvait, sur base de la délivrance sur prescription de médicaments utilisés pour le traitement du diabète (insuline et analogues, metformine, sulfamidés hypoglycémisants, glinides, glitazones ou acarbose), identifier

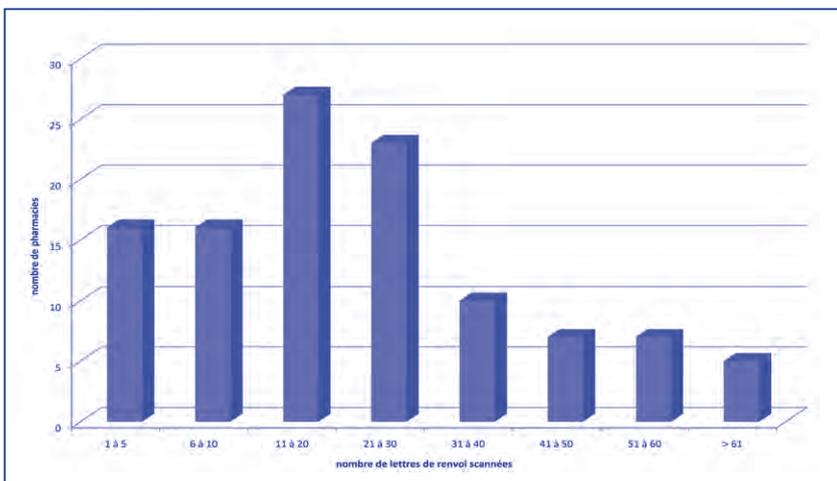


Figure 4: Répartition du nombre de pharmacies ayant scanné des lettres de renvoi.

er le public cible. Les différentes étapes que le pharmacien était alors invité à suivre sont décrites dans les réf. 4 et 5.

La dernière étape dans le processus de sensibilisation des diabétiques non vaccinés consistait à leur remettre une lettre destinée à leur médecin. Le message essentiel de cette lettre était : "La vaccination contre la grippe est fortement recommandée aux patients diabétiques. Nous avons dès lors conseillé à votre patient de vous en parler". Cette lettre de renvoi était le conseil oral du pharmacien et permettait d'enregistrer électroniquement le renvoi en scannant le code - barres figurant sur la lettre. Compte tenu du faible taux de vaccination des diabétiques de moins de 65 ans, une attention particulière a été consacrée à ce groupe.

Utilisation de la lettre de renvoi

En vue de protéger au maximum la vie privée des patients, les données ont été collectées uniquement sur initiative des pharmacies participantes en ce qui concerne les totaux de lettres de renvoi scannées par mois. A l'avenir, il serait intéressant de pouvoir vérifier si les patients pour lesquels un document de renvoi a été scanné ont aussi effectivement acheté un vaccin antigrippal.

Plus de 80 % des pharmacies belges disposaient de toutes les instructions pour la campagne de sensibilisation s'adressant aux patients diabétiques et d'un carnet de lettres de renvoi détachables. Le nombre de pharmacies ayant finalement participé à l'action n'est pas connu.

Sur initiative des pharmaciens, nous avons reçu des données sur le nombre de lettres scannées par mois de la part de 111 pharmacies réparties dans toutes les provinces (à l'exception de la province du Luxembourg) et qui avaient scanné au moins 1 document de renvoi. Comme l'indique le tableau 2, 2526 documents de renvoi ont été scannés dans cet échantillon, soit une moyenne de 23 lettres de renvoi par pharmacie. Durant l'automne 2008, une médication pour diabétiques a été dispensée à environ 90 ayants droit en moyenne par pharmacie. Sachant qu'environ 50 % des patients diabétiques sont vaccinés (cfr ci - après), cela signifie qu'en moyenne la moitié des patients diabétiques non - vaccinés ont reçu un conseil oral ainsi qu'un document de renvoi.

Le nombre de documents de renvoi scannés par pharmacie variait de 91 (chiffre le plus élevé) à un seul. Une répartition plus complète est présentée dans la figure 4. La moitié des pharmacies participantes a scanné de 11 à 30 lettres et environ 5 pharmacies en ont scanné plus de 60. Le fait que notre échantillon compte plus de 15 pharmaciens n'ayant scanné qu'une à cinq lettres indique que nous n'avons pas nécessairement sélectionné les pharmaciens les plus motivés dans notre échantillon. Comme l'envoi des résultats s'est fait sur initiative des pharmaciens, un certain biais n'est pas à exclure.

La campagne des pharmaciens a débuté officiellement le 1er septembre 2008 pour se terminer le 30 novembre 2008. Près de 2 / 3 des lettres de renvoi (65,4 %) ont déjà été remises dans le courant du mois de septembre, ensuite aux mois d'octobre

2008	08/08	09/08	10/08	11/08	12/08	TOTAL
Nombre total de lettres de renvoi	6	1.651	715	149	5	2.526
Nombre moyen par pharmacie	0,1	14,9	6,4	1,3	0,0	22,8
Répartition par mois	0,2 %	65,4 %	28,3 %	5,9 %	0,2 %	100,0 %
Nombre maximum par mois	3	60	28	20	4	
Nombre max. par pharmacie						91

Tableau 2: Données relatives à l'utilisation de la lettre de renvoi dans l'échantillon de 111 pharmacies.

(28,3 %) et de novembre (5,9 %). Les mois d'août et de décembre enregistrent moins de 0,5 % de documents de renvoi. Globalement, on observe un décalage de 2 à 4 semaines entre la remise des documents de renvoi et la délivrance des vaccins antigrippe.

Par rapport à l'automne 2007 (réf.5), on enregistre un progrès quant au nombre de pharmacies soutenant la campagne et au nombre moyen de renvois chez le médecin par pharmacie.

TAUX DE VACCINATION ANTIGRIPPALE DES DIABÉTIQUES

Collecte des données

Un projet d'enrichissement des données IFSTAT est en cours auprès du service FLUX de l'APB qui regroupe l'ensemble des initiatives en matière de

flux de données des offices de tarification affiliés auprès d'une union professionnelle membre de l'APB afin de pouvoir suivre également des groupes de patients (projet BelPharData). Il s'agit ici d'une population représentant 78 % de l'ensemble des ayants droit. Le pourcentage de diabétiques ayant acheté un vaccin antigrippe en pharmacie durant les saisons grippales 2006 - 2007, 2007 - 2008 et 2008 - 2009 a été vérifié dans cette population. Cela a permis d'évaluer la dernière campagne de vaccination antigrippale plus spécifiquement pour le groupe des diabétiques.

Résultats

Le tableau 3 présente le taux de vaccination antigrippale par groupe cible au cours des trois dernières saisons grippales.

Pour l'ensemble des ayants droit, la vaccination antigrippale a suivi la même tendance que les années précédentes, à savoir une augmentation dans toutes les régions, avec un taux de vaccination moyen de 22,6 %. La Flandre est en tête de peloton avec presque un quart des ayants droit vaccinés, tandis qu'à Bruxelles le taux de vaccination est le plus faible.

Pour les patients diabétiques (toutes catégories d'âge), le taux de vaccination varie de 41 % (Bruxelles) à 56 % (Flandre). Le taux de vaccination a augmenté l'an dernier (croissance relative de 1,8 %), mais de manière moins prononcée que précédemment.

Chez les patients diabétiques de moins de 65 ans, on observe (tout comme l'année précédente) la plus forte croissance du niveau du taux de vaccination, à savoir de 31,0 % à 33,9 %, soit une augmentation relative de 9,0 %. Les trois régions enregistrent une hausse, mais l'augmentation relative est la plus forte en Wallonie.

	Automne 2006			Automne 2007			Automne 2008			Croissance absolue 2007 - 2008	Croissance relative 2007 - 2008
Tous les ayants droit	21,0 %	F 22,8 %	21,4 %	F 23,2 %	22,6 %	F 24,4 %	1,2 %	5,8 %			
		W 17,8 %		W 18,0 %		W 19,4 %					
		B 16,6 %		B 16,9 %		B 17,8 %					
Diabétiques	49,1 %	F 53,3 %	50,6 %	F 55,5 %	51,6 %	F 56,0 %	1,0 %	1,8 %			
		W 42,8 %		W 43,2 %		W 44,9 %					
		B 39,6 %		B 40,3 %		B 40,9 %					
Diabétiques < 65ans	28,5%	F 32,1 %	31,0 %	F 35,4 %	33,9 %	F 38,1 %	2,9 %	9,0 %			
		W 24,0 %		W 25,5 %		W 28,7 %					
		B 23,1 %		B 24,5 %		B 26,7 %					
Diabétiques > 65ans	67,0 %	F 69,1 %	67,9 %	F 70,4 %	67,2 %	F 69,5 %	-0,7 %	-1,1 %			
		W 63,8 %		W 63,8 %		W 63,8 %					
		B 58,0 %		B 58,5 %		B 57,3 %					
Non - diabétiques	19,1 %	F 20,8 %	19,3 %	F 21,0 %	20,5 %	F 22,3 %	1,2 %	6,6 %			
		W 15,8 %		W 15,9 %		W 17,2 %					
		B 14,9 %		B 15,1 %		B 16,0 %					
> 65 ans	61,8 %	F 64,0 %	62,0 %	F 64,2 %	62,4 %	F 64,5 %	0,4 %	0,7 %			
		W 57,4 %		W 57,3 %		W 58,3 %					
		B 55,5 %		B 55,9 %		B 55,3 %					

Tableau 3: Taux de vaccination antigrippale au cours des trois dernières saisons par groupe cible. Résultats pour les offices de tarification affiliés auprès de l'APB, tirés des données collectées par l'IPHEB.

F = Flandre; W = Wallonie; B = Bruxelles

Catégorie d'âge de 50 à 64 ans			
Tous les ayants droit	23,3 %	50 – 54 ans	9,4 %
		55 – 59 ans	16,9 %
		60 – 64 ans	32,0 %
Diabétiques	39,3 %		
Non - diabétiques	21,6 %		

Tableau 4: Vaccination antigrippale durant l'automne 2008 pour la catégorie d'âge de 50 à 64 ans.

L'augmentation du taux de vaccination chez les diabétiques n'est pas due uniquement aux diabétiques qui ont décidé de se faire vacciner. L'inverse est vrai aussi, c'est - à - dire qu'un certain nombre de patients qui avaient déjà l'habitude de se faire vacciner ont commencé à prendre des médicaments antidiabétiques en 2008. Ainsi, la part des patients qui prennent des médicaments contre le diabète parmi le total de tous les ayants droit est passée de 6,53 % en 2007 à 6,75 % en 2008. Cette augmentation s'observe dans toutes les catégories d'âge et est due en partie aux nouveaux diagnostics et au passage de diabétiques de type 2 d'adaptations du mode de vie à un traitement médicamenteux.

Depuis quelques années, les diabétiques de plus de 65 ans représentent le groupe le mieux vacciné des patients chroniques. Même si on constate que le pourcentage cible de 75 % de vaccination de la population n'est atteint qu'à partir de 80 ans (voir plus haut), les diabétiques de plus de 65 ans en sont également proches. Le taux de vaccination de ce groupe reste quasi stable, autour des 69 % en Flandre, 64 % en Wallonie et 58 % à Bruxelles. Chez les patients non diabétiques, le progrès réalisé au niveau du taux de vaccination antigrippale est très comparable à celui de tous les ayants droit, ce qui n'est pas étonnant car les patients non - diabétiques représentent plus de 93 % des ayants droit. Pour la totalité du groupe des personnes de plus de 65 ans (diabétiques et non - diabétiques), les taux de vaccination s'élèvent également à plus de 60 %. Comme l'indiquait déjà la figure 3, le taux de vaccination pour le groupe des plus de 65 ans augmente de près de 50 % à 65 ans à plus de 75 % dès l'âge de 80 ans.

Entre 50 et 64 ans

La catégorie d'âge de 50 à 64 ans mérite une attention toute particulière. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande une vaccination antigrippale pour ces personnes, même si elles ne souffrent pas d'une affection à risque. Elles ont en effet une chance sur trois de présenter au moins un risque de complications, en particulier les fumeurs, les alcooliques ou les obèses. L'INAMI, de son côté, stimule aussi la vaccination de ce groupe, car le vaccin est remboursable à partir de 50 ans. Le tableau 4 présente les degrés de vaccination pour ce groupe d'âge. Même si seulement une personne sur 10 au début de la cinquantaine est vaccinée, ce chiffre passe à près de 1 sur 3 pour les ayants droit de 60 à 64 ans. Les patients diabétiques sont

apparemment davantage conscients du risque de complications en cas de grippe, car 40 % de la tranche d'âge de 50 à 64 ans sont vaccinés, par rapport à seulement un peu plus de 20% chez les non - diabétiques. Les augmentations relatives les plus élevées des taux de vaccination s'observent dans la catégorie d'âge de 50 à 64 ans et ce dans les trois régions du pays.

CONCLUSIONS

Conformément aux conclusions de l'INAMI (réf. 8) et de l'IMA (réf. 9), la saison de vaccination antigrippale 2008 - 2009 s'est caractérisée par la poursuite de l'amélioration du taux de vaccination dans presque tous les groupes de la population, même s'il s'agissait d'une période où la grippe aviaire était reléguée au second plan et où la grippe mexicaine était encore inexistante. Le progrès le plus important en termes de vaccination antigrippale a été enregistré chez les patients de 50 à 64 ans, et ce tant chez les diabétiques, déjà notablement bien vaccinés, que chez les patients ne prenant pas de médicaments contre le diabète. L'officine ouverte au public semble être un canal adéquat pour identifier et sensibiliser des groupes de population spécifiques. L'expérience vécue avec les documents de renvoi nous apprend que les pharmaciens et les patients trouvent utile de renforcer le conseil oral par un message écrit. Cette méthode de travail peut servir d'exemple pour une implication du pharmacien dans d'autres actions de santé. Via le Dossier Pharmaceutique du patient, le pharmacien dispose de son historique médicamenteux, ce qui lui permet d'identifier certains groupes de patients et de s'adresser à eux en toute simplicité et dans le respect de leur vie privée.

MOT DE REMERCIEMENT

Les auteurs remercient Isabelle De Wulf, Mark Libbrecht, Tom Henkens, IPHEB, Marc Buckenset, la Vlaams Griepplatform, Question Santé et le comité d'accompagnement du service FLUX de l'APB, chargé du développement et du suivi du projet BelPharData.

RÉFÉRENCES

1. www.influenza.be
2. Straetmans K. Antigriepvaccins in België voor het seizoen 2008-2009, www.apb.be, publication 8 juillet 2008.
3. Conseil Supérieur de la Santé. Guide de vaccination 2007, n° 8205, consulté via www.health.fgov.be/CSH_HGR
4. De Wulf I, Baeten R, Muylle E, et al. Apotheekrichtlijnen Griepvaccinatie bij Diabétiques. Bijlage bij Farmaceutisch Tijdschrift voor België 2007;3 (september 2007)
5. De Bruyn K, De Wulf I, Deneyer H, Saevels J. Bevorderen van de griepvaccinatiegraad bij diabetici via de apotheek, Vlaams Tijdschrift voor Diabetologie 2008;2:22-24.
6. <http://www.ipheb.be>
7. <http://www.statbel.fgov.be>
8. INAMI. Info Spot avril-mai-juin 2009, La vaccination contre la grippe. <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/pharmanet/info-spot/2009-07-14/index.htm> consulté le 16 juillet 2009.
9. <http://www.iph.fgov.be/flu>
10. <http://www.nic-ima.be/nl//projects/influenza>

Correspondance:

Phn Jan Saevels
saevels.jan@mail.apb.be

E. Mehuys, C. Verrue, L. Van Bortel,
L. De Bolle, I. Van Tongelen,
J.P. Remon en D. De Looze

AUTOMÉDICATION DES TROUBLES GASTRIQUES: ÉTUDE DANS LES PHARMACIES BELGES

Mots clés

Automédication des troubles gastriques,
médicaments de conseil, troubles gas-
triques, reflux, dyspepsie,
troubles digestifs.

Abstract

Background: Upper gastrointestinal (GI) symptoms are a common reason for self-treatment with over-the-counter (OTC) medication. However, data on the typology of GI complaints for which individuals seek self-medication and, more importantly, on the prevalence of alarm symptoms in this population are scarce.

Objective: This study aimed to investigate: (i) the nature of GI symptoms people intend to self-medicate, (ii) prevalence of alarm symptoms, (iii) compliance with referral advice given by the pharmacist, and (iv) self-reported efficacy and frequency of use of OTC medication for minor complaints.

Methods: This descriptive study was performed in 63 community pharmacies. Participants (n = 592, aged 18-80 y) completed a questionnaire to assess symptom characteristics and previous medical consulting. Based on this information, the pharmacist referred subjects to a physician or advised self-treatment. Four weeks later, participants were presented a follow-up questionnaire, evaluating compliance with referral advice or efficacy of self-treatment.

Results: The most frequently reported GI complaints were burning retrosternal discomfort (49.2 %), acid regurgitation (53.2 %) and bothersome postprandial fullness (51.2 %). At least 1 alarm symptom was present in 22.4 % of the individuals, difficulty in swallowing being the most prevalent one (15.4 %). Although twenty-one percent of the customers were referred, only 51.7% of these actually contacted a physician. Almost all of the remaining customers who were advised self-treatment reported symptom relief with the obtained OTC drug (95.1 %).

Conclusions: Mild GI symptoms will mostly resolve with self-treatment. Yet, the value of pharmacist counselling on OTC treatment should be recognized, as community pharmacists can play an important role in distinguishing symptoms that warrant further medical examination.

INTRODUCTION

Le principe des Soins Pharmaceutiques implique, entre autres, que le pharmacien conseille activement le patient lors de l'achat de médicaments en vente libre et lui procure des conseils d'automédication rationnels, tâches pour lesquelles il peut s'appuyer sur sa formation scientifique. Les patients présentant des troubles gastriques modérés qui souvent viennent demander conseil au pharmacien avant de consulter un médecin, constituent un bel exemple. Ces troubles digestifs sont souvent innocents, mais parfois, ils sont tout de même suffisamment fréquents ou graves que pour provoquer des dégâts au niveau de l'oesophage. Dans de rares cas, les troubles peuvent même être des symptômes d'alarme d'affections plus sérieuses tels qu'un ulcère peptique, un cancer gastrique ou œsophagien ou des saignements gastro-intestinaux. Pour les conseils relatifs à la digestion ou au reflux, le pharmacien a donc un rôle important pour juger de la sévérité des troubles et doit être capable de distinguer les troubles sévères qui nécessitent d'être orientés vers un médecin et les troubles *légers à modérés* qui peuvent être traités par automédication. En cas d'automédication, des changements du mode de vie et d'alimentation sont conseillés et un choix rationnel est fait parmi la gamme de médicaments disponibles en vente libre.

Dans la littérature, il n'y a que peu de données sur le rôle du pharmacien d'officine dans l'automédication des troubles gastriques¹⁻¹³. La présente étude a pour but d'étudier le rôle du pharmacien sur ce plan en :

- (i) Faisant l'inventaire des troubles gastriques pour lesquels les patients consultent le pharmacien ;
- (ii) Déterminant le nombre de patients qui présentent des symptômes d'alarme ;
- (iii) Mesurant l'impact du pharmacien en tant que référant au médecin de famille;
- (iv) Déterminant l'effet des médicaments en vente libre sur les troubles gastriques modérés tel qu'il est perçu par les patients.

METHODE

Cette étude descriptive a été effectuée dans 63 pharmacies flamandes par des étudiants en dernière année de pharmacie à l'Université de Gand, pendant leur stage

en 2007. Les personnes âgées de 18 à 80 ans venues à la pharmacie avec une question d'automédication concernant le reflux / la dyspepsie ou avec une question spécifique pour un médicament en vente libre pour le traitement du reflux / de la dyspepsie, ont été invitées à participer à l'étude. Les femmes enceintes n'ont pas été incluses.

Les personnes consentant à participer ont rempli un questionnaire cherchant, entre autres, à identifier la nature des troubles gastriques et la présence de symptômes d'alarme. Sur la base des informations collectées avec ce questionnaire, le stagiaire devait décider, à l'aide d'un «protocole en pharmacie» (voir fig. 1), de renvoyer la personne en question à son médecin de famille ou de commencer un traitement d'automédication. Ont été renvoyé au médecin de famille (avec une lettre d'accompagnement) les patients qui : (i) utilisaient à ce moment de l'aspirine, des AINS ou des IPP et / ou (ii) avaient rapporté un ou plusieurs symptômes d'alarme et / ou (iii) étaient âgés de 50 ans ou plus et souffraient de troubles gastriques pour la première fois. Pour toutes les autres personnes, l'automédication a été conseillée. Pour les patients présentant des symptômes de reflux, l'automédication consistait en des conseils non - médicamenteux et un antiacide. Pour les personnes présentant des symptômes de dyspepsie, l'automédication consistait en des conseils non - médicamenteux et 10 mg de dompéridone (20 min. avant chaque repas). Pour les patients souffrant tant de symptômes de reflux que de symptômes de dyspepsie, les conseils non - médicamenteux étaient combinés avec un antiacide et la dompéridone.

Quatre semaines après cette visite à la pharmacie, les participants étaient invités à remplir un second questionnaire les interrogeant sur le suivi des conseils du pharmacien. Toutes les données nous ont été rapportées de manière anonyme, puis ont été contrôlées, traitées et analysées statistiquement avec le logiciel SPSS 16.0. Les corrélations entre les paramètres catégoriques ont été analysées avec des tests chi - carré. Une valeur p inférieure à 0.05 a été considérée comme étant statistiquement significative.

RESULTATS

Description de la population de l'étude

Au total, 592 personnes ont participé à l'étude : 33.6 % d'hommes et 66.2 % de

Figure 1

Protocole en pharmacie TROUBLES GASTRIQUES

1. Renvoyer au médecin de famille si :

- (i) Utilisation d'aspirine, d'AINS, d'IPP^b et / ou
- (ii) Un ou plusieurs symptômes d'alarme sont présents (ces symptômes sont : présence de sang dans les selles, perte de sang par vomissements, perte de poids inexplicée, douleur aiguë derrière le sternum, nourriture qui reste coincée derrière le sternum (dysphagie), vomissements plus d'une fois par semaine au cours du mois précédent) et / ou
- (iii) Le patient est âgé de ≥ 50 ans et souffre pour la première fois de troubles gastriques^c.

2. Commencer l'automédication (après exclusion des critères mentionnés ci - dessus) :

(i) Analyse des symptômes

Dans les troubles gastriques modérés, on distingue reflux et dyspepsie.
Pour cela, posez les questions suivantes :

- a. Avez - vous une sensation de brûlure qui remonte derrière le sternum ?
- b. Arrive - t - il parfois qu'un liquide acide remonte dans votre gorge ?
- c. Souffrez - vous d'un ou de plusieurs des troubles suivants :
 - sensation de ballonnement gênante au niveau de l'estomac après le repas ;
 - sensation d'avoir l'estomac rempli survenant très rapidement pendant le repas ;
 - inconfort (lourdeur) dans la partie supérieure de l'abdomen ;
 - sensation de brûlure dans l'estomac QUI NE REMONTE PAS derrière le sternum.

Si 'oui' à la question a et / ou b → symptômes de reflux

Si au moins 1 fois 'oui' à la question c → symptômes de dyspepsie

Si 'oui' à la question a et / ou b + au moins 1 fois 'oui' à la question c

→ symptômes de reflux + symptômes de dyspepsie

(ii) Instauration de l'automédication

CONSEILS NON MÉDICAMENTEUX :

- Evitez les repas gras ou fortement épicés.
- Evitez l'alcool.
- Evitez certains aliments tels que le chocolat, le café, la menthe, les oignons, l'ail et les boissons pétillantes.
- Ne pas manger dans les 2 à 3 heures précédant le coucher.
- Evitez de vous coucher directement après le repas.
- Remplacez les 3 repas classiques par 5 portions plus petites.
- Arrêtez de fumer.
- Chez les patients obèses : évitez de porter des vêtements trop serrés et essayez de perdre du poids.
- En cas de reflux nocturnes : rehaussez la tête de lit.

THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE :

- Personne avec des symptômes de reflux : antiacide
(utilisation "au besoin" et en respectant les doses normales)
- Personne avec des symptômes de dyspepsie : 10 mg de dompéridone (20 min. avant chaque repas)
- Personne avec des symptômes de reflux et de dyspepsie : antiacide + dompéridone

femmes. L'âge moyen de la population était de 48.1 ans. L'Indice de Masse Corporelle moyen était de 24.5. Quarante - quatre pourcent des participants ont consulté le pharmacien avec une question de conseil (par ex. «Avez - vous quelque chose contre les aigreurs d'estomac ?») et 56 % ont demandé immédiatement un médicament en vente libre spécifique (par ex. «Une boîte de Gaviscon®, svp»).

Nature, fréquence et durée des troubles gastro - intestinaux

Les troubles suivants ont été le plus souvent rapportés : douleur brûlante derrière le sternum, régurgitations acides (= renvois acides) et sensation gênante de gonflement après le repas (voir tableau 1). Au total, 65 % (384 / 592) des participants ont rapporté des symptômes de reflux et 72 % (426 / 592) des symptômes de dyspepsie. Un chevauchement important a été constaté entre les symptômes de reflux et de dyspepsie : 60 % (230 / 384) des personnes ayant des troubles de reflux se plaignaient également d'un ou plusieurs symptômes de dyspepsie et 54 % (230 / 426) des personnes souffrant de dyspepsie ont également rapporté des troubles de reflux. De tous les participants, 22.4 % présentaient au moins 1 symptôme d'alarme. Les problèmes de déglutition («aliments qui restent coincés à hauteur de la poitrine») sont le principal signal d'alarme et ce symptôme d'alarme est plus fréquemment présent chez les personnes se plaignant de reflux que chez les personnes se plaignant de dyspepsie (20.7 % versus 5.8 %; $p = 0.000$).

La durée médiane des troubles gastriques avant la visite à la pharmacie est de 1 an (min : 1 jour - max : 57 ans). Chez 31 % des participants, les

troubles étaient apparus récemment (c - à - d. au cours des 2 semaines précédentes). En ce qui concerne la fréquence des troubles gastriques, 27.4 % rapportent au moins 1 plainte / jour, 27.0 % au moins 1 / semaine, 20.5 % au moins 1 / mois, 19.3 % au moins 1 / an et 5.8 % moins d'une plainte par an.

Visite préalable chez le médecin

Trente - trois pourcent (193 / 591) des personnes incluses dans l'étude ont consulté un médecin dans l'année précédente pour des troubles gastriques. Près de la moitié de ces personnes ont déjà subi une gastroscopie (93 / 193). Soixante - huit pourcent des participants ont déjà pris des médicaments gastro - intestinaux lors de l'année précédente : principalement des antiacides (48.8 %), des prokinétiques (45.5 %), des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (17.7 %) et des antihistaminiques H₂ (9.2 %).

Conseils du pharmacien et suivi de ces conseils

Approximativement 1 / 5 des patients (124 / 592; 20.9 %) a reçu le conseil de consulter un médecin, tandis que toutes les autres personnes ont reçu des conseils d'automédication (486 / 592; 79.1 %). Les principales raisons pour un renvoi chez le médecin étaient (i) le patient utilise de l'aspirine, des AINS ou des IPP (34 / 124; 27.4 %), (ii) le patient présente un ou plusieurs symptômes d'alarme (84 / 124; 67.7 %) et (iii) le patient a ≥ 50 ans et des troubles récents (11 / 124; 8.9 %).

Quatre semaines après la première visite à la pharmacie, les personnes incluses dans l'étude ont de nouveau rempli un questionnaire. Environ la moitié des personnes qui avaient été renvoyées chez un médecin avaient suivi ce conseil et effectivement consulté un médecin. Les principales raisons invoquées pour ne pas suivre les recommandations du pharmacien étaient : de ne pas considérer les troubles comme étant sévères (26 / 52), le manque de temps (5 / 52), une guérison spontanée (5 / 52), des raisons financières (2 / 52) ou d'autres raisons (14 / 52).

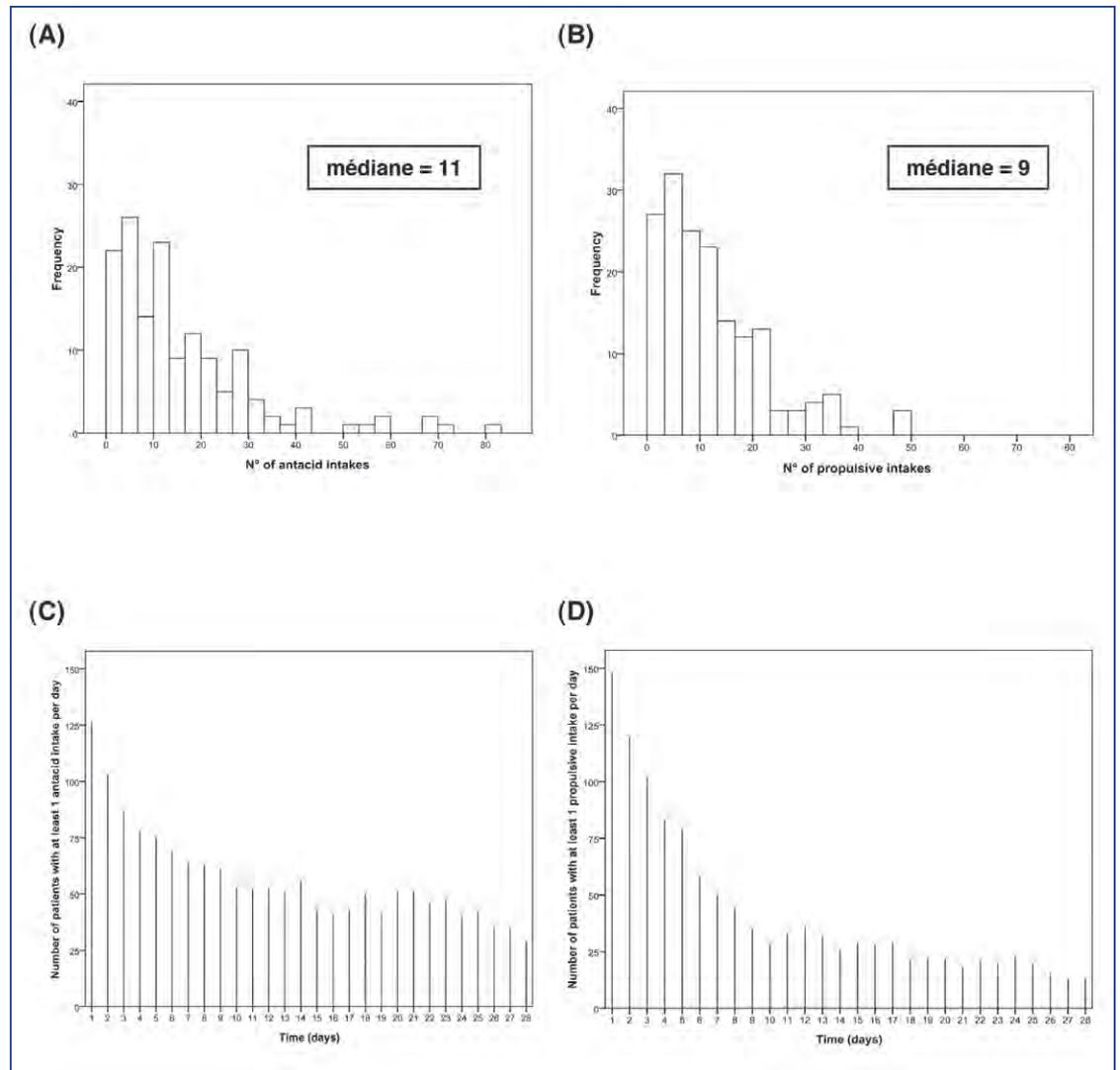
La majorité (95.1 %) des personnes qui avaient reçu des conseils d'automédication de la part de leur pharmacien ont déclaré ressentir un soulagement après la prise du médicament en vente libre. Environ la moitié de ces personnes prenait toujours le médicament (44.2 %) et 72.3 % suivait encore les conseils de mode de vie du pharmacien. A peu près 75 % des personnes qui prenaient des médicaments d'automédication ont tenu un journal pendant 4 semaines (dans lequel chaque prise du médicament en vente libre était enregistrée). Les personnes qui avaient reçu un antiacide, avaient pris ce médicament en moyenne 11 fois pendant les 4 dernières semaines (min : 0 - max : 83), contre 9 fois pour les personnes prenant des prokinétiques (min : 0 - max : 49) (voir figure 2, A et B). Les prises de médicaments étaient plus fréquentes pendant la première semaine d'automédication (voir figure 2, C et D).

	PREVALENCE (%)
SYMPTÔMES DE REFLUX	
Douleur rétrosternale brûlante	49.2
Régurgitation acide	53.2
SYMPTÔMES DE DYSPEPSIE	
Sensation gênante de ballonnement postprandiale	51.2
Saturation rapide	29.2
Douleurs épigastriques	38.9
Brûlures épigastriques	22.8
SYMPTÔMES D'ALARME	
Perte de poids inexplicquée	2.2
Vomissements continus	7.1
Difficultés à la déglutition*	15.4
Vomissement de sang	0.2
Sang dans les selles	0.7
Douleurs irradiantes à hauteur de la poitrine	5.4
* "sensation que les aliments restent coincés derrière le sternum" (= dysphagie)	

Tableau 1: Nature des symptômes gastro - intestinaux et prévalence des symptômes d'alarme.

Figure 2 A et B: Histogramme de fréquence de prises d'antiacides (A) et de prises de prokinétique (= dompéridone) (B) pendant les 4 semaines d'automédication précédentes.

C et D: Histogramme en fonction du temps du nombre de personnes ayant pris au moins 1 fois un antiacide par jour (C) et au moins 1 fois un prokinétique par jour (D), (par ex., le premier jour d'automédication, 126 personnes ont pris au moins 1 fois un antiacide).



DISCUSSION

Cette étude nous fournit une bonne vision de la symptomatologie et du comportement d'automédication des patients venant chercher à la pharmacie un traitement d'auto-médication pour leurs troubles digestifs. Les plaintes les plus souvent rapportées sont : des douleurs brûlantes derrière le sternum, des régurgitations acides et une sensation gênante de gonflement après le repas. De nombreux patients présentent à la fois des symptômes de reflux et de dyspepsie.

Une importante constatation de cette étude est qu'une personne sur 5 incluse dans l'étude présentait des troubles nécessitant une consultation chez le médecin. Il semble cependant invraisemblable que toutes ces personnes souffrent effectivement de dysphagie (= trouble de la déglutition). Une possible explication pour ce phénomène

est la mention de poitrine dans la question «*Est-ce que vos aliments restent coincés à hauteur de la poitrine ?*». Ceci peut avoir créé une confusion entre «les aliments qui restent coincés à hauteur de la poitrine» (un symptôme de dysphagie) et «douleur derrière le sternum» (un symptôme de reflux). Cette supposition est consolidée par le fait que les personnes souffrant de reflux ont répondu significativement plus souvent «oui» à cette question, par rapport aux personnes avec des symptômes de dyspepsie (20.7 % vs. 5.8 %). En questionnant ce symptôme d'alarme, il est donc important d'élucider s'il s'agit d'une simple douleur brûlante derrière le sternum (symptôme de reflux) ou bien d'aliments qui restent réellement coincés derrière le sternum, à hauteur de la poitrine (symptôme de dysphagie).

Toutefois, même si l'on ne prend pas en considération les troubles de la déglutition, il n'en reste

pas moins que 13 % des personnes incluses dans cette étude ont rapporté un ou plusieurs symptômes d'alarme. Ceci donne lieu de s'inquiéter de la sécurité de l'automédication achetée sans les conseils d'un professionnel de la santé. Il nous semble donc indiqué de réserver la vente de médicaments en vente libre aux pharmacies, où le pharmacien peut faire office de «filtre» et renvoyer à temps le patient vers le médecin. De la part du pharmacien, ceci demande un questionnement suffisant du patient afin de bien évaluer la nature et la sévérité des troubles. Ce questionnement peut par exemple être effectué en appliquant de manière consécutive les questions QuiDAM, complétées par un protocole de pharmacie tel que celui utilisé lors de cette étude.

Les patients ont été très satisfaits en ce qui concerne la thérapie d'automédication et les conseils non-médicamenteux proposés par le pharmacien. Quasiment tous les patients sélectionnés – sur base du protocole en pharmacie – pour le traitement par automédication ont rapporté un soulagement des symptômes grâce au médicament en vente libre et aux conseils de mode de vie délivrés. Ceci démontre que le protocole en pharmacie est un outil efficace pour le pharmacien lui permettant de pouvoir, d'une part, distinguer le patient à orienter vers le médecin et celui pour qui une automédication est possible et, d'autre part, choisir la thérapie la plus appropriée. Le protocole proposé est basé sur les *critères diagnostiques Rome III* pour reflux et dyspepsie, utilisés dans les cabinets médicaux^{4,5}. Ces critères s'avèrent donc également utilisables pour différencier les troubles digestifs en pharmacie.

CONCLUSION

En conclusion de cette étude, nous pouvons dire que la plupart des patients présentant des symptômes occasionnels et modérés de reflux ou de dyspepsie peuvent s'auto-traiter de manière sûre et efficace avec des médicaments en vente libre et des adaptations de leur style de vie. Néanmoins, le nombre de patients référés au médecin dans cette étude démontre l'importance de la présence d'un pharmacien lors de la vente de tels médicaments. Afin de pouvoir exercer pleinement leur fonction de conseiller, les pharmaciens doivent être encouragés à questionner de manière structurée

les patients qui viennent à la pharmacie avec des questions d'automédication, afin de réunir toutes les informations cliniques nécessaires et leur procurer des conseils d'automédication scientifiquement fondés.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier les pharmaciens qui se sont chargés de la collecte des données lors de leurs études ainsi que leurs maîtres de stage.

NOTES

- a Rédigé par un gastro-entérologue, un médecin généraliste, un pharmacologue clinicien et un pharmacien et basé sur les critères Rome III.
- b Les patients prenant des IPP suivent déjà un traitement pour leurs troubles gastriques chez un médecin. Une automédication avec des médicaments en vente libre, sans en informer le médecin, n'est pas indiquée et est donc une circonstance de renvoi du patient chez le médecin.
- c Des troubles gastriques récents chez des personnes de ≥ 50 ans sont dans toutes les directives une circonstance de renvoi du patient chez le médecin pour un examen plus approfondi (par ex. gastroscopie) afin d'exclure une affection sévère sous-jacente.

RÉFÉRENCES

1. Krishnan HS, Schaefer M. Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia. *Pharm World Sci* 2000;22:102-8.
2. Marklund B, Westerlund T, Branstad JO, Sjoblom M. Referrals of dyspeptic self-care patients from pharmacies to physicians, supported by clinical guidelines. *Pharm World Sci* 2003;25:168-72.
3. Westerlund T, Allebeck P, Marklund B, Andersson IL, Branstad JO, Sjoblom M. Evaluation of a model for counseling patients with dyspepsia in Swedish community pharmacies. *Am J Health Syst Pharm* 2003;60:1336-41.
4. Galmiche JP, Clouse RE, Balint A, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1459-65.
5. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1466-79.

Correspondance

Els Mehuys,
Laboratorium voor
Farmaceutische Technologie,
Faculteit Farmaceutische
Wetenschappen (UGent),
Harelbekestraat 72,
9000 Gent

els.mehuys@ugent.be

Apr. Hendrik De Rocker

COMMENT ADMINISTRER DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP) AUX PETITS ENFANTS OU AUX PATIENTS AYANT DES PROBLÈMES DE DÉGLUTITION ?

INTRODUCTION¹

Le reflux gastro-oesophagien est une des affections chroniques les plus courantes du tractus gastro-intestinal et est la conséquence de l'exposition de la partie basse de l'oesophage à l'acidité gastrique. Les bébés (surtout les prématurés) ont plus de risque d'en souffrir suite au fonctionnement encore insuffisant du sphincter oesophagien. Les IPP ont prouvés leur efficacité pour réduire la production acide de l'estomac.

PROBLÈMES DE L'ADMINISTRATION PAR VOIE ORALE DES IPP

Pour les très petits enfants ou les patients ayant des problèmes de déglutition se pose souvent le problème qu'il n'existe pas de forme orale adaptée d'IPP. Pour les petits enfants, il existe en outre le danger que le dosage des préparations disponibles sur le marché ne soit pas adapté. Un problème pharmacologique supplémentaire est la dégradation catalysée par l'acide et l'inactivation des IPP dans l'estomac et surtout le fait qu'ils sont stables chimiquement dans un milieu faiblement alcalin.

Pour illustration^(2,3):

$t_{1/2}$ oméprazole à pH 2	→ 2 minutes
pH 4	→ 10 minutes
pH 7	→ 14 heures
pH 11	→ 300 jours

SOLUTIONS POSSIBLES

a. Suspension d'oméprazole

En raison des problèmes de stabilité mentionnés au préalable, un excipient possédant une capacité suffisante de neutralisation de l'acidité gastrique doit être ajouté à la suspension pour éviter la dégradation lors du passage dans l'estomac. C'est pour cette raison que l'on utilise une solution de bicarbonate de sodium à 8,4%. En outre, il faut également tenir compte de la sensibilité de la préparation à la lumière. Utilisez dès lors toujours un récipient adapté pour délivrer la préparation.

R ⁽⁴⁾ / Oméprazole	2mg/ml
Bicarbonate de sodium	84 mg/ml
Tween 80	1mg/ml
Aqua conservans	ad 100ml

S ⁽⁴⁾ / <10 kg	max 1 mg/kg par jour
10 kg < x < 20 kg	max 10 mg 1 fois / jour
> 20 kg	max 20 mg 1 fois / jour

S ⁽²⁾ / 5 kg	2 ml
10 kg	4 ml
20 kg	8 ml
30 kg	12 ml
40 kg	16 ml
> 50 kg	20 ml

Les concentrations de la formulation ci-dessus ne doivent pas être modifiées car la dose correcte de bicarbonate de sodium par kg de poids corporel doit être respectée.

Mode opératoire: Préparez d'abord une solution de bicarbonate de sodium avec le Tween 80. Ajoutez l'oméprazole et mélangez de préférence avec un agitateur magnétique pendant 30 minutes. Utilisez pour cette préparation l'oméprazole en matière première, l'utilisation d'une spécialité ou d'un générique est déconseillée pour cette formule. La suspension peut être conservée pendant 1 mois entre 2 - 4 °C (4). En raison de la précipitation de la matière première, il est important d'apposer une étiquette "Agiter avant usage". Délivrez également à chaque fois une seringue permettant de mesurer la dose correcte (ex. dose - pack).

Une deuxième formule⁽³⁾ (avec correcteur de goût) pourrait être :

R/ Oméprazole	100 mg
Tween 80	3 gouttes
Bicarbonate de sodium	4,2 g
Aqua conservans	10 g
Esprit d'anis	6 gouttes
Excipient à la gomme xanthane	ad 50 ml

Inconvénients de la suspension :

- La biodisponibilité d'une suspension d'oméprazole est inférieure à celle des spécialités orales sous forme de capsules.
- La suspension doit être conservée au frais et agitée avant chaque usage.

Quelques remarques :

- Il semble que le goût du bicarbonate de potassium soit meilleur que celui du bicarbonate de sodium. Dans certains cas, on peut donc opter pour ce produit. Attention, les doses journalières pour le KHCO₃ sont différentes :

1 - 6 mois	400 mg
6 - 12 mois	700 mg
1 - 3 ans	3000 mg
4 - 8 ans	3800 mg.

Mots clés

Inhibiteurs de la pompe à protons, IPP, problèmes de déglutition, bébés, suspension d'oméprazole, préparation magistrale, problèmes de stabilité

- Le KHCO_3 ne peut pas être utilisé chez les patients insuffisants rénaux et il a plus d'effets secondaires que le bicarbonate de sodium !^(7,10)
- Outre l'esprit d'anis, l'arôme caramel et l'arôme de banane peuvent être utilisés. Par exemple, la formule utilisée par l'hôpital Virga Jesse (NON remboursée par l'INAMI) est :
 - Oméprazole 200 mg
 - Glycérol 5 ml
 - Sorbitol 30 g
 - NaEDTA 0.1 g
 - Arôme caramel 5 g
 - Sodium bicarbonate solution 8.4% B52 Braun ad 100 ml⁽⁷⁾
- Ne jamais utiliser des arômes de fruits acides et contrôlez au minimum le pH (il doit être d'au moins 9).
- Une alternative remboursée pourrait être la teinture d'oranges amère à 1 à 2 %. Il semble qu'un goût très amer est mieux corrigé par un autre goût amer plus agréable.

b. Administration rectale d'oméprazole⁽³⁾

Il s'agit d'une alternative encore peu fréquente et non remboursée. De recherches à l'université de Seoul, il ressort que l'absorption à partir de la base Witepsol H15 n'est pas significativement différente de l'absorption à partir de capsules d'oméprazole. Cette préparation peut être une alternative. Utilisez de préférence des moules à suppositoires synthétiques pour réduire le risque d'oxydation.

c. Administration d'oméprazole à partir de Losec Mups^{®(2,8)}

Il est également possible de laisser se dissoudre les Losec Mups[®] dans un petit volume d'eau ou encore mieux dans une boisson légèrement acide (2 cuillères à thé au minimum). La stabilité est garantie pendant 30 minutes. Du yaourt entier peut éventuellement y être ajouté. Ne jamais mâcher ou écraser les Mups.

Si les Losec Mups[®] sont administrés par sonde gastrique (8CH au minimum), il est préférable de dissoudre les Mups pendant 2 minutes dans 5 ml de l'eau et d'y ajouter 15 ml de sirop simple ou 5 ml de yaourt entier. Aspirez le mélange dans une seringue et injectez en une fois dans la sonde, puis rincez avec 10 ml d'eau.

Remarque : en cas d'administration de la suspension par sonde jéjunale, il n'est pas nécessaire de tamponner.

d. Que peut-on faire avec les autres IPP ?

Une étude sur la stabilité des autres IPP en suspension (sodium bicarbonate 8,4 %) a été faite (1) avec le lansoprazole (Dakar[®]), le rabéprazole (Pariet[®]), le pantoprazole (Pantozol[®], Zurcale[®]) et l'ésoméprazole (Nexiam[®]). Seul le pantoprazole est utilisable de par sa stabilité (stable 62 jours à 4°C). Mais il n'est utilisé que dans une seule publication en spécialité pour préparer une suspension⁽⁹⁾.

Remarque : aux Pays Bas, il existe une forme galénique de Nexiam[®] spécialement adaptée aux enfants. Il s'agit de sachets destinés à réaliser une suspension orale (1 sachet = 10 mg). Malheureusement, aucun produit semblable n'est attendu dans les prochaines années en Belgique.

REMBOURSEMENT DE LA SUSPENSION D'OMÉPRAZOLE^(4,5,6)

La suspension est uniquement remboursée pour les patients entre l'âge de 2 ans et 18 ans réfractaires aux autres traitements. La demande d'attestation doit être faite par un pédiatre. La durée maximale de traitement est de 12 semaines. La quantité maximum de suspension remboursable doit tenir compte de la posologie journalière adaptée au poids du patient. L'autorisation obtenue peut être prolongée pour des périodes maximales de 12 semaines après chaque arrêt du traitement pendant au moins 3 mois.

SOURCES

1. Van Doren, E.; Stabilité des inhibiteurs de la pompe à protons en suspensions. Internet
2. AstraZeneca; comm. pers.
3. Van Schoubroeck, T. Suspension oméprazole. AFT 01/06
4. Site web QMP (<http://www.qmp.be>)
5. A.R. 29 janvier 2007 (publication M.B. le 13/03/2007)
6. Site web Fagron (<http://www.fagron.be>)
7. Boîte à questions du prof. Kinget, Katholieke Universiteit Leuven, (<http://pharm.kuleuven.be/pharbio/vraagbox.htm>)
8. LNA help-desk; pers. comm.
9. *Am J Health-Syst Pharm.* 2002; 59:953-956
10. KNMP kennisbank

Baudrant-Boga M¹, Holtzmann J²,
Allenet B¹, Debeauchamp I³,
Giraud-Baro E⁴.

L'ADHÉRENCE THÉRAPEUTIQUE VUE SOUS L'ANGLE D'UNE "HABILITÉ SOCIALE": APPLICATION À UNE POPULATION DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE

INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie sévère, tant par le handicap subi par les patients, les soins qu'elle nécessite, que par le coût financier qu'elle génère^{1,2,3}. Malgré la mise en place, ces dernières décennies, de nouvelles stratégies thérapeutiques médicamenteuses et psychosociales, le pronostic de la maladie reste dépendant de nombreuses variables.

L'observance thérapeutique constitue un des éléments clés de la prise en charge des patients schizophrènes, du fait de son impact majeur sur le pronostic de la maladie, les possibilités de réinsertion des patients et leur qualité de vie^{4,5}.

Il existe un décalage entre la prise en charge "techniquement optimale" d'un patient telle que peut la définir un professionnel de santé et la prise en charge "la plus adaptée possible" aux réalités du patient⁶. C'est ce décalage qui est en jeu, dans la notion d'observance. Selon la définition fondatrice de Haynes, dès 1979, la notion d'observance thérapeutique se

définit comme "l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé"⁷. Selon la définition opérationnelle créée par C. Tourette-Turgis, l'observance thérapeutique désigne "les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux"^{8,9}. Les taux d'observance thérapeutique observés chez les patients psychiatriques sont comparables à ceux retrouvés pour l'ensemble des pathologies chroniques, c'est-à-dire environ 50%. L'observance thérapeutique évolue dans le temps, de 50 % à 1 an et diminue à 25 % à 2 ans de suivi^{11,12}. Dans l'étude CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), à 18 mois, 74 % des patients inclus ont cessé leur médicament antipsychotique et environ 30 % ont interrompu le traitement de leur propre volonté^{13,14}. Les conséquences spécifiques d'un défaut d'observance thérapeutique en psychiatrie sont nombreuses : augmentation du risque de rechutes, de résistances aux traitements ultérieurs, d'aggravation de la maladie sur les plans symptomatologique et fonctionnel¹⁵⁻¹⁹. Les conséquences de la non observance sont in fine, économiques (augmentation des coûts de traitement, du nombre de réhospitalisation)²⁰.

L'utilisation du mot "observance" est actuellement controversée, car si l'observance thérapeutique est définie comme l'étendue des comportements d'un individu par rapport à un avis médical ou à un avis de soignant stipulant des conseils de bonne santé, ceci suppose que le patient ait une attitude "d'obéissance" par rapport au soignant qui aurait "autorité" sur lui. Différents auteurs préconisent donc l'utilisation du terme "adhérence"²¹. L'adhérence thérapeutique est définie comme le fait que le patient persiste dans la mise en pratique d'un comportement, le respect ou l'entretien régulier de celui-ci, ce qui reflète sa ténacité à maintenir ce changement de comportement au fil du temps et son implication dans le processus²². Le terme d'adhérence thérapeutique est donc ici retenu, car en accord avec les principes de la démarche de prise en charge globale en psychiatrie.

Mots clés

Adhérence thérapeutique, habiletés sociales, réhabilitation psychosociale, schizophrénie, consultations individuelles

Key-words

Treatment adherence, social abilities, psychosocial rehabilitation, schizophrenia, individual consultation

Résumé

Des programmes de réhabilitation psychosociale ont été mis en place afin de permettre le développement, chez les patients schizophrènes, d'habiletés sociales nécessaires à une vie autonome. Prenant en compte le défaut d'adhérence thérapeutique et les déficits dans l'acquisition des habiletés sociales observés chez les patients schizophrènes, des dispositifs psychoéducatifs ciblant l'adhérence thérapeutique ont été développés. Cependant, un an après leur sortie d'hôpital, seule la moitié des patients schizophrènes sont adhérents aux traitements neuroleptiques. L'objectif de ce travail est d'exposer les concepts qui sous-tendent une approche de l'adhérence thérapeutique en tant qu'habileté sociale dans un processus de réhabilitation psychosociale et de décrire une illustration dans le cadre d'un suivi psychoéducatif personnalisé de patients schizophrènes. Nous proposons de 1. faire le point sur le concept de réhabilitation psychosociale ; 2. dans ce cadre, décrire les moyens actuellement à disposition pour optimiser l'adhérence thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie ; 3. décrire un dispositif psychoéducatif développé au Centre Hospitalier de St Egrève, France, ciblant le développement d'habiletés sociales nécessaires à l'optimisation de la capacité du patient à être adhérent. Des consultations individuelles sont menées par un trinôme (psychiatre, pharmacien, infirmier référent) associées à un suivi au domicile des patients par les infirmiers référents et éducateurs spécialisés. L'objectif des consultations est

d'identifier les points sur lesquels agir pour développer les capacités des patients à être adhérents, travailler sur la prise de conscience, la motivation et ainsi permettre un interfaçage avec les autres soins de réhabilitation psychosociale.

Abstract

Psychosocial rehabilitation programs are available for schizophrenic patients to develop social abilities. Taking into account deficits in drug compliance of such patients, psycho-educational programs have been developed to tackle patients' abilities to take their drugs. One year after discharge from psychiatric facilities however, only 50% of the psychotic patients are still compliant with their drug treatment. The aim of our paper is to describe concepts associated with drug adherence as a social ability, and to illustrate these concepts with a program designed for psychotic patients. First, we define the concept of social rehabilitation, second, we describe strategies available to enhance adherence to drug treatment, third, we present a psycho-educational program developed at St Egrève hospital, France. This program is centered on the patient's own capacities to become adherent. Individual in-patient consultations, developed by a team of 3 professionals (psychiatrist, pharmacist, nurse) are linked to individual follow-up at home. Their scope is to identify specific targets for the patient's self-efficacy to run his drug treatment in an autonomous way.

Différents facteurs influençant les comportements d'adhérence thérapeutique des patients schizophrènes peuvent être identifiés, liés au patient, au système de soins, au médicament²³:

- Ceux liés *au patient lui-même et à ses spécificités* : les interférences causées par la présence de symptômes psychotiques résiduels, la capacité d'insight (perception et conscience de son propre trouble²⁴), les représentations et l'acceptation ou non de la maladie, la perception du risque par rapport à son état de santé. Une vulnérabilité psychologique et la présence de troubles cognitifs chez ces patients, sont susceptibles de gêner les processus de compréhension et d'apprentissage. Les troubles cognitifs sont représentés par des troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives (planification, flexibilité mentale...) et de troubles visuo-constructifs (difficultés à percevoir les relations spatiales)^{25,26};
- Ceux liés *au système de soins* : la qualité de la relation entre le patient et les soignants, l'accès aux soins, l'offre de programmes éducatifs, la structuration d'une organisation multiprofessionnelle centrée sur le patient (réseaux de soins, centres médico-psychologiques, maison des usagers), l'harmonisation des informations données au patient...²⁷;
- Ceux liés *au médicament* : la complexité des prescriptions, les représentations et la perception de l'intérêt des médicaments, leurs effets indésirables, leurs modalités d'administration²⁸⁻³⁰.

L'objectif de l'amélioration de l'adhérence thérapeutique chez les patients schizophrènes est d'optimiser non seulement la prise en charge initiale pour obtenir une rémission fonctionnelle durable mais aussi lors d'un suivi sur le long terme, afin de diminuer la fréquence des rechutes, la chronicisation du trouble et d'améliorer la qualité de vie^{32,33}.

L'objectif de ce travail est d'exposer les concepts qui sous-tendent une approche de l'adhérence thérapeutique en tant qu'habileté sociale, dans un processus de réhabilitation psychosociale et d'illustrer ce concept dans le cadre d'un suivi psychoéducatif personnalisé de patients schizophrènes.

Nous proposons de 1. présenter le concept de réhabilitation psychosociale; 2. décrire les moyens actuellement à disposition pour optimiser l'adhérence thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie; 3. décrire un dispositif psychoéducatif ciblant le développement d'habiletés sociales nécessaires à l'émergence et le maintien de la capacité à être adhérent, intégré aux interventions psychoéducatives existantes au Centre Hospitalier de St Egrève, France.

1. Le concept de Réhabilitation Psychosociale

Une démarche de réhabilitation désigne les actions à développer pour "optimiser les capacités persistantes du sujet et atténuer les difficultés résultantes des conduites déficitaires ou anormales"³⁴⁻³⁶.

La réhabilitation psychosociale des patients psychotiques chroniques vise à "améliorer le fonctionnement de la personne, de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans un milieu de son choix, avec le moins d'interventions professionnelles possibles"^{37,38}. Dans cette optique, la prise en charge des patients atteints de schizophrénie se fonde sur les potentialités de l'individu.

Un programme global de réhabilitation psychosociale vise l'acquisition et le développement de habiletés sociales nécessaires à une vie autonome et satisfaisante dans des domaines de fonctionnement précis. Les habiletés sociales recouvrent des savoirs (connaissances), des savoir-faire comportementaux (habiletés de communication verbales et non verbales...) ainsi que des savoir-faire cognitifs (habiletés à résoudre des problèmes...), nécessaires à un bon fonctionnement dans la vie quotidienne.

Dans une démarche de réhabilitation, il s'avère nécessaire d'identifier avec le patient un objectif global de réhabilitation, par exemple, habiter seul en appartement. Le travail consiste alors à examiner les habiletés et ressources nécessaires à la réalisation de cet objectif et à évaluer où se situe actuellement le patient par rapport à chacune de ces habiletés et ressources. Par exemple, combien de repas le patient devra-t-il pouvoir préparer lui-même (habileté) sur une base hebdomadaire (niveau nécessaire) et combien peut-il en préparer actuellement (niveau actuel). Si un déficit est constaté, à quel organisme (ressource) pourra-t-on alors s'adresser ? On planifie alors les différentes interventions nécessaires à atteindre le(s) objectif(s), sur les thèmes suivants : faire ses courses, entretenir son appartement ...

Quelle intégration de la problématique d'adhérence médicamenteuse dans le processus de prise en charge globale du patient ou réhabilitation psychosociale ?

2. Optimisation de l'adhérence thérapeutique chez les patients schizophrènes : Moyens existants

Quels moyens mettre en œuvre, dans un processus de prise en charge globale du patient, sur chacun des 3 facteurs préalablement décrits qui influencent les comportements d'adhérence thérapeutique des patients schizophrènes ?

Concernant les facteurs influençant l'adhérence thérapeutique liés *aux médicaments*, une rationalisation des prescriptions (nombre de médicaments, de prises, nombre de comprimés par prise) permet de simplifier et de faciliter la compréhension des traitements. La mise à disposition dans les stratégies thérapeutiques existantes de forme galénique à action prolongée est apparue intéressante du fait de l'espacement des injections et de leurs réalisations en institution ou dans les centres médico-psychologiques. Cette alternative efficace reste à discuter avec chaque patient en fonction de ses attentes et besoins³⁹. L'utilisation de traitements mieux tolérés, notamment sur le plan de la survenue d'effets indésirables de type extrapyramidaux, représente aussi une aide à l'adhérence des patients aux traitements^{40,41}.

Concernant les facteurs influençant l'adhérence thérapeutique liés *au système de soins*, un travail d'harmonisation des informations données aux patients par les différents soignants doit être réalisé, ainsi qu'une amélioration des interfaces entre les différents soignants rencontrés par le patient dans son parcours de soins : utilisation d'outils de transmission d'informations et pédagogiques communs, séances de débriefing, de synthèse entre les différents acteurs du parcours de soins du patient, traçabilité des informations dans le dossier des patients, organisation structurée de la prise en charge entre les acteurs institutionnels et ambulatoires (lien réalisé par les infirmiers référents, suivi individuel régulier afin d'identifier les besoins du patient et adapter l'accessibilité aux soins selon ses possibilités)^{31,42}.

Concernant la dimension de l'adhérence thérapeutique inhérente *au patient lui-même* et à ses spécificités psychologiques et cognitives liées à la schizophrénie, différents dispositifs, basés sur une approche psychoéducative, ont été développés afin de répondre aux attentes et besoins de ces patients⁴³. La psychoéducation est définie selon Goldman, comme "l'éducation et la formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique, dans des domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation (l'acceptation de la maladie, la coopération active au traitement et à la réadaptation, l'acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées aux troubles psychiatriques). La psychoéducation s'applique, tant au patient qu'à son entourage. Cette démarche structurée de psychoéducation s'intègre dans le cadre du référentiel de pratiques élaboré par la Haute Autorité de Santé Française (HAS)⁴⁵. Les interventions psychoéducatives (interventions de groupe) intègrent des techniques spécifiques visant à améliorer les capacités d'insight des patients (prise de conscience de sa maladie, de l'utilité, des enjeux des traitements, de la nécessité d'une prise régulière des médicaments...). Cependant, une différence persiste entre la perception du besoin d'un traitement par le patient et son adhérence thérapeutique au quotidien. Une revue portant sur 39 études a permis d'établir un profil des interventions ayant un impact sur l'adhérence thérapeutique. Les approches psychoéducatives utilisées seules ne font en pratique clinique pas la preuve suffisante de leur efficacité (impact modéré) sur l'adhérence thérapeutique. Les auteurs concluent sur un besoin d'associer d'autres interventions au groupe de psychoéducation, par exemple de type thérapies cognitivo-comportementales ou motivationnelles⁴⁶. Trois types d'interventions semblent intéressantes :

a- celles s'appuyant sur les *thérapies comportementales*, utilisant des méthodes de résolution de problèmes, le développement de stratégies d'adaptation⁴⁷. L'efficacité de ce type d'intervention est obtenue par le renforcement de ces stratégies dans le temps. Dans cette optique, l'utilisation d'outils d'aide à la gestion au quotidien des médicaments et à l'organisation des soins comme un pilulier, un agenda semble pertinente ;

b- celles s'appuyant sur les *thérapies cognitives* qui s'intéressent aux croyances, aux représentations des patients par rapport aux médicaments et

à leurs attitudes, leurs comportements induits. L'entraînement aux habiletés sociales proposé, sous forme modulaire, au sein des programmes de réhabilitation psychosociale est basé sur ces techniques cognitivo-comportementales. L'entraînement aux habiletés sociales a démontré son efficacité sur le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie⁴⁸. L'équipe de Liberman a développé un programme divisé en différents modules structurés et interactifs qui vise l'acquisition et le développement d'habiletés nécessaires à une vie autonome et satisfaisante^{49,50}. Dans ce programme, le module "éducation au traitement neuroleptique" a pour objectif rendre actif le patients vis-à-vis de son traitement neuroleptique. Il se décompose en quatre domaines de compétence : obtenir de l'information sur des neuroleptiques ; savoir prendre correctement ses médicaments et en évaluer les effets ; savoir reconnaître les effets indésirables ; savoir discuter des problèmes de médicaments avec les professionnels de santé^{51,52}.

c- la "compliance therapy" utilisée par Kemp et al^{53,54}. Cette intervention s'inspire essentiellement de la technique de l'entretien motivationnel (EM) développée par Milner et Rollnick. Cette technique d'EM s'appuie sur le modèle transthéorique de changement qui décrit l'existence de 5 stades de changement (précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien)^{55,56}. L'EM est une approche guidée, centrée sur la personne, qui vise à obtenir un changement de comportement en aidant la personne à explorer et à résoudre son ambivalence. Cette approche a montré son intérêt dans l'amélioration de l'adhérence thérapeutique chez les personnes souffrant de schizophrénie⁵⁸⁻⁶⁰. Il existe de fait différentes stratégies (groupe de psychoéducation, thérapies cognitivo-comportementales, entraînement aux habiletés sociales, thérapies motivationnelles...) agissant sur l'adhérence thérapeutique des patients souffrant de schizophrénie. Cependant, d'après les chiffres d'adhérence thérapeutique retrouvés dans la littérature, ces stratégies semblent peu efficaces si elles sont utilisées seules, non intégrées, déconnectées de la démarche globale d'accompagnement du patient.

Ce travail propose donc, au sein du processus de réhabilitation psychosociale des patients schizophrènes, un dispositif psychoéducatif personnalisé permettant d'identifier les points sur lesquels agir pour développer les capacités des patients à être adhérents, de travailler sur la prise de conscience, la motivation et ainsi permettre un interface avec les autres soins de réhabilitation psychosociale visant l'adhérence thérapeutique (groupe de psychoéducation, entraînements aux habiletés sociales ...).

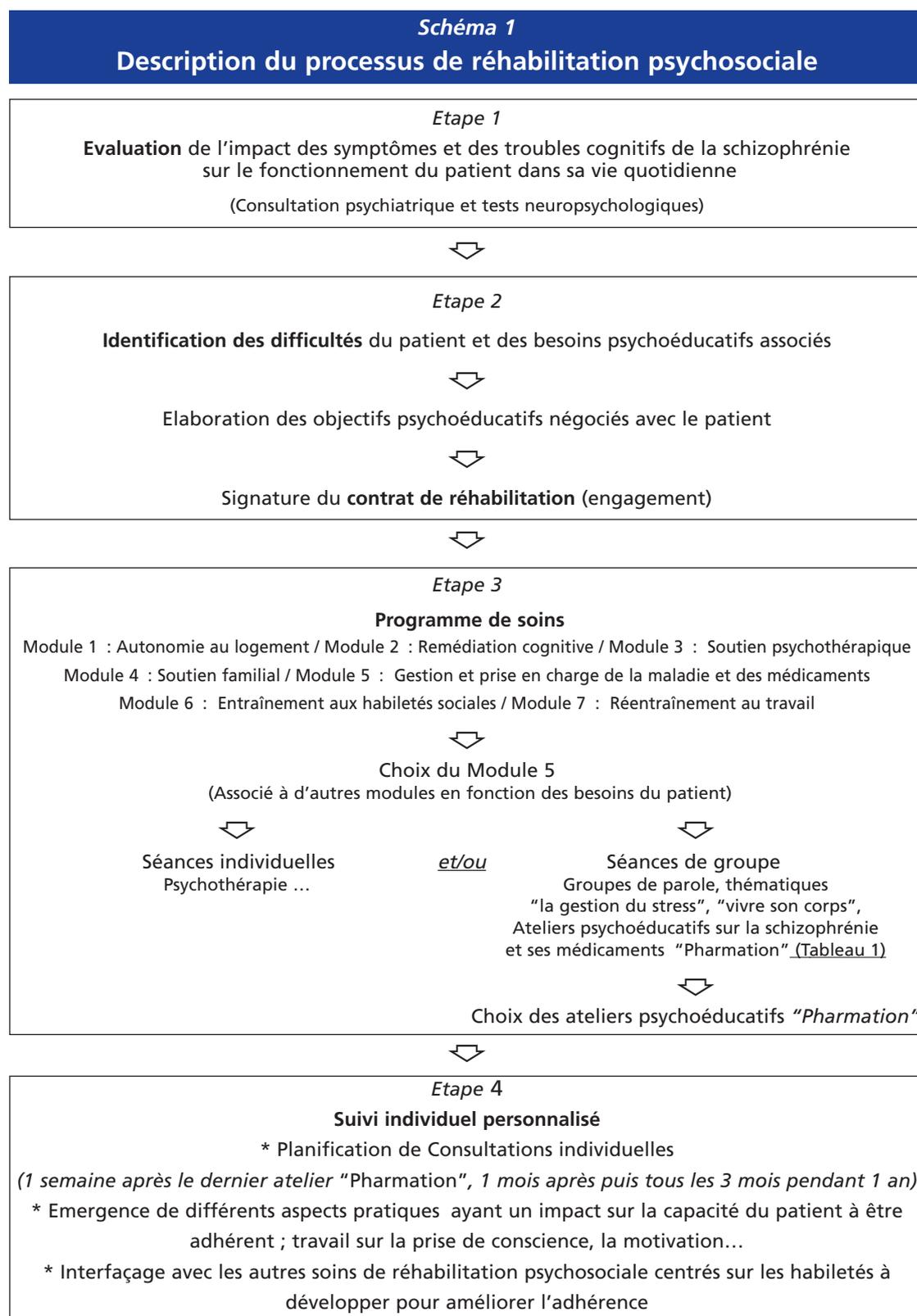
Cette démarche vise la construction d'un projet éducatif personnalisé, partagé avec chaque patient, son entourage et son équipe soignante en accord avec leurs capacités et en interaction avec leur environnement. Le dispositif intègre à la fois des interventions psychoéducatives individuelles et de groupe.

3. Description du dispositif au sein d'un programme de réhabilitation psychosociale (annexe 1)

L'unité Daquin de l'intersecteur de Réhabilitation Psychosociale du Centre hospitalier de Saint Egrève (Isère, France) est une unité intrahospitalière qui accueille des patients souffrant de psychoses présentant une problématique de dépendance à l'institution ou en "panne d'insertion".

Cette unité peut accueillir des patients en hospitalisation complète (21 lits) et en hôpital de jour (40 places). L'équipe de soins est multidisciplinaire, associant psychiatre, pharmacien, infirmier, aide-soignant, assistante sociale, éducateur social, psychologue et neuropsychologue.

Nous décrivons de manière chronologique la démarche de réhabilitation (schéma 1).



Etape 1

La question de départ de toute démarche de réhabilitation consiste à savoir comment la schizophrénie affecte la manière dont les patients fonctionnent dans leur vie quotidienne. Par exemple, les troubles sont-ils responsables de problèmes d'adhérence thérapeutique, de rendez-vous manqués, du retrait social ...?

Le processus débute par une évaluation psychiatrique (symptômes négatifs et positifs, estime de soi, plaintes en lien avec les déficits cognitifs, troubles du cours de la pensée, adaptation sociale du patient...) suivi de tests neuropsychologiques évaluant spécifiquement les déficits cognitifs.

Etape 2

Les difficultés du patient sont identifiées et analysées en corrélation avec les symptômes de la schizophrénie et les troubles cognitifs associés. A partir des besoins sanitaires, sociaux et éducatifs repérés, des objectifs spécifiques sont élaborés, négociés et validés par le patient et le professionnel de santé. Un contrat de réhabilitation intégrant différents thèmes à développer est signé.

Etape 3

Des programmes de soins organisés en modules répondent aux différents thèmes évoqués. Les

intitulés des différents modules sont les suivants :
Module 1 : Autonomie au logement / Module 2 : Remédiation cognitive (technique d'entraînement, assistée ou non par ordinateur, de certaines habiletés cognitives comme les fonctions exécutives, différents types de mémoire, l'attention, le raisonnement logique, les opérations spatiales ...^{62,63}) / Module 3 : Soutien psychothérapeutique / Module 4 : Soutien familial / Module 5 : Gestion et prise en charge de la maladie et des médicaments / Module 6 : Entraînement aux habiletés sociales / Module 7 : Réentraînement au travail.
Le module 5 répond aux besoins de gestion et de prise en charge de la maladie et des médicaments. Il est constitué de différentes interventions individuelles (psychothérapie individuelle par exemple) et de groupe (groupes de parole, groupes thématiques "la gestion du stress", "vivre son corps" et d'ateliers psychoéducatifs sur la schizophrénie et ses médicaments : "Pharmation"). Différentes méthodes pédagogiques peuvent être utilisées comme les méthodes de résolutions de problèmes et la dynamique de groupe.

Si, au sein du programme de soins, le module 5 a été retenu comme répondant aux besoins du patient, le patient pourra choisir les ateliers psychoéducatifs "Pharmation" qui correspondent à 7 séances de groupe (Tableau 1)³¹. Le nombre de

Tableau 1: Descriptif des ateliers psychoéducatifs "Pharmation"

Numéro de séance	Thématiques	Outils pédagogiques utilisés	Intervenants (Binôme)
Séance 1	Définition de la maladie Epidémiologie Causes Facteurs déclenchants Vulnérabilité	Cassette vidéo (interviews et scénarios) Paper-board	Médecin + Infirmier
Séance 2	Symptomatologie	Cassette vidéo (interviews et scénarios) Paper-board	Médecin + Infirmier
Séance 3	Symptômes associés Evolution / Chronicité / Rechutes	Cassette vidéo (interviews et scénarios) Paper-board	Médecin + Infirmier
Séance 4	Identification des médicaments et de leurs rôles Représentations des médicaments Effets positifs et négatifs ressentis par les patients Gestion des effets indésirables	Paper-board Technique du Métaplan Techniques pédagogiques facilitant l'interactivité du groupe Synthèses	Pharmacien + Infirmier
Séance 5	Comment vivre avec mon traitement ? Comment gérer mon traitement au quotidien ? Automédication Interactions médicamenteuses Conduites addictives Identification des ressources Interaction avec les soignants par rapport à mon traitement	Jeux de rôle Mises en situations Exemples de cas pratiques	Pharmacien + Infirmier
Séance 6	Vivre avec sa maladie Recours aux structures de soins Autres offres de soins disponibles	Cassette vidéo (interviews et scénarios) Paper-board	Médecin + Infirmier
Séance 7	Questions-réponses Synthèse	Projection d'un film de synthèse Remise d'un livret de synthèse des différentes séances	Médecin + Infirmier

participants pour un groupe est au maximum de 8 patients (souvent 5-6). Les séances concernent des patients psychotiques qui ont connaissance de leur diagnostic clinique. Les groupes sont animés par un binôme médecin / infirmière ou pharmacien / infirmière, en fonction des thématiques des séances. Toutes les séances sont réalisées sur le mode interactif. L'un des objectifs visé est l'échange d'expériences entre patients autant sur leurs conceptions, représentations de la maladie et des traitements, des situations vécues et les actions envisagées, les stratégies possibles. La parole d'un patient peut faire écho auprès des autres patients et pourra dans certains cas être intégrée dans les représentations, les connaissances antérieures des autres patients, ceci plus facilement que toutes informations données par les soignants. La deuxième séance concernant les médicaments (séance 5) ainsi que la séance 7 (finale) permettent une évaluation formative des patients. En effet, les jeux de rôle ou mises en situation face à la gestion de sa maladie et ses médicaments dans "la vraie vie" permet d'évaluer les compétences acquises par les patients. Le découpage des séances thématiques donne une structure à ce dispositif et la redondance nécessaire pour les patients atteints de schizophrénie.

Etape 4

Afin d'adapter l'aide proposée aux difficultés propres à chaque patient à être observant, un suivi personnalisé individuel est proposé au patient. Les professionnels de santé impliqués sont ceux intervenant au quotidien dans la vie des patients (infirmiers référents et éducateurs spécialisés), en collaboration avec des médecins et pharmaciens travaillant dans le secteur de réhabilitation. Ce suivi est réalisé de la manière suivante :

1- une réorganisation des médicaments prescrits sur l'ordonnance du patient (regroupés par fonction : traitements principal, associé, correcteurs et somatiques) et mise à disposition de piluliers pour chaque patient. Ceci permet de faciliter l'appropriation du rôle des médicaments par le patient et de faciliter la tâche de remplissage du pilulier. Différentes problématiques liées à l'adhérence thérapeutique sont abordées lors de l'utilisation du pilulier - celles liées à la prise du traitement au quotidien: quand prendre le traitement, que faire du pilulier... ;

- celle liées à l'utilisation hebdomadaire : quelles stratégies utilisées pour refaire le pilulier, comment gérer le stock des médicaments, comment utiliser l'ordonnance (renouvellements par exemple). Les infirmiers référents de l'hôpital de jour en collaboration avec la neuropsychologue proposent un temps hebdomadaire consacré au remplissage du pilulier afin que chaque patient puisse s'approprier ce nouvel outil et apprendre à réagir face à des situations du quotidien. Ce temps est réalisé dans un premier temps à l'hôpital, et dès que possible au domicile du patient. Pour certains

patients, un travail autour de la tenue d'un agenda a été entrepris lorsque par exemple l'organisation des rendez-vous était identifiée comme une difficulté.

2- des consultations individuelles menées par un trinôme pharmacien - infirmier référent-psychiatre. La première consultation est proposée systématiquement une semaine après la fin des ateliers "Pharmation" et peut être proposée à des patients ne les ayant pas suivi mais ayant choisi d'autres interventions psychoéducatives ou un suivi individuel spécifique. La durée de cette première consultation est au maximum d'une heure. Il est demandé à chaque patient de venir avec son ordonnance et son pilulier. En s'appuyant sur les connaissances communes échangées durant les 7 séances de "Pharmation" ou lors des différentes interventions psychoéducatives proposées et à partir de la lecture de l'ordonnance, différents thèmes sont abordés : croyances autour de la schizophrénie et des traitements, gestion pratique des médicaments, comportements liés aux occasions spéciales, aux effets indésirables, gestion de l'oubli, motivations... En fin de séance, le patient reformule les stratégies envisagées et peut les inscrire sur son pilulier afin de pouvoir s'y référer. Une nouvelle consultation d'évaluation est réalisée à 1 mois puis à un rythme trimestriel sur une période de 1 an. Ce suivi individuel répond à l'importance des renforcements nécessaire chez les patients schizophrènes inclus dans une démarche éducative du fait de la présence des troubles cognitifs. De plus, durant ce suivi personnalisé (consultations + suivi au domicile par les infirmier(e)s référents), certaines habiletés ayant un impact potentiel sur le comportement d'adhérence thérapeutique devront être renforcées : habiletés de communication, de résolution de problèmes, à établir des limites, à développer un sentiment d'estime de soi et de confiance personnelle, à développer des attentes réalistes, à recouvrir à l'aide nécessaire, à développer et à maintenir un réseau de soutien social.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette nouvelle façon d'aborder le concept d'adhérence thérapeutique ouvre des pistes de réflexion concernant la création de dispositif d'éducation thérapeutique des patients souffrants de maladie chronique. Les interventions éducatives utilisées pour développer l'habileté du patient à être "adhérent" doivent intégrer une approche individuelle associée aux dispositifs de groupes déjà disponibles. Le travail de réhabilitation psychosociale mobilise un entraînement sur plusieurs registres, ce qui rend difficile l'attribution d'une amélioration à une action plutôt qu'à une autre d'où la difficulté de l'évaluation ciblée. Il reste, donc à évaluer l'impact de cette réorganisation du processus de réhabilitation psychosociale.

NOTES

1. Pôle Pharmacie, CHU A. Michallon, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 09.
THEMAS TIMC-IMAG, UMR CNRS 5525, Université Joseph Fourier, Grenoble, France
2. Pôle Psychiatrie et Neurologie, CHU A. Michallon, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 09.
3. Pôle de Transversalité, CH Saint Egreve, 3 rue de la gare, BP 100, 38521 Saint Egreve Cedex
4. Pôle Handicape Addictologie Réhabilitation, CH Saint Egreve, 3 rue de la gare, BP 100, 38521 Saint Egreve Cedex

BIBLIOGRAPHIE

1. Llorca PM, Miadi-Fargier H, Lançon C et al. Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation. *Encephale*. 2005;31(2):235-46
2. Knapp M, Windmeijer F, Brown J et al. Cost-utility analysis of treatment with olanzapine compared with other antipsychotic treatments in patients with schizophrenia in the pan-European SOHO study. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(4):341-58.
3. Mlads DM, Grogg AL, Irish WD et al. Pharmacy cost evaluation of risperidone, olanzapine, and quetiapine for the treatment of schizophrenia in acute care inpatient settings. *Curr Med Res Opin*. 2004; 20(12):1883-93.
4. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, 2004, 2nd edition.
5. Dubeau M.C, Salomé F, Petitjean F. Le programme de remédiation cognitive IPT destiné aux patients schizophrènes : une expérience en hôpital de jour de secteur. *Annales Médico Psychologiques* 2007; 165:195-99.
6. Baudrant M, Calop N, Allenet B. L'éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. *Pharmacie Clinique et Thérapeutique*, 2008, 3^{ème} édition, Ed Masson : 1273- 1287.
7. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. John Hopkins Univ Press, Baltimore, 1979.
8. Tourette-Turgis C, Rébillon M. Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/Sida, de la théorie à la pratique. 2002, Ed Comment Dire.
9. Tarquinio C, Tarquinio M.P. L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques, *Pratiques psychologiques* 2006, doi: 10.1016/j.prps.2006.09.005.
10. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, et al. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*. 2002;2:104-9.
11. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull*.1995;3:419-29.
12. Fenton W, Blyler C, Heinssen R. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*. 1997;23:637-51.
13. Charpentier. A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*. 2009, 55(1): 80-89.
14. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005 22; 353(12):1209-23. Epub 2005 Sep 19.
15. Ayuso-Gutierrez JL, Del Rio Vega JM. Factor influencing relapse in the long term course of schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997; 28(2-3) :199-206.
16. Lieberman JA, Sheitman B, Chakos M et al. The development of treatment resistance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1998; 18(Suppl 1) :20S-4S
17. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*.1991; 17(2) :325-51.
18. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, et al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2000;2:216-22.
19. Llorca P.M. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*. 2008. 161: 235-47.
20. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare costs. *Med Care*. 2005;43:521-530.
21. Cortet B, Bénichou O. Adhérence, observance, persistance, concordance : prenons-nous en charge correctement nos patients ostéoporotiques ? *Revue du Rhumatisme*. 2006, 73 : e1-e9.
22. Price P.E. Education, psychology and compliance. *Diabetes Metab Res Rev*. 2008;24:101-105.
23. World Health Organization. Adherence to long term therapies, time for action. 2003:27-30.
24. M. Bourgeois, T. Haustgen, M. Géraud et al. La conscience du trouble en psychiatrie. Historique : les auteurs classiques. *Ann Med Psy*. 2000;158 :134-47.
25. P. Hardy. Approche clinique de l'information sur les médicaments psychotropes. *Perspectives psychiatrie*. 2000;39,1:8-13.
26. M.C Hardy-Bayle, V Olivier, Y Sarfati et al. Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. *Encycl Med Chir, Psychiatrie*. 1986, 37282, A20:36.
27. M. Faber, M. Vogel, J. Rostaing et al. Amélioration de l'observance médicamenteuse des patients psychotiques chroniques ambulatoires. *J. Pharm. Clin*. 1998; 17(1) : 40-43.
28. A. Schmitt, N. Lefebvre, I Chéreau et al. Insight et observance dans la schizophrénie. *Ann Med Psy*. 2006; 164 : 154-58.
29. Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MWJ, et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull*.2006;4:786-94
30. Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie, *L'Encéphale*. 2008, doi:10.1016/j.encep.2007.12.009.
31. Urquhart J, De Klerk E. Le manque d'observance thérapeutique: l'apport de quelques recherches récentes. *Journal de pharmacie de Belgique*. 1996 ; 51(6) :291-94.
32. Roter DL, Hall JA. Strategies for enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*. 1994;1:80.
33. Harvey PD, Bellack AS. Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia Is Functional Remission a Viable Concept? *Schizophr Bull*. 2009 Jan 6. [Epub ahead of print].
34. Cnaan R.A, Blankertz L, Messinger KW et al.: Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988 ;11(4) :61-77.
35. Vidon G, Antoniol B, Bonnet C et al. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, 1995, Editions Frison-Roche, Paris.
36. Bachrach L.L.: Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long Term Patients, *American Journal of Psychiatry*. 1992,149(11):1455-1463.
37. Giraud-Baro E. Réhabilitation psychosociale en France. *Annales Médico-psychologiques*. 2007 ;165(3) :191-194.
38. Lepoutre R, Kannas S, Giraud-Baro E et al. Soigner, réhabiliter : après le congrès de Réh@b. Pluriels La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Décembre 2005 - Janvier 2006 ; n°54-55 : 1-16.
39. Llorca P.M, Miadi-Fargier H, Lançon C et al. Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation. *Encephale*. 2005;2:235-46
40. Hofer A, Kemmler G, Eder U et al. Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002;1:49-53.
41. Van Putten. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs ? *Arch Gen Psychiatry*. 1974 ;31 :67-72.

42. Lehmann A, Baudrant-Boga M, Allenet B et al. Optimisation de la dispensation des médicaments hospitaliers aux patients ambulatoires Première partie : conception d'un outil d'information destiné au patient. *Journal de pharmacie clinique*. 2008; 27 (1) :35-45.
43. Bordenave-Gabriel C, Giraud-Baro E, De Beauchamp I et al. Peut-on établir un lien entre information, connaissance et observance médicamenteuse chez les patients souffrant de troubles psychotiques ? *J Phar Clin* .2002, 21(2) : 123-2
44. Goldman C.R. Toward a definition of psychoeducation. *Hosp Community Psychiatry*. 1988; 39:666-68.
45. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations : Education thérapeutique du patient. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques Juin 2007 www.has-sante.fr
46. Zygumnt A, Olfson M, Boyer CA et al. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002;10:1653-64.
47. Azrin NH, Teichner G. Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically mentally ill outpatients. *Behav Res Ther*. 1998;36(9):849-61.
48. American Psychiatric Association, Treatment Guidelines for Schizophrenia. 2nd edition, *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161:1-56.
49. Anthony W.A, Liberman R.P. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base, *Schizophr*. 1986;12: 542-59.
50. Liberman R.P, Corrigan PW. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*. 1993 ; 56(3) :238-49.
51. Liberman R.P. Module Education au traitement neuroleptique. Cahier du Participant. adaptation française, Unité de Recherche en Santé Mentale au centre Hospitalier de l'Université Laval (Québec), Réseau Francophone des programmes de réhabilitation psychiatrique. Socrate Réhabilitation Charleroi.
52. Eckman T, Wirshing WC, Marder SR et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1992 ;149(11):1549-55.
53. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 1996; 10;312(7027):345-9.
54. Kemp R, Kirov G, Everitt B et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1998;172:413-9.
55. Prochaska J.O, DiClemente, C.C. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982, 19(3):276-287.
56. DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : stages of change and addictive behaviors. In : Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors*, 1998: 3- 24.
57. W. Miller, C. Butler, S. Rollnick. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. 2007. Ed Guilford.
58. Corrigan PW, McCracken SG, Holmes EP. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability. *Community Ment Health J*. 2001; 37(2):113-22.
59. Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2002; 26(1):23-32.
60. Paillot CM, Csillik A.S. Stades d'observance des patients schizophrènes chroniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2008 ;18 (1) : 32-35
61. Anthony W.A, Cohen M, Farkas M et al. La Réhabilitation psychiatrique. 2004. Socrate Éditions Promarex, Charleroi.
62. Fiszdon JM, Bell MD. Remediation cognitive et thérapie occupationnelle dans le traitement ambulatoire du patient souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*. 2004 ;29(2) : 117-142.
63. N. Franck. Remediation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. *Ann Médico Psycho*. 2007 ; 165(3) : 187-90.

Correspondance

Benoît Allenet, Département de Pharmacie, Pavillon Moidieu, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 9

ballenet@chu-grenoble.fr

A. Hounsa et P. De Mol

ANTIBIOTIQUES DELIVRES SUR CONSEIL PAR LE PERSONNEL DES PHARMACIES PRIVEES DE LA VILLE D'ABIDJAN EN COTE D'IVOIRE

Mots clés

Antibiotiques, conseil, Côte d'Ivoire, pharmacies privées, résistance bactérienne.

Key-words

Antibiotics, advice, Ivory Coast, private dispensaries, bacterial resistance.

Service de Microbiologie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Liège - Université de Liège

Résumé

Position du problème : La délivrance inappropriée d'antibiotiques et le traitement antibiotique inadéquat entraînent l'émergence de résistance bactérienne. Le but de cette étude est d'estimer et de décrire les antibiotiques délivrés sur conseil par le personnel des pharmacies privées de la ville d'Abidjan. Il s'agira aussi de déterminer si les informations données au cours de ces délivrances favorisent une bonne observance du traitement antibiotique par les patients.

Méthodes : Dix-huit pharmacies privées ont été aléatoirement sélectionnées au niveau de la ville d'Abidjan. La délivrance des antibiotiques conseillés par le personnel de ces pharmacies privées a été enregistrée à l'aide de guides d'observation. Des focus groups ont été réalisés avec le personnel des pharmacies privées dans le but d'une meilleure compréhension des faits observés. Dans l'étude, on ne tient compte que des antibiotiques administrés par voie systémique.

Résultats : Mille cent vingt trois achats d'antibiotiques ont été observés au total dont 158 achats délivrés sur conseil par le personnel des pharmacies privées (14.1 %) [95% CI = 12.1-16.3 %]. Les pénicillines, le cotrimoxazole et les macrolides ont constitué les groupes d'antibiotiques les plus conseillés. Les pharmaciens comparativement aux auxiliaires conseillent plus d'antibiotiques aux clients. Les 3 principaux groupes de symptômes ayant entraîné la délivrance d'antibiotiques sur conseil ont été les symptômes respiratoires, gastro-intestinaux et cutanés. Le personnel des pharmacies privées a conseillé presque systématiquement des antibiotiques dans les toux grasses de plus de trois jours de durée sans tenir compte de l'âge, de l'état général et de signes extra-respiratoires des clients concernés. Les durées de traitement

1. INTRODUCTION

La résistance bactérienne est un problème mondial de santé publique se posant avec gravité dans les pays en développement [1]. Face à cette menace, la mise en place de stratégies capables d'endiguer le développement et la propagation de cette résistance doit impliquer tous les acteurs y compris le personnel des officines privées [1, 2]. Malheureusement, le problème dans la plupart des pays en développement est la possibilité d'achat d'antibiotiques sans ordonnance au niveau des pharmacies privées [3]. Cette pratique peut entraîner une délivrance inappropriée d'antibiotiques par le personnel des pharmacies [4, 5] se traduisant par des traitements antibiotique injustifiés et un manque d'informations

antibiotique ont été clairement données dans 25 cas (15.8%) et les informations sur la prise de l'antibiotique en fonction des repas ont été exceptionnellement fournies. Il est ressorti des entretiens de groupes réalisés avec le personnel des pharmacies, qu'il existe des incitants financiers indirects appelés "Unités Gratuites" offerts par les délégués médicaux de certains laboratoires pharmaceutiques et qui favorisent une délivrance excessive des antibiotiques.

Conclusion : Le personnel des pharmacies privées de la ville d'Abidjan conseille aux clients l'administration d'antibiotiques alors que celle-ci est réservée à la prescription médicale. Cela entraîne une délivrance inappropriée des antibiotiques. Certaines informations indispensables à une bonne observance du traitement par les patients, comme la durée de traitement et la prise en fonction des repas, sont souvent omises. Des interventions éducatives à visée du personnel des pharmacies et des mesures favorisant l'application de la législation sur la vente des antibiotiques sont nécessaires pour l'amélioration de la délivrance de ces médicaments au niveau des pharmacies privées de la ville d'Abidjan.

Antibiotics dispensed upon the recommendation of staff in private dispensaries in abidjan in the ivory coast

Summary

Background: The inappropriate dispensing of antibiotics and inadequate antibiotic treatment leads to the emergence of bacterial resistance. The aim of this study is to assess and describe the antibiotics dispensed upon the recommendation of staff in private pharmacies in Abidjan. It is also a matter of determining whether the information given when the drug is dispensed encourages the correct compliance of the antibiotic treatment by the patients.

Methods: Eighteen private pharmacies were selected at random in Abidjan. The dispensing of antibiotics upon the recommendation of staff

aux clients indispensables à une bonne observance du traitement [6, 7].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le respect des Bonnes Pratiques de Délivrance est considéré comme une priorité dans la lutte contre la résistance bactérienne [2] car une mauvaise observance du traitement antibiotique par les patients aussi bien qu'une délivrance inappropriée d'antibiotiques entraînent l'émergence de résistance bactérienne [8, 9]. Les pharmacies privées constituant, dans de nombreux pays en développement, une source importante de conseils pour des patients à la recherche de soins de santé [6, 10], la délivrance inappropriée d'antibiotiques par le personnel de ces pharmacies est un problème inquiétant méritant des stratégies d'intervention.

in these private pharmacies was recorded using observation handbooks. Focus groups were set up with staff from the private pharmacies with the aim of better understanding of the actions observed. In the study, only antibiotics administered in systemic way were taken into account.

Results: One thousand one hundred and twenty-three purchases of antibiotics were observed in total, 158 of which were dispensed upon the recommendation of staff in the private pharmacies (14.1 %) [95 % CI = 12.1 – 16.3 %]. Penicillin, co-trimoxazole and macrolides constituted the most frequently recommended groups of antibiotics. Compared with the assistants, the pharmacists recommended antibiotics more frequently to customers. The three main groups of symptoms leading to the dispensing of antibiotics upon recommendation were respiratory, gastro-intestinal and cutaneous symptoms. The staff in private pharmacies almost systematically recommended antibiotics for loose coughs lasting more than three days without taking into account the customer's age, general condition and extra-respiratory signs. The duration of the antibiotic treatment was clearly given in 25 cases (15.8 %) and information telling customers to take antibiotics at mealtimes was only given on exceptional occasions. It transpired from the meetings conducted with pharmacy staff that there were indirect financial incentives, known as "Unités Gratuites", offered by the medical reps from certain pharmaceutical laboratories, encouraging the excessive dispensing of antibiotics.

Conclusion: The staff in private pharmacies in Abidjan advise customers to take antibiotics even though they are prescription-only drugs. This leads to the inappropriate dispensing of antibiotics. Some information essential for the correct compliance of the treatment by patients, such as the duration of the treatment and taking it at mealtimes, are often omitted. Educational interventions aimed at pharmacy staff and measures encouraging the application of the law on the sale of antibiotics, are necessary to improve the dispensing of these drugs in private pharmacies in Abidjan.

Aussi, une étude a été conduite au niveau des pharmacies privées de la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire avec les objectifs suivants :

- Estimer et décrire les antibiotiques délivrés sur conseil par le personnel des pharmacies privées;
- Déterminer si les informations fournies au cours de cette délivrance d'antibiotiques permettent une bonne observance du traitement par le patient.

Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire, comptait en 2005, selon les données de l'Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire, 330 pharmacies privées. Les pharmaciens ont le monopole de vente des médicaments en Côte d'Ivoire. Dans leur fonction, les pharmaciens titulaires des officines sont aidés par des auxiliaires en pharmacies, qui sont des non pharmaciens et parfois par d'autres pharmaciens appelés pharmaciens assistants.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude transversale a été réalisée, d'octobre 2006 à mars 2007, dans 18 officines privées de la ville d'Abidjan sélectionnées aléatoirement dans la base de données de l'Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire. Dans cette base de données, les officines de la ville sont réparties dans 9 communes sur les 10 que compte la ville (la commune d'Attécoubé ayant été fusionnée avec celle d'Adjamé). Un échantillonnage stratifié a été réalisé en répartissant les pharmacies dans les 9 communes constituant les strates. Dans chaque strate, un tirage aléatoire simple a été ensuite effectué. Les échantillonnages ont été réalisés avec le logiciel S-plus. Ce qui justifie le choix de 18 pharmacies est qu'une centaine de questionnaires structurés et pré-testés ont été adressés, par pharmacie, aux clients qui ont constitué une des 2 unités d'observation de l'étude (les achats d'antibiotiques avec et sans ordonnance et le public achetant des médicaments au niveau de ces pharmacies). L'attitude et la demande du public ne sont pas abordées dans cet article. Cette étude a combiné une méthode d'observation directe réalisée à l'aide de guides d'observation et une méthode qualitative : le *focus group* réalisé après la période d'observation directe. De 8h30 à 17h et pendant 5 jours, dans chaque pharmacie sélectionnée, les achats d'antibiotiques conseillés par le personnel des pharmacies privées ont été enregistrés de même que les informations fournies aux clients sur la prise de l'antibiotique. Dans l'étude, on ne tient compte que des antibiotiques administrés par voie générale (voie orale et parentérale).

2.1. Guide d'observation

L'enquêteur se tenant au comptoir, comme les autres membres du personnel de la pharmacie, a observé les échanges se déroulant entre les clients et le personnel des pharmacies. Le guide d'observation a permis de collecter les informations suivantes sur les antibiotiques délivrés sur conseil : les plaintes des clients, la qualité du dispensateur de l'antibiotique (pharmacien ou auxiliaire), la Dénomination Commune Internationale de l'an-

tibiotique, son dosage, sa forme pharmaceutique, sa voie d'administration, le nombre d'unités conseillés par le personnel et celui réellement achetés par les clients. Il a aussi permis de noter les informations fournies aux clients que sont la posologie, la durée de traitement et la prise de l'antibiotique en fonction des repas. Les personnes pour qui les antibiotiques ont été achetés à la suite de conseil, ont été classés en 2 groupes : les enfants (0 -15 ans) et les adultes (hommes et femmes).

2.2. Focus groups

A la fin de la période d'observation, des *focus groups* ont été réalisés avec le personnel des pharmacies privées. Pour le recrutement des pharmaciens et des auxiliaires en pharmacie, des officines où l'étude par questionnaires ne se déroulait pas ont été sélectionnées. Les demandes de participation ont été envoyées par courrier, suivi d'appels téléphoniques pour confirmer la participation. Le sujet était annoncé dans sa globalité : "On voudrait avoir votre avis sur la délivrance des médicaments". Ceci pour éviter que les participants ne puissent se documenter sur le sujet. La durée des entretiens a été d'une heure trente minutes à deux heures et dirigée par la personne chargée de la recherche qui a utilisé un guide d'entretien. L'ordre des sujets du guide d'entretien a été abordé en spirale en allant du général au particulier. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et une prise de notes a été effectuée par une secrétaire.

2.3. Analyse

Les données ont été encodées avec le logiciel EPI-INFO version 3.3.2 (CDC, USA) et analysées avec le logiciel STATISTICA version 8.0. Les moyennes, les médianes et les écarts-types ont été calculés pour les variables quantitatives et les proportions pour les variables qualitatives. L'existence d'associations et les comparaisons entre les variables qualitatives ont été mises en évidence par des tests de Chi-carré. Les comparaisons entre les variables quantitatives ont été réalisées par l'analyse de la variance. La p-value correspondante aux différents tests statistiques a été considérée significative pour $p < 0.05$.

Les entretiens de groupe ont été retranscrits dans leur totalité, une analyse de contenu et un rapport de synthèse ont été effectués. Les résultats des entretiens ont été associés aux résultats de l'étude quantitative pour une meilleure compréhension des faits observés.

3. RÉSULTATS

3.1. Résultats de l'analyse statistique

Sur les 1123 achats d'antibiotiques observés, 158 ont été réalisés suite aux conseils du personnel des pharmacies soit 14.1% [IC à 95% =12.1-16.3%].

3.1.1. Caractéristiques des achats d'antibiotiques délivrés sur conseil et les principaux groupes d'antibiotiques achetés

Le tableau 1 décrit les caractéristiques des délivrances d'antibiotiques réalisées par le personnel des pharmacies. Les antibiotiques délivrés sur conseil occupent la troisième place derrière les antibiotiques achetés en automédication et ceux achetés à l'aide d'ordonnance. La délivrance d'antibiotiques sur conseil a été principalement réalisée par les pharmaciens assistants et les auxiliaires en pharmacie. Les pharmaciens titulaires bien que parfois présents, restent confinés à la gestion administrative de l'officine. Vingt sept pharmaciens et 96 auxiliaires en pharmacies ont été recensés au niveau des pharmacies impliquées dans l'étude. Les pharmaciens ont délivré plus d'antibiotiques sur conseil 68 (36.4%) que les auxiliaires 90 (9.62%) avec une différence hautement significative ($p < 0.001$). Les pénicillines avec l'amoxicilline, le co-trimoxazole et les macrolides avec l'érythromycine ont constitué les trois groupes d'antibiotiques les plus conseillés par le personnel des pharmacies.

3.1.2. Les principaux symptômes ayant entraîné la délivrance d'antibiotiques sur conseil

Les 3 principaux groupes de symptômes, indiqués dans le tableau 2 et ayant entraîné la délivrance d'antibiotiques sur conseil, sont : les symptômes respiratoires 90 (53.9%), gastro-intestinaux 25 (15%) et cutanés 24 (14.4%). Les symptômes comme la toux grasse (ou toux productive) de plus de 3 jours de durée, les maux de gorge avec douleurs à la déglutition et les rhinorrhées avec un aspect purulent ont orienté le personnel des pharmacies vers des infections respiratoires aiguës. Sept cas de toux grasses ont été associés à la fois au rhume et à la fièvre chez des enfants. Un homme a présenté simultanément une toux grasse, de la fièvre élevée et des douleurs thoraciques. Les symptômes comme les diarrhées et les selles glaireuses ont orienté le personnel des pharmacies vers les infections gastro-intestinales. Deux cas de diarrhées avec présence de sang ont entraîné la

délivrance d'antibiotiques. Les éruptions cutanées ont dirigé le personnel des pharmacies vers des infections cutanées.

3.1.3. Les types d'informations fournies au cours des délivrances d'antibiotiques sur conseil

Selon le tableau 3, on constate qu'au cours des 1123 délivrances d'antibiotiques réalisées par le personnel des pharmacies, il a été peu fréquemment expliqué aux clients : la posologie 313 (27.9%), la prise des antibiotiques en fonction des repas 10 (0.89%) et la durée de traitement 169 (15.1%). Lorsque la posologie a été fournie, elle a été plus donnée au cours de la délivrance des antibiotiques sur conseil qu'au cours de l'automédication et de la délivrance sur ordonnance avec une différence hautement significative ($p < 0.001$). La durée de traitement antibiotique a été plus indiquée au cours des délivrances sur ordonnance 143 (19.8%) et sur conseil 25 (15.8%) qu'au cours de l'automédication 1 (0.31%) avec une différence hautement significative. Les 3 informations fournies sur la prise d'antibiotiques en fonction des repas au cours des délivrances sur conseil ont concerné la flucloxacilline, le céfadroxil et l'ampicilline. Ces antibiotiques devaient être tous pris après les repas selon les indications du personnel des pharmacies.

3.2. Résultats des focus groups

Quatre entretiens de groupe ont été réalisés au total dont 3 avec les pharmaciens et 1 avec les auxiliaires en pharmacie. Les 3 groupes des pharmaciens ont regroupé chacun 8 participants et celui des auxiliaires 10 participants.

3.2.1. Le personnel des pharmacies

a. Raisons liées à la délivrance d'antibiotiques sur conseil par les pharmacies en violation de la législation de vente des antibiotiques

Tableau 1 : Caractéristiques des délivrances d'antibiotiques réalisées par le personnel des pharmacies

Variables	Conseil (n=158)	Automédication (n=242)	Ordonnance (n=723)	P value < 0.05
Personne utilisant l'antibiotique				
Enfants (n=342)	63 (18.4%)	52 (15.2%)	227 (66.4%)	<0.001
Adultes (n=781)	95 (12.2%)	190 (24.3%)	496 (63.5%)	
Quantités de délivrances réalisées par les dispensateurs				
Auxiliaires (n=936)	90 (9.62%)	220 (23.5%)	626 (66.9%)	<0.001
Pharmaciens (n=187)	68(36.4%)	22 (11.8%)	97 (51.9%)	
Voies d'administration				
Voie orale (n=1019)	148 (14.5%)	200 (19.6%)	671 (65.9%)	<0.001
Voie parentérale (n=104)	10 (9.62%)	42 (40.4%)	52 (50%)	
Principaux types d'antibiotiques				
Pénicillines (n=598)	89 (14.9%)	156 (26.1%)	353 (59%)	<0.001
Co-trimoxazole (n=161)	26 (16.2%)	41 (25.5%)	94 (58.4%)	0.227
Macrolides (n=71)	19 (26.8%)	5 (7.04%)	47 (66.2%)	<0.001
Céphalosporines (n=141)	16 (11.4%)	13 (9.22%)	112 (79.4%)	<0.001
Quinolones (n=78)	5 (6.41%)	7 (9%)	66 (84.6%)	<0.001
Tétracyclines (n=42)	3 (7.14%)	11 (26.2%)	28 (66.7%)	0.375

Tableau 2 : Principaux symptômes ayant entraîné l'achat d'antibiotiques sur conseil chez les adultes et les enfants

Symptômes	Répartition en fonction de l'âge Enfants (n=63)	Adultes (n=95)	Effectif	Pourcentage (%)
Symptômes respiratoires	36	54	90	53.9
Symptômes gastro-intestinaux	16	9	25	15
Symptômes cutanés	10	14	24	14.4
Fièvre	8	6	14	8.38
Symptômes urinaires	0	8	8	4.79
Autres	0	6	5	3.59
Total	70	97	167	100

Tableau 3 : Informations fournies par le personnel des pharmacies au cours des délivrances d'antibiotiques

Variables	Conseil (n=158)	Automédication (n=242)	Ordonnance (n=723)	P value < 0.05
Posologie fournie	152 (96.2%)	18 (7.44%)	143 (19.8%)	<0.001
Prise en fonction des repas	3 (1.90%)	0 (0%)	7 (1.94%)	0.132
Durée de traitement fournie	25 (15.8%)	1 (0.41%)	143 (19.8%)	<0.001

Au cours des entretiens de groupe, il est ressorti que le personnel des pharmacies délivrait des antibiotiques sur conseil aux clients pour les 5 raisons suivantes :

- La première serait dans le but de soigner et de soulager les patients qui étaient à la recherche de soins et qui, pour des contraintes financières ou de temps, ne pouvaient pas se rendre à l'hôpital.

Une pharmacienne a mentionné :

"Je conseille des antibiotiques aux clients si c'est nécessaire parce que je reçois beaucoup de gens qui refusent de se rendre à l'hôpital car ils estiment perdre trop de temps à l'hôpital ou pour eux l'hôpital est cher car il faut payer la consultation et ensuite les médicaments..."

- La seconde raison serait dans un but de soigner le public se situant dans des zones où les centres de santé sont éloignés et où il y a des infirmeries privées tenues souvent par du personnel non qualifié.

Un pharmacien a expliqué :

"Donner des antibiotiques sur conseil n'est pas indispensable mais est souvent nécessaire car au niveau de la zone où je pratique, il n'y a pas de centres de santé à proximité. A la place, il y a plutôt des infirmeries privées "douteuses" où des infirmiers sans qualification pratiquent. Nous sommes à la fois pharmacien et médecin, ainsi dans ces cas, que faudrait-il faire ?"

- La troisième raison serait dans le but de conserver à la fois la clientèle et la « bonne image du pharmacien » qui a toujours le bon médicament pour soulager. Un pharmacien a révélé :

"...Non, mais, nous sommes dans une zone à faible pouvoir économique et lorsque le patient vient nous voir pour un conseil, il sait qu'il doit aller à l'hôpital. Si à chaque fois que la prise d'un antibiotique est nécessaire, nous lui disons d'aller à l'hôpital, il ne reviendra plus nous voir et il croira que c'est parce qu'on ne connaît pas notre métier que l'on le dirige vers les hôpitaux..."

- La quatrième raison serait pour satisfaire les attentes des clients car dans certaines zones, tout

bon traitement signifie un traitement avec un antibiotique.

Un pharmacien a dévoilé :

"Dans certaines zones où j'ai exercé, la population pense que lorsqu'elle est malade elle ne peut aller mieux qu'avec les antibiotiques, donc lorsque vous faites un conseil sans donner un antibiotique c'est comme si vous n'aviez rien fait..."

- La cinquième et dernière raison serait le profit financier du prix de certains antibiotiques. Cette raison financière a été plus clairement dévoilée par les auxiliaires en pharmacie que par les pharmaciens.

Un auxiliaire en pharmacie a affirmé :

"Un jour, j'ai reçu le Directeur Général des Douanes qui avait une grippe avec fièvre et toux grasse. Je lui ai donné une spécialité de l'association Amoxicilline+Clavulanate, du paracétamol et des remontants. Cela dépend de la personne qui est en face de moi, si c'est la dame qui vend au marché, je lui donne seulement des médicaments moins chers contre la grippe..."

Un autre auxiliaire en pharmacie a admis :

"Il y a beaucoup de pharmacies ouvertes à Abidjan et chacune est préoccupée par son chiffre d'affaire donc les conseils donnés au public permettent de délivrer plus de médicaments ce qui constituent des gains financiers..."

Un pharmacien a aussi admis :

"Dans notre pharmacie, les antibiotiques occupent la première place des médicaments délivrés sur conseil..."

b. Raisons liées au conseil presque systématique d'antibiotiques dans les toux grasses

Le personnel des pharmacies a délivré des antibiotiques en présence de toux grasse ayant plus de 3 jours de durée parce que selon eux, la production de mucus bronchique traduisait un encombrement bronchique pouvant conduire à une infection pulmonaire. Une pharmacienne a exposé :

"...dans les toux grasses de plus de 3 jours, je donne des fluidifiants associés à des antibiotiques pour combattre l'infection..."

c. Influence indirecte des médecins sur la pratique officinale

Certains pharmaciens ont déclaré faire référence aux conseils de médecins pour certains cas de pathologies rencontrés en officine ou reproduire les ordonnances des médecins. Un pharmacien a exposé :

“Il arrive que l'on demande conseil à des amis médecins ou qu'on regarde les prescriptions que les médecins font dans des situations similaires. Mais on conseille des antibiotiques lorsque cela est nécessaire...”

d. Contribution de certains laboratoires pharmaceutiques dans la délivrance inappropriée des antibiotiques

Il existe au niveau des pharmacies privées des incitants financiers indirects offerts par les délégués médicaux des laboratoires pharmaceutiques et appelés “unités gratuites”. Cela signifie que lorsque les pharmacies commandent une quantité déterminée de médicaments d'un laboratoire précis, elles ont 10 à 20% en plus du même médicament donné gratuitement.

Les unités gratuites concernent tous les médicaments pouvant être délivrés sans prescription médicale mais aussi les antibiotiques. Un auxiliaire en pharmacie a avoué subir des pressions pour la délivrance de ces unités gratuites.

“Lorsque la pharmacie acquière des unités gratuites, celles-ci sont réparties de façon égale entre les auxiliaires en pharmacie. Quand le public nous approche pour un conseil, ces unités gratuites doivent être dispensées en fonction des symptômes des clients...il y a une pression pour vendre ces unités gratuites...”

4. DISCUSSION

4.1. Manque de formation et de connaissance

Selon la législation pharmaceutique ivoirienne, les pharmaciens n'ont pas le droit de prescrire des antibiotiques de leur propre initiative aux clients. Les antibiotiques sont des médicaments dont l'utilisation nécessite un diagnostic médical précis et le personnel des pharmacies n'a pas les capacités ni la formation nécessaires pour la délivrance de ces médicaments. A l'issue de notre étude, on constate justement qu'il existe une délivrance inappropriée d'antibiotiques sur conseil au niveau des pharmacies privées de la ville d'Abidjan. Les 3 principales infections ayant entraîné la délivrance d'antibiotiques sur conseil sont des infections pour lesquelles les antibiotiques ne sont le plus souvent pas nécessaires car dues la plupart du temps à des virus [11] ou, dans le cas des infections cutanées, ne justifient pas de traitement antibiotique [12]. La notion d'infection pulmonaire est mal comprise chez la plupart des membres du personnel des pharmacies de la ville d'Abidjan engagé dans l'étude. Les infections respiratoires basses sont généralement divisées en bronchites aiguës, en bronchiolites pour lesquelles les antibiotiques ne sont pas recommandés et en pneumonies bactériennes où les antibiotiques sont recommandés [11, 13, 14]. Dans les cas de pneumonie bactérienne, il faut préciser que seule la radiographie du thorax permet de confirmer le diagnostic.

Toutefois, lorsque les ressources sont limitées (comme c'est le cas dans les pays en développement) et que l'on n'a pas souvent accès à ces technologies, le diagnostic est posé sur la base des symptômes cliniques [15]. Ainsi est évocatrice d'une pneumonie bactérienne chez l'enfant de 2 mois à 5 ans, l'association d'une toux pénible et durable et d'une respiration rapide ou dyspnée [15]. Chez les adultes, l'association d'une toux, d'une fièvre d'apparition brutale, d'une altération de l'état général et des douleurs thoraciques est évocatrice d'une pneumonie bactérienne [11]. Compte tenu qu'une utilisation injustifiée et excessive des antibiotiques favorise l'émergence de résistance bactérienne [9], les avantages et les risques de l'utilisation des antibiotiques dans le traitement des infections communautaires courantes doivent être sérieusement pesés avant l'institution de toute antibiothérapie. Précisément parce ce sont des infections communément observées dans la communauté [16] et que le fait de donner habituellement des antibiotiques aux patients dans ces infections communautaires courantes favorise chez ces derniers l'attente d'antibiotiques dans toute prochaine infection similaire qui se déclarerait [17]. Dans notre étude, les cas de toux grasses simultanément associés à la fièvre et au rhume chez des enfants, orientent plutôt vers des rhinopharyngites pour lesquelles les antibiotiques ne sont pas recommandés [11, 18]. Le conseil d'antibiotique pourrait se justifier seulement chez cet homme ayant présenté à la fois une toux grasse, de la fièvre élevée et des douleurs thoraciques faisant soupçonner une probable pneumonie.

4.2. Manque d'informations aux clients sur les modalités d'administration des antibiotiques

Quelque soit le type de délivrance des médicaments (à l'aide d'ordonnance, en automédication ou sur conseil), le personnel des pharmacies a la responsabilité d'assurer l'innocuité, l'efficacité et l'utilisation des médicaments qu'il délivre [19]. De plus, en ce qui concerne les antibiotiques, la mauvaise observance du traitement est à l'origine de l'émergence de résistance bactérienne [8]. La posologie et les caractéristiques pharmacocinétiques de l'antibiotique utilisé (comme l'absorption, la distribution et le métabolisme) sont importantes car elles déterminent les concentrations obtenues dans le site infectieux jouant un rôle décisif dans la sélection des bactéries résistantes [20]. L'absence des informations sur la posologie, la durée de traitement et la prise de l'antibiotique en fonction des repas peuvent favoriser une mauvaise observance du traitement par le patient. Les caractéristiques pharmacocinétiques de certains antibiotiques peuvent être fortement influencées par la prise d'aliments [21]. C'est le cas des molécules suivantes : flucloxacilline, oxacilline, ampicilline, céfuroxime, érythromycine, amoxicilline+acide clavulanique, et clarithromycine. Selon les informations provenant de l'antibioguide du Centre Hospitalier et Universitaire de Liège [21], on constate que : pour la flucloxacilline, les informations données au patient ont été erronées (doit être plutôt administrée 1 heure avant les repas). Il n'y a pas d'influence de la nour-

riture sur la prise du céfadroxil. Pour l'ampicilline, le laps de temps après le repas aurait dû être précisé (2 heures après). Pour les molécules comme l'érythromycine et l'oxacilline, aucune information sur la prise en fonction des repas n'a été mentionnée par le personnel des pharmacies.

4.3. Influence indirecte des médecins sur la pratique officinale

Les pharmaciens exposent les clients à des risques de délivrance injustifiée d'antibiotiques en reproduisant les prescriptions des médecins car ils ignorent la démarche diagnostique engagée par ces médecins et ayant abouti à la prescription d'antibiotiques. Certaines études réalisées dans les pays en développement ont relevé l'influence que les habitudes de prescription des médecins peuvent avoir sur la pratique officinale [22-24]. De plus, les médicaments prescrits par les médecins représentent pour certains patients des sources importantes d'automédication [25]. L'on comprend que les médecins constituent des cibles prioritaires de tout programme d'endiguement de résistance, vue l'influence qu'ils représentent dans les habitudes de consommation pharmaceutique d'une communauté donnée.

4.4. Contribution de certains laboratoires pharmaceutiques dans la délivrance inappropriée des antibiotiques

Certaines pratiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques tendent à favoriser la résistance bactérienne aux antibiotiques actuellement sur le marché [26]. Les incitants financiers indirects offerts par les délégués médicaux des laboratoires pharmaceutiques sous forme "d'unités gratuites" comprenant entre autre des antibiotiques, favorisent la délivrance excessive d'antibiotiques car ils entraînent le stockage de ces antibiotiques dans la pharmacie et un risque de délivrance injustifiée

de ces médicaments. Il a été montré dans une étude en Inde que la délivrance inappropriée d'antibiotiques sans ordonnances au niveau des pharmacies était favorisée par les stratégies de marketing agressives mises en place par les compagnies pharmaceutiques [23].

CONCLUSION

Cette étude met en relief le risque d'émergence de résistance bactérienne que peut avoir la délivrance d'antibiotiques sur conseil réalisée par les pharmacies privées de nombreux pays en développement. Vu le contexte socio-économique et la pénurie de l'offre des soins en Côte d'Ivoire, interdire la délivrance d'antibiotiques sur conseil par les pharmacies privées ne ferait que renforcer un marché parallèle de vente de médicaments déjà en pleine floraison. Ce qui serait plutôt judicieux de faire est d'encadrer cette délivrance d'antibiotiques sur conseil en permettant au personnel des pharmacies d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques adéquates à une bonne prise en charge des infections communautaires courantes simples (leur faire reconnaître aussi les signes de gravité) et sur la résistance bactérienne.

REMERCIEMENTS

Nous voudrions remercier : tout le personnel des pharmacies à Abidjan, où l'étude a eu lieu, particulièrement les propriétaires de ces pharmacies. Mme Dominique Laure FILEE du CERES (Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Environnement et la Santé) de l'Université de Liège pour la formation sur les focus groups. La collecte de données à Abidjan a été réalisée grâce au soutien financier du Service de Microbiologie Médicale du Centre Hospitalier et Universitaire de Liège et celui de la fondation ALICE SEGHERS.

Correspondance

Housna A., Domaine
Universitaire du Sart Tilman
- Bâtiment B23 -
Avenue de l'hôpital N° 3 -
4000 Liège - Belgique ;
Tél. : 0032(0)43 66 24 39/
0032(0)43 66 24 41 ;
Fax : 0032(0)43 66 24 40

housna20003@yahoo.fr

RÉFÉRENCES

- Okeke IN, Laxminarayan R, Bhutta ZA, Duse AG, Jenkins P, O'Brien TF, et al. Antimicrobial resistance in developing countries. Part I: recent trends and current status. *Lancet Infect Dis.* 2005; 5(9): 481-93.
- World Health Organization, WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva (CH): WHO; 2001. 99 p. Report N°: WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2
- Okeke IN, Lamikanra A, and Edelman R. Socioeconomic and behavioral factors leading to acquired bacterial resistance to antibiotics in developing countries. *Emerg Infect Dis.* 1999; 5(1): 18-27.
- Wachter DA, Joshi MP, and Rimal B. Antibiotic dispensing by drug retailers in Kathmandu, Nepal. *Trop Med Int Health.* 1999; 4(11): 782-8.
- Radyowijati A and Haak H. Improving antibiotic use in low-income countries: an overview of evidence on determinants. *Soc Sci Med.* 2003; 57(4): 733-44.
- Lansang MA, Lucas-Aquino R, Tupasi TE, Mina VS, Salazar LS, Juban N, et al. Purchase of antibiotics without prescription in Manila, the Philippines. Inappropriate choices and doses. *J Clin Epidemiol.* 1990; 43(1): 61-7.
- Van Duong D, Binns CW, and Van Le T. Availability of antibiotics as over-the-counter drugs in pharmacies: a threat to public health in Vietnam. *Trop Med Int Health.* 1997; 2(12): 1133-9.
- Belongia EA and Schwartz B. Strategies for promoting judicious use of antibiotics by doctors and patients. *BMJ.* 1998; 317(7159): 668-71.
- Guillemot D, Carbon C, Balkau B, Geslin P, Lecoeur H, Vauzelle-Kervroedan F, et al. Low dosage and long treatment duration of beta-lactam: risk factors for carriage of penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *JAMA.* 1998; 279(5): 365-70.
- Chalker J, Ratanawijitrasin S, Chuc NT, Petzold M, and Tomson G. Effectiveness of a multicomponent intervention on dispensing practices at private pharmacies in Vietnam and Thailand—a randomized controlled trial. *Soc Sci Med.* 2005; 60(1): 131-41.
- AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections ORL et respiratoires basses. Argumentaire (texte long). *Med mal infect.* 1999; 29(4): 205-260.
- Fleming DM, Elliot AJ, and Kendall H. Skin infections and antibiotic prescribing: a comparison of surveillance and prescribing data. *Br J Gen Pract.* 2007; 57(540): 569-73.
- Snow V, Mottur-Pilson C, and Gonzales R. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. *Ann Intern Med.* 2001; 134(6): 518-20.
- Petersen I, Johnson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, and Hayward AC. Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. *BMJ.* 2007; 335(7627): 982.
- UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé. La pneumonie de l'enfant un fléau oublié. Genève (CH) : WHO ; 2006. 40p.
- World Health Organization. WHO report on infectious diseases - Removing obstacles to healthy development. Geneva (CH): WHO; 1999. 68 p. Report N°: WHO/CDS/99.1
- Bent S, Saint S, Vittinghoff E, and Grady D. Antibiotics in acute bronchitis: a meta-analysis. *Am J Med.* 1999; 107(1): 62-7.
- Smucny J, Fahey T, Becker L, and Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 4: CD000245.
- International Pharmaceutical Federation. Good Pharmacy Practice in Developing Countries - Recommendations for Step-Wise Implementation. [Internet]. The Hague (NL) : IFP; 1998. [Consulté en octobre 2008]. Disponible à l'adresse suivante: www.ifp.org
- Jarlier V. Mécanisme de résistance aux antibiotiques. In: Freney J, Renaud F, Hansen W, Bollet C, eds. Précis de bactériologie clinique. Paris: ESKA-Alexandre Lacassagne; 2000: 607-608.
- Damas P, Delporte JP, De Mol P, Demonty J, Ernes C, Frippiat F, et al. Antibio-guide du CHU. Liège: CHU de Liège; 2005.114 p
- Goel P, Ross-Degnan D, Berman P, and Soumerai S. Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework. *Soc Sci Med.* 1996; 42(8): 1155-61.
- Kamat VR and Nichter M. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Soc Sci Med.* 1998; 47(6): 779-94.
- Chuc NT and Tomson G. "Doi moi" and private pharmacies: a case study on dispensing and financial issues in Hanoi, Vietnam. *Eur J Clin Pharmacol.* 1999; 55(4): 325-32.
- Grigoryan L, Burgerhof JG, Haaijer-Ruskamp FM, Degener JE, Deschepper R, Monnet DL, et al. Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? *J Antimicrob Chemother.* 2007; 59(1): 152-6.
- Lexchin J. Favoriser la résistance? Médicaments essentiels: le point. 2000; 28 et 29: 11.

Fiche Pharmacologique

ETRAVIRINE – administration orale (INTELENCE®)

Caractéristiques Générales

GROUPE PHARMACOLOGIQUE

- Antiviraux à action directe, inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase réverse.
- Code ATC: J05AG04.

INDICATIONS

- Traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez les patients adultes prétraités par des antirétroviraux, en association avec un inhibiteur de protéase boosté et d'autres médicaments antirétroviraux.

Le virus de l'immunodéficience humaine

- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui, pour sa réplication, a besoin de plusieurs enzymes dont la transcriptase réverse et la protéase du VIH. Les principales étapes du cycle de réplication sont les suivantes:
 1. fusion de l'enveloppe virale avec la membrane plasmique de la cellule hôte, pénétration dans la cellule hôte,
 2. décapsidation de l'ARN viral et des enzymes virales dans le cytoplasme de la cellule hôte,
 3. transcription de l'ARN viral en ADN viral (provirus) via la transcriptase réverse virale,
 4. pénétration de l'ADN viral dans le noyau cellulaire et introduction de celui-ci dans l'ADN humain (à ce stade, l'infection peut demeurer latente pendant de nombreuses années),
 5. activation de l'ADN viral et transcription en ARN viral,
 6. migration de l'ARN viral dans le cytoplasme et traduction en précurseurs polypeptidiques,
 7. libération (par autocatalyse) de la protéase virale à partir d'un des précurseurs polypeptidiques, maturation (clivages) des précurseurs polypeptidiques en protéines virales (enzymes, protéines de structure) assurée par la protéase virale,
 8. assemblage des nouveaux virions à partir de l'ARN et des protéines,
 9. bourgeonnement des virions hors de la cellule hôte,
 10. maturation des virions qui deviennent infectieux.
- Les antirétroviraux peuvent limiter la réplication du VIH par inhibition de la transcriptase réverse, de la protéase virale, de la fusion du VIH à la cellule hôte, de la protéine CCR5 ou de l'intégrase. Les inhibiteurs de la protéase virale présentent la particularité d'empêcher la réplication du virus dans les cellules déjà infectées (après introduction de l'ADN viral dans l'ADN humain).
- Il existe en fait deux sous-types de VIH, le VIH-1 et le VIH-2. Le VIH-1 est le sous-type responsable de la pandémie. Par contre, le VIH-2 est un sous-type moins virulent (transmission plus faible et durée de latence clinique plus longue) et qui se retrouve principalement en Afrique de l'Ouest. Cependant, le tableau clinique est comparable pour les deux sous-types.
- Pour garantir de meilleurs résultats à long terme, le traitement de l'infection par le VIH est toujours constitué d'une association d'antirétroviraux (le virus VIH devient rapidement résistant à ces médicaments). Actuellement, le traitement comprend deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase réverse (INTR), associés à un inhibiteur de la protéase (IP), à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase réverse (INNTR) ou parfois à un troisième inhibiteur nucléosidique de la transcriptase réverse (trithérapie). Le traitement peut être modifié lorsque des effets indésirables sévères apparaissent ou en cas d'échec. Dans ce cas précis, un nouveau traitement peut être mis en place sur base d'un test de résistance (détermination du génotype du virus pour établir son profil de sensibilité aux différents médicaments). L'efficacité du traitement est évaluée sur base de critères intermédiaires tels que la charge virale et le nombre de lymphocytes CD4 (une des cibles du VIH). Les critères cliniques d'évaluation sont, par exemple, l'incidence des infections opportunistes et la durée de survie.

PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES

- L'étravirine est un inhibiteur non-nucléosidiques de la transcriptase réverse (INNTR) qui se fixe directement sur la transcriptase réverse et bloque les activités ARN-dépendantes et ADN-dépendantes de l'ADN-polymérase en perturbant le site catalytique de l'enzyme.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- 2 x 200 mg/jour (2x2 comprimés), à prendre après un repas.
- L'étravirine doit toujours être administré en association avec d'autres médicaments antirétroviraux qui sont actifs sur le virus du patient.

EFFETS INDÉSIRABLES

- Très fréquents (> 10%) : éruption cutanée
- Fréquents (1-10%) : infarctus du myocarde, thrombocytopenie, anémie, neuropathie périphérique, céphalées, reflux gastro-oesophagien, diarrhées, vomissements, nausées, douleurs abdominales, flatulence, gastrite, insuffisance rénale, lipohypertrophie, sueurs nocturnes, diabète, hyperglycémie, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, hyperlipidémie, dyslipidémie, hypertension, fatigue, anxiété, insomnie.

CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité à l'étravirine ou à l'un des excipients.

PRÉCAUTIONS

- Insuffisance hépatique.
- Hépatite virale.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT**GROSSESSE:**

- Ne pas administrer ce médicament durant la grossesse, excepté en cas d'absolue nécessité et pour autant que le bénéfice attendu justifie le risque potentiel.
- **Catégorie de grossesse B (FDA).**
- Il n'existe pas d'étude pertinente et bien contrôlée concernant l'utilisation de l'étravirine chez la femme enceinte.
- Les études chez l'animal n'ont pas montré d'effets délétères directs ou indirects sur la gestation, le développement embryonnaire/foetal, l'accouchement, et le développement postnatal.
- Un passage transplacentaire a été observé chez des rates gravides, mais le passage transplacentaire de l'étravirine chez la femme enceinte n'est pas connu.

ALLAITEMENT:

- Arrêter l'allaitement.
- On ignore si l'étravirine passe dans le lait maternel.
- Il est recommandé aux femmes infectées par le VIH de ne pas allaiter leurs nourrissons afin d'éviter toute transmission postnatale.

Interactions (Delphi Care)**ASSOCIATION CONTRE-INDIQUÉE PAR MESURE DE PRUDENCE**

- **Millepertuis:** diminution de l'efficacité de l'étravirine.

SUIVI DU PATIENT OU ADAPTATION(S) EXIGÉS

- **Inducteurs enzymatiques (CYP3A4)*:** risque de diminution de l'activité de l'étravirine.

* Carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rifampicine, thiopental.

Commentaires

- Une autorisation de mise sur le marché «conditionnelle» a été délivrée pour Intelence® par le CHMP*. Cela signifie que d'autres données concernant ce médicament, notamment sa sécurité, sont attendues. L'Agence européenne des médicaments (EMA) réévaluera toute nouvelle information sur ce médicament chaque année et, si nécessaire, procédera à la mise à jour du résumé des caractéristiques du produit.
* Le CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) est l'organe d'avis scientifique de l'Agence européenne des médicaments (EMA).
- Deux études de phase III, randomisées, en double aveugle, contrôlées versus placebo (DUET-1 en DUET-2) portant sur des patients lourdement prétraités et porteurs de souches virales présentant des mutations de résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse (INNTR) et aux inhibiteurs de la protéase sont en cours. L'étravirine est étudiée en association avec un « traitement de base optimisé », à savoir l'association darunavir/ritonavir. Ces deux études, qui ne diffèrent que par leur lieu de recherche, ont inclus un total de 1203 patients.
 - Après une durée de traitement ≥ 24 semaines, la charge virale était indétectable chez un plus grand nombre de patients du groupe étravirine par rapport au groupe placebo; ces résultats étaient statistiquement significatifs. De plus, l'étravirine était efficace chez les patients portant un virus résistant aux autres INNTR. En revanche, une résistance croisée a bien été observée: chez les patients en échec virologique au traitement comportant l'étravirine, on a observé des mutations qui sont généralement associées à d'autres mutations responsables de la résistance aux INNTR.
 - L'étravirine était plus efficace que le placebo pour le critère "nouvelle maladie opportuniste ou mortalité", la différence n'était pas significative après un traitement ≥ 24 semaines, mais bien après ≥ 48 semaines.
- L'utilisation de l'étravirine est limitée aux adultes, mais la prudence est requise en cas d'âge avancé (≥ 65 ans) et en cas d'affections hépatiques.
- L'administration avec l'association tipranavir-ritonavir n'est pas recommandée.
- Conclusion: chez les patients infectés par le virus VIH et résistants au traitement antirétroviral optimisé, l'ajout de l'étravirine est plus efficace qu'un placebo.

Références

- **Notice scientifique Intelence®** (Janssen-Cilag; www.emea.europa.eu, consulté le 15/06/2009).
- WINAp. Informatorium Medicamentorum, 's-Gravenhage, KNMP, 2009.
- DRUGDEX® System (Internet database). Greenwood Village, Colo: Thomson Healthcare. Updated periodically. Consulté le 04/06/2009.
- **Farmacotherapeutisch rapport Intelence®**. Consulté le 04/06/2009.
- Prescrire 2008; 28 (300): 733-735 (texte intégral).
- **Rapport européen public d'évaluation (EPAR)**. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Consulté le 08/06/2009.

Fiche Pharmacologique

ACETATE DE ZINC DIHYDRATE – administration orale (WILZIN®)

Caractéristiques Générales

GRUPE PHARMACOLOGIQUE

- Divers produits pour le système gastro-intestinal et le métabolisme.
- Code ATC: A16AX05.

INDICATIONS

- Traitement de la maladie de Wilson.

Maladie de Wilson

1. La maladie de Wilson est une maladie héréditaire rare dans laquelle l'enzyme nécessaire à l'élimination du cuivre contenu dans les aliments est déficiente chez les patients.
2. Le cuivre s'accumule d'abord dans le foie. Lorsque le foie ne parvient plus à stocker le cuivre, celui-ci passe dans le sang et s'accumule dans d'autres tissus et organes, tels que le cerveau et les yeux. Cette accumulation se manifeste par différents types de symptômes, entre autres des troubles neurologiques (moteurs), hépatiques et psychiatriques.
3. L'accumulation du cuivre est un processus évolutif progressif avec issue fatale en l'absence de traitement.

PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES

- Le zinc sous forme de cation constitue la fraction active de l'acétate de zinc dihydraté. Il bloque l'absorption intestinale du cuivre provenant de l'alimentation et la réabsorption du cuivre endogène sécrété. Le zinc induit la formation d'une métallothionéine dans les entérocytes, protéine qui fixe le cuivre, empêchant ainsi son transport dans la circulation sanguine. Le cuivre lié est ensuite éliminé dans les selles après desquamation des cellules intestinales.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Adultes :
 - 50 mg 3 fois par jour, avec une dose maximale de 50 mg 5 fois par jour.
- Enfants et adolescents :
 - Entre 1 et 6 ans : 25 mg deux fois par jour.
 - Entre 6 et 16 ans, si le poids est inférieur à 57 kg : 25 mg trois fois par jour.
 - A partir de 16 ans ou si le poids corporel dépasse 57 kg : 50 mg trois fois par jour.
 - A noter qu'il existe peu de données chez les enfants de moins de six ans.
- Femmes enceintes :
 - 25 mg trois fois par jour, mais la posologie doit être adaptée en fonction des concentrations plasmatiques et urinaires en cuivre.
- Dans tous les cas, la posologie doit être adaptée en fonction du suivi thérapeutique.
- L'acétate de zinc dihydraté doit être pris à jeun, au moins 1 heure avant ou 2 à 3 heures après les repas.
- En cas d'intolérance gastrique, survenant fréquemment lors la prise du matin, cette prise peut être retardée jusqu'au milieu de la matinée, entre le petit déjeuner et le déjeuner. Il est également possible de prendre le médicament avec un peu de protéines, avec de la viande par exemple.
- Chez les enfants ne pouvant pas avaler les gélules, celles-ci doivent être ouvertes et leur contenu mis en suspension dans un peu d'eau (qui peut être sucrée ou aromatisée avec un sirop).
- Lorsqu'un patient passe d'un traitement chélateur (pénicillamine ou trientine) à l'acétate de zinc dihydraté, le traitement chélateur doit être poursuivi et co-administré pendant 2 à 3 semaines. L'administration de l'agent chélateur et celle de l'acétate de zinc dihydraté doivent être séparées d'au moins 1 heure.

EFFETS INDÉSIRABLES

- Fréquents (1-10 %) : irritation gastrique, élévation des taux sanguins d'amylase, de lipase et de phosphatase alcaline.

CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité à l'acétate de zinc dihydraté ou à un excipient.

PRÉCAUTIONS

- L'acétate de zinc dihydraté comme traitement initial des patients symptomatiques n'est pas recommandé en raison de son long délai d'action. Les patients symptomatiques doivent être traités par un agent chélateur dans un premier temps.
- La prudence est requise lorsqu'un patient présentant une hypertension portale passe d'un traitement chélateur à l'acétate de zinc dihydraté.
- Tout surdosage peut entraîner un risque de déficit en cuivre, particulièrement nocif chez les enfants et les femmes enceintes.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

GROSSESSE:

- Les études chez l'animal réalisées avec différents sels de zinc n'ont pas montré d'effets délétères directs ou indirects sur la gestation, le développement embryonnaire ou foetal, l'accouchement ou le développement post-natal.
- L'expérience clinique est limitée mais semble confirmer l'absence de risque chez l'être humain.
- Il est extrêmement important que les femmes enceintes atteintes de la maladie de Wilson poursuivent leur traitement pendant la grossesse. Le choix du traitement à utiliser, zinc ou agent chélateur, revient au médecin.

ALLAITEMENT:

- Ne pas administrer ce médicament ou arrêter l'allaitement (le médicament passe dans le lait maternel).

Interactions (Delphi Care)

- La banque de donnée Delphi Care ne mentionne aucune interaction.
- La notice mentionne que l'absorption du zinc peut être réduite par les suppléments de fer et de calcium, les tétracyclines et les composés phosphorés, alors que le zinc peut réduire l'absorption du fer, des tétracyclines et des fluoroquinolones.
- De plus, il est également mentionné que la co-administration de zinc et d'aliments (tels que le pain, les oeufs durs, le café et le lait) a significativement retardé l'absorption du zinc chez des volontaires sains. Les substances contenues dans les aliments se lient au zinc et l'empêchent de pénétrer dans les cellules intestinales. Cependant, les protéines semblent interférer le moins.

Commentaires

- On dispose de peu d'information quant à l'usage du zinc dans le traitement de la maladie de Wilson. Dans plusieurs études, l'acétate de zinc dihydraté a été comparé avec le sulfate de zinc ou un traitement chélateur à base de pénicillamine.
- L'efficacité de l'acétate de zinc dihydraté dans le traitement de la maladie de Wilson a été évaluée dans une étude ouverte non contrôlée ayant inclus un total de 148 patients dont 85 % avaient déjà reçu un traitement chélateur. Au cours de la première année, on a observé un contrôle métabolique adéquat chez 91 % des patients symptomatiques et chez 87 % des patients ne présentant pas encore de symptômes.
- Selon une comparaison non randomisée entre la pénicillamine et le sulfate de zinc chez 67 patients, l'efficacité à long terme était comparable pour les deux substances. Sur base d'une comparaison indirecte, le traitement par le zinc semblait être mieux toléré.
- Conclusion:
 - Le zinc par voie orale (acétate de zinc dihydraté ou sulfate de zinc) stabilise la majorité des patients présentant déjà des symptômes de la maladie de Wilson.
 - Chez les patients asymptomatiques, le zinc prévient la survenue de signes cliniques et de symptômes.
 - Par rapport à la pénicillamine, le zinc provoque moins fréquemment des effets indésirables sévères.
 - L'efficacité de l'acétate de zinc dihydraté et du sulfate de zinc étant comparable, seul le coût du traitement permet de faire un choix.
 - En pratique, un traitement chélateur à base de pénicillamine est le traitement de premier choix de la maladie de Wilson. L'acétate de zinc dihydraté peut être utile en cas d'efficacité insuffisante de la pénicillamine ou lorsque les effets indésirables sont excessifs. Chez des patients asymptomatiques, quand la diminution des taux de cuivre n'est pas considérée comme urgente, le traitement par l'acétate de zinc dihydraté peut être également envisagé.

Références

- Notice scientifique Wilzin® (Orphan Europe; <http://www.emea.europa.eu>, consulté le 30/04/2009).
- DRUGDEX® System [Internet database]. Greenwood Village, Colo: Thomson Healthcare. Updated periodically. Consulté le 24/04/2009).
- Comité voor Farmaceutische Specialiteiten: Europees Openbaar BeoordelingsRapport (EPAR). The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. (consulté le 24/04/2009).
- Farmacotherapeutisch rapport Wilzin®, College voor Zorgverzekeringen Nederland (<http://www.cvz.nl>, consulté le 30/04/2009).
- Prescrire 2005 ; 25 (266) : 733.
- DOCUFAQ – Zinc per os. Consulté le 30/04/2009.

TRAJET DE SOINS DIABETE

A partir du 1^{er} septembre, un honoraire est prévu pour la délivrance des tiges, des lancettes et des glucomètres par le pharmacien dans le cadre du trajet de soins "Diabète". La majorité des patients diabétiques de type 2 peut parfaitement être prise en charge par la première ligne. C'est d'ailleurs l'objectif de ce trajet de soins multidisciplinaire. Le médecin de famille en est la figure centrale et coordonne la dispensation des soins. Tous les dispensateurs de soins impliqués, dont les pharmaciens, y ont une tâche bien définie.

Le Service Projets Scientifiques CDSP • CWOA a développé plusieurs instruments de travail pour vous permettre de conseiller et d'accompagner au mieux vos patients dans cette tâche ...

Conditions

Quels patients diabétiques de type 2 entrent en ligne de compte pour ce trajet de soins ?

- ♦ Initiation d'une insulinothérapie ou d'un traitement avec un incrétinomimétique ;
- ♦ Passage de une à deux injections ;
- ♦ Contrôle métabolique insuffisant.

Quels patients diabétiques n'entrent pas en ligne de compte pour ce trajet de soins ?

- ♦ Femmes enceintes ou souhaitant l'être ;
- ♦ Diabétiques de type 1 ;
- ♦ Personnes qui ne peuvent se rendre aux consultations.

Autres conditions qui doivent être remplies :

- ♦ Le médecin de famille est en possession du dossier médical global du patient ;
- ♦ Le patient doit consulter son médecin de famille au minimum 2 fois par an et un diabétologue au minimum 1 fois par an ;
- ♦ La signature d'un contrat de trajet de soins.

Les diabétiques doivent consulter leur médecin traitant afin de savoir s'ils peuvent bénéficier d'un trajet de soins !



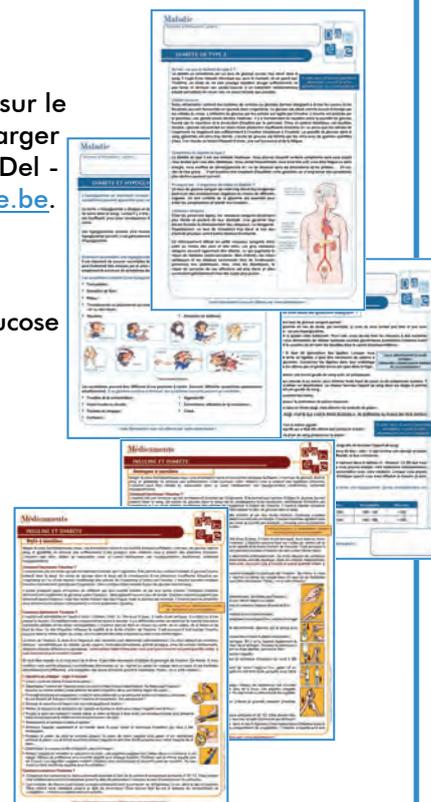
Pour ce trajet de soins, une affiche est à votre disposition. Vous en avez reçu un exemplaire avec les Annales Pharmaceutiques Belges du 1er septembre. Elle peut également être téléchargée sur le site www.apb.be (sous "Trajet de soins"). *N'hésitez pas à placer cette affiche visiblement dans votre officine !*

Pour accompagner votre patient de façon optimale, vous trouverez également des informations **supplémentaires** dans les Bonnes Pratiques en Officine "Diabète type 2 – Conseil & Accompagnement en officine", à consulter via www.apb.be/bonnes-pratiques.

Soutenez votre conseil avec un dépliant. Différents dépliants d'informations sur le diabète et son traitement sont à votre disposition. Vous pouvez les télécharger sur le site www.apb.be/materiels-patients ou, si vous possédez une licence Delphi Care, via votre programme de délivrance officinal, et via www.delphicare.be.

- ♦ Diabète type 2
- ♦ Diabète et hypoglycémie
- ♦ Auto - mesure de la glycémie - Mesurer soi - même son taux de glucose sanguin !
- ♦ Diabète et alimentation
- ♦ Diabète et sport
- ♦ Acarbose et diabète
- ♦ Sulfamidés hypoglycémisants et diabète
- ♦ Glitazones et diabète
- ♦ Metformine et diabète
- ♦ Répaglinide et diabète
- ♦ Gliptines et diabète
- ♦ Insuline et diabète. Injection avec une seringue - NOUVEAU
- ♦ Insuline et diabète. Injection avec un stylo - NOUVEAU
- ♦ Eucreas® et diabète - NOUVEAU
- ♦ Glucovance® et diabète - NOUVEAU
- ♦ Avandamet® et diabète - NOUVEAU

Joignez un dépliant à votre conseil !





COSME / APB

Accompagnement actif de votre patient allergique

www.cosmeapb.be

En tant que pharmacien, vous êtes de plus en plus confronté à des questions de vos patients sur les allergies et les produits cosmétiques qu'ils peuvent utiliser ou non.

Le programme COSME / APB vous offre 3 modules complets pour un meilleur suivi de votre patient allergique :

- ◆ **COSME / APB** permet d'établir des listes positives des cosmétiques utilisables par votre patient allergique parmi vos gammes de soins ! En tête des catégories de produits sont repris les produits cosmétiques à Label. Ces produits sont soumis à des recontrôles réguliers et peuvent être recommandés sans crainte à vos patients !
- ◆ Le module **CFLDR** vous permet d'imprimer des dépliants d'information personnalisés pour votre patient.
- ◆ Enfin, le module **INFAL** vous donne accès à des informations sur tous les allergènes.



Vous pouvez reconnaître les produits à Label à ce logo

Souhaitez - vous utiliser COSME / APB ?

Renvoyez ou faxez le formulaire ci - dessous dûment complété !

Cachet :

N° Matricule :

E - mail : _____

Souscrit un abonnement annuel au programme COSME / APB (version Site Internet).

Prix :

	Membres APB	Non - membres
Cosme	€ 58,08 (TVA incl.)	€ 166,98 (TVA incl.)

Marque son accord pour :

- La reconduction automatique de l'abonnement, sauf annulation écrite au plus tard trois mois avant la date d'expiration ;
- L'interdiction de toute forme de piraterie ;
- Le paiement, dès réception, de la facture qui sera envoyée.

Signature : _____

Date : _____

CDSP·CWOA – Service Projets Scientifiques

M. K. PUTTEMANS • Rue Archimède 11 • 1000 BRUXELLES • Fax 02/285 42 85 • cosme@mail.apb.be