

4 – PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE – DÉMARCHE ÉDUCATIVE



NÉCESSITÉ POUR LE MÉDECIN TRAITANT

- 1) de pouvoir poser un diagnostic précis de l'asthme chez son patient
- 2) d'évaluer la sévérité de cet asthme
- 3) d'avoir une prise en charge adaptée à la sévérité de la maladie et au profil psychologique du malade
- 4) d'assurer un suivi adapté avec les réévaluations nécessaires
- = binôme avec le pneumologue + rôle central au sein de l'équipe pluridisciplinaire si elle existe (kiné, allergologue, psychologue...)

LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

- Prise en charge de l'asthmatique ≠ celle de l'asthme
- Morbidité et mortalité encore trop élevées
- Objectif éducation thérapeutique : rendre la patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie
= responsabilisation du patient
- Programmes éducatifs très variés

LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

- Débute par un diagnostic éducatif
- Programme : 4 composants
 - l'information
 - l'utilisation d'outils d'autosurveillance
 - les visites régulières chez le spécialiste
 - les plans d'action personnalisés (PAPE)
- Information (groupe, individuelle) insuffisante
- Programmes d'autogestion (malades à risques +++)

LE PLAN D'ACTION

- Basé sur des outils d'évaluation : DEP / symptômes (+ utilisation des β -2 agonistes)
- Plan personnalisé, écrit, négocié
- Absence de référentiel (forme, format, outils d'évaluation...) = s'adapter au patient
- 4 questions :
 - quand modifier le traitement ?
 - comment le modifier ?
 - pour combien de temps ?
 - quand recourir à une aide médicale ?
- Plan d'action écrit particulièrement recommandé si asthme persistant modéré ou sévère, exacerbations sévères, asthme difficile à contrôler

EMERGENCY DEPARTMENT/HOSPITAL-BASED EDUCATION

Adults

The Expert Panel recommends that:

- **At the time of discharge from the ED, clinicians offer brief and focused asthma education (Evidence D) and provide patients with an ED asthma discharge plan with instructions to the patients and family for how to use it (Evidence B).**
- **Before patients are discharged home, assess inhaler techniques for all prescribed medications and reinforce correct technique (Evidence B).**
- **At the time of discharge from the ED, patients be referred for followup asthma care appointment (either PCP or asthma specialist) within 1–4 weeks (Evidence B). If appropriate, consider referral to an asthma self-management education program (Evidence B).**
- **Before patients are discharged from a hospitalization for asthma exacerbations, give them asthma self-management education (Evidence B).**

PROPOSITION DE GRADATION DE L'ACTIVITÉ D'ÉDUCATION

Phase	Acteurs	Formation nécessaire des acteurs	Contenu	Besoins de financement
Sensibilisation du grand public	Pouvoirs publics Caisses d'assurance maladie Etablissements de santé		Campagnes de communication ciblées	
Sensibilisation, orientation du patient	Médecins traitants Pharmacies Services d'urgences	Niveau « sensibilisation »	10-15 min dédiées à la sensibilisation, l'explication des démarches d'éducation, les objectifs Voire délivrance du plan écrit	Acte spécifique ?
Sessions d'éducation du patient	Structures d'éducation, en ville ou à l'hôpital, voire cabinets de groupe	Niveau intermédiaire (6 à 10 jours de formation)	Au moins deux sessions de 2 heures, individuelles ou collectives	Financement spécifique : forfait ?
Suivi, renforcement	Médecin traitant, si existe ou structure d'éducation elle-même ou suivi téléphonique ou pharmacie d'officine	Niveau « sensibilisation »	À chaque contact, revenir sur un aspect du programme éducatif pendant 10-15 min	Peut passer dans un acte de consultation

L'ASTHME EN 9 POINTS CLÉS

Les points clés

1. Le diagnostic d'asthme est posé sur la mise en évidence d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO), réversible dans un contexte clinique évocateur
2. Lorsque la clinique est évocatrice d'un asthme et que le VEMS est normal, il faut rechercher une hyperréactivité bronchique pour confirmer le diagnostic
3. La recherche de facteurs aggravants doit être systématique (tabac, allergènes, reflux gastro-oesophagien, pathologie rhino-sinusienne, intolérance à l'aspirine...)
4. Le suivi du patient se fait sur l'évaluation du contrôle de l'asthme
5. Le traitement est basé sur la corticothérapie inhalée et est adapté en fonction du niveau de contrôle de l'asthme
6. L'éducation thérapeutique doit s'intégrer à la prise en charge du patient
7. L'exacerbation peut survenir chez tout asthmatique, de façon plus fréquente chez le patient non contrôlé
8. Le niveau de sévérité de l'exacerbation s'apprécie sur la clinique et guide la prise en charge thérapeutique
9. L'inhalation répétée de β_2 mimétiques et la prise d'une corticothérapie systémique sont les traitements pivots de l'exacerbation modérée à sévère