

**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE  
EDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE &  
PATIENT ASTHMATIQUE**

**Dr Isabelle Tillie-Leblond, CHRU Lille  
& Université de Lille 2**



# DES SERVICES POUR CERTAINS PATIENTS

- Écoles de l'asthme
  - Éducation, écoles...
  - Adapter les propositions à la personne
  - Cadre existant (diagnostic éducatif, objectifs, moyens, évaluation...), mais **rôle essentiel de la relation médecin-malade**
  - Simplifier les propositions... **plan d'action écrit adapté**
- Associations « asthme-allergie » plus orienté Grand Public

# ADHÉRER À SON TRAITEMENT

- Pas fonction de la sévérité
- Le fait d'être non contrôlé, d'avoir des exacerbations dans un contexte de non adhésion au traitement exclue le diagnostic d'asthme sévère → levier à trouver

# ADHÉSION/OBSERVANCE

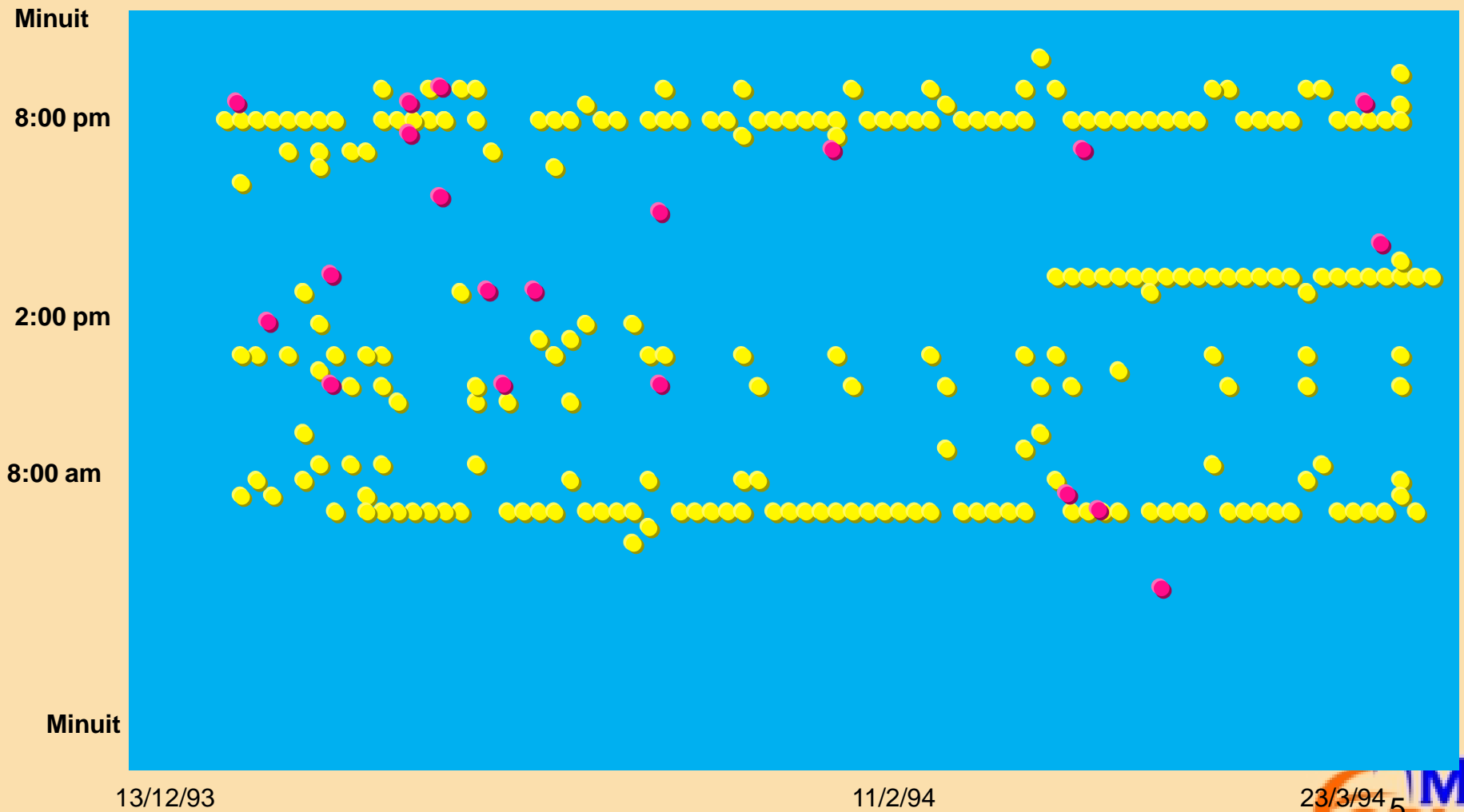
Un Vrai problème quelque soit le niveau de sévérité

- *(Krishnan JA et al. AJRCCM 2004)*
  - 60 patients (46,7 % d'asthme presque fatal)
  - CS inhalés et oraux avec monitoring électronique de la prise.
  - Observance à J7 : 50 %
- *(Blais L Beauchesne MF Thorax 2004)*
  - Conclusions identiques à 6 mois chez l'enfant et l'adolescent.

# Observance rapportée versus réelle

## CI

- 24 enfants (8-12 ans), traitement de fond par CI et  $\beta$ 2-CDA,13 semaines
- Suivi : cahier de suivi, Chronolog



# GINA 2010 : facteurs de non adhésion au traitement

- Inhalateur (technique)



- Instruction non suivie ou non comprise



Stigmatisation / traitement de maladie

- Oubli
- Dén

Innovations :  
les molécules...et les comportements  
les essais thérapeutiques montrent que plus des  $\frac{3}{4}$  des  
asthmatiques peuvent être contrôlés!

- 55,5 % des patients se sentent insuffisamment impliqués dans la décision de traitement (*Caress, Thorax 2005*)



# Une bonne communication favorise une bonne adhésion (evidence B, GINA)

- Regarder la personne (éviter l'ordinateur !)
- Amical, humour, attentif
- Dialogue interactif
- Encouragement
- Empathie, réassurance, s'occuper rapidement des soucis évoqués
- Donner une information personnalisée appropriée
- Trouver des objectifs partagés
- Avoir un retour, et ré-évaluer

# ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE & EFFICACITÉ

- **Écouter le patient**
  - Ses désirs
  - Ses expériences passées
  - Eviter que les propositions/transactions entre offre et besoin soient inadaptées



# ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE & EFFICACITÉ

- **Le patient est plus ou moins spontanément adhérent aux propositions**
  - **50%** des sujets sont obéissants à l'autorité :  
« observants »
- **LES AUTRES ....**

# LA MOTIVATION

- Trouver pour chaque patient SA motivation
  - Le « déclic » qui sera moteur
- Donner confiance
- Discuter, échanger
- Proposer un accompagnement
  - (consultation, appel, mise en situation...)

# LA MOTIVATION

- POSITIF
  - La peur, la pénalisation sont de mauvais outils



# LE MÉDECIN ET LES RECOMMANDATIONS

- Connaissance de la maladie
- Des recommandations
- Suivi +++
- Même si des questions persistent
  - Doses de corticoïdes pour un patient donné ?...

# LES CORTICOÏDES INHALÉS

- **Recommandation : grade A**
  - Diminuent l'inflammation bronchique
  - Diminuent les symptômes diurnes, nocturnes, le recours au traitement de secours, la variabilité de la fonction, la survenue d'exacerbation, la mortalité
  - Améliorent la fonction respiratoire et la qualité de vie
  - AMM : asthme persistant (léger, modéré, sévère) ; Tt long terme
  - Équivalence entre les CI
  - Prévient la mortalité par asthme

# EDUCATION: DES PREUVES ANCIENNES

(Gibson, Cochrane 2002)

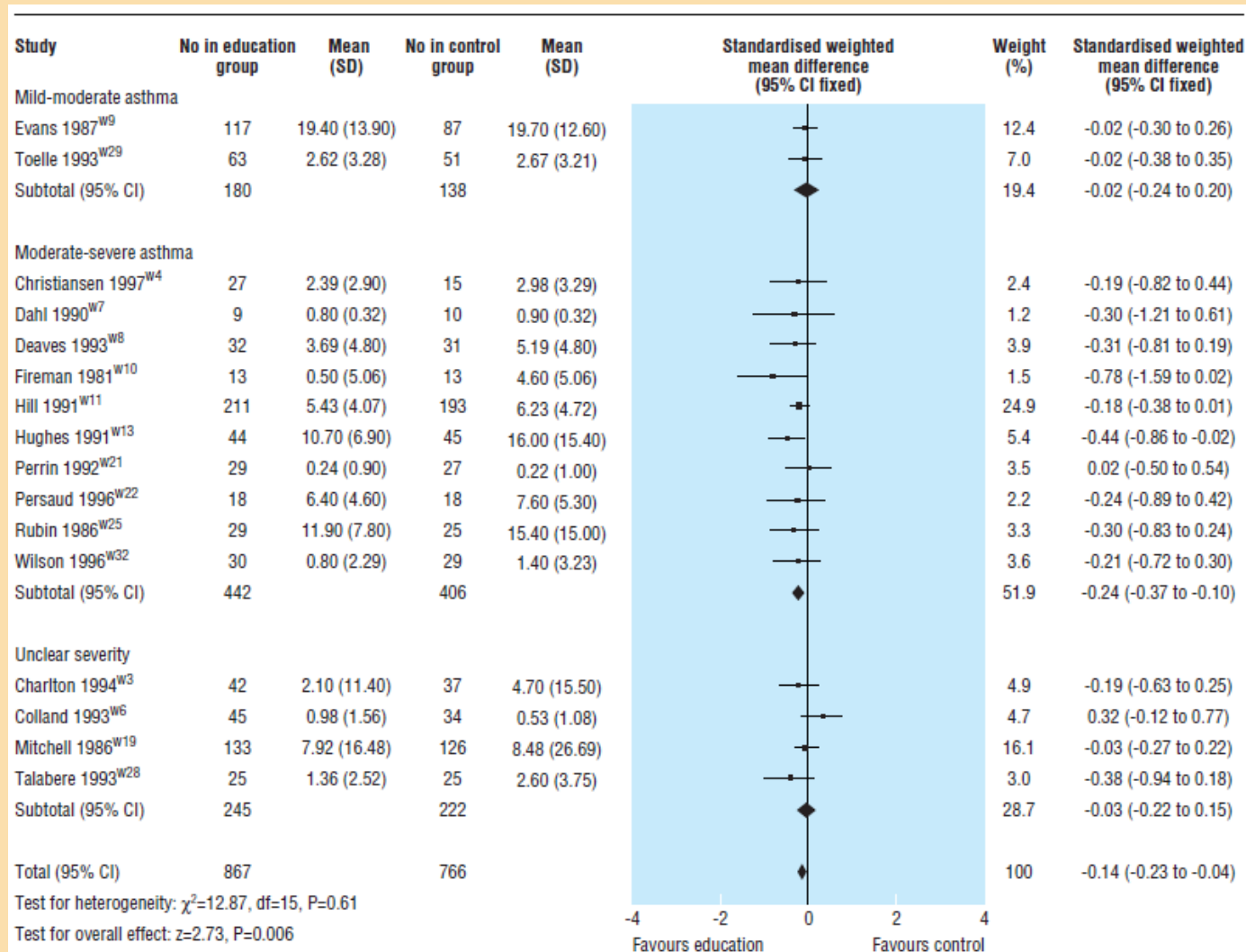
- 36 études randomisées
  - 6000 patients
  - Effet éducation et du « self-management »
    - Connaissances, rôle des traitements, utilisation des inhalateurs, plan d'action écrit
    - Réduction des hospitalisations, des visites aux urgences, absentéisme, qualité de vie, symptômes nocturnes
- +++ patient suivi en consultation, rappel...

# EDUCATION /SELF-MANAGEMENT DES PREUVES ANCIENNES

(Guevara, BMJ 2003)

- Enfant, adolescent et adulte
- 32 études/3706 patients
- 2 à 18 ans
- Fonction respiratoire, gestion des « crises », absentéisme, nombre de jours avec restriction d'activité, visites aux urgences...

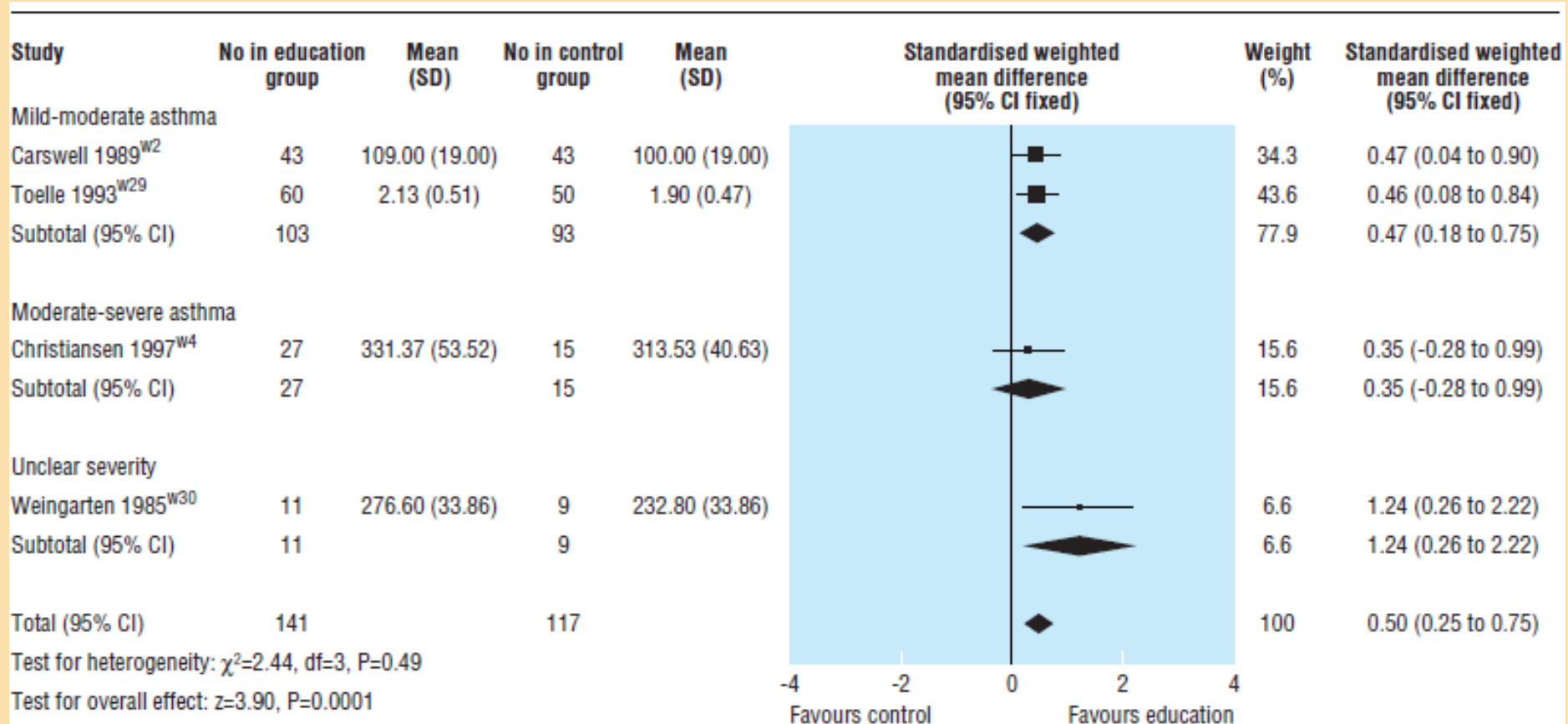
# ABSENTÉISME SCOLAIRE (Guevara, BMJ 2003)



**Fig 2** Effect of educational programmes in self management of asthma on absenteeism from school. Absenteeism refers to number of days absent from school because of asthma or other causes, reported as mean number of days a month, two months, six months, 10 months, or year

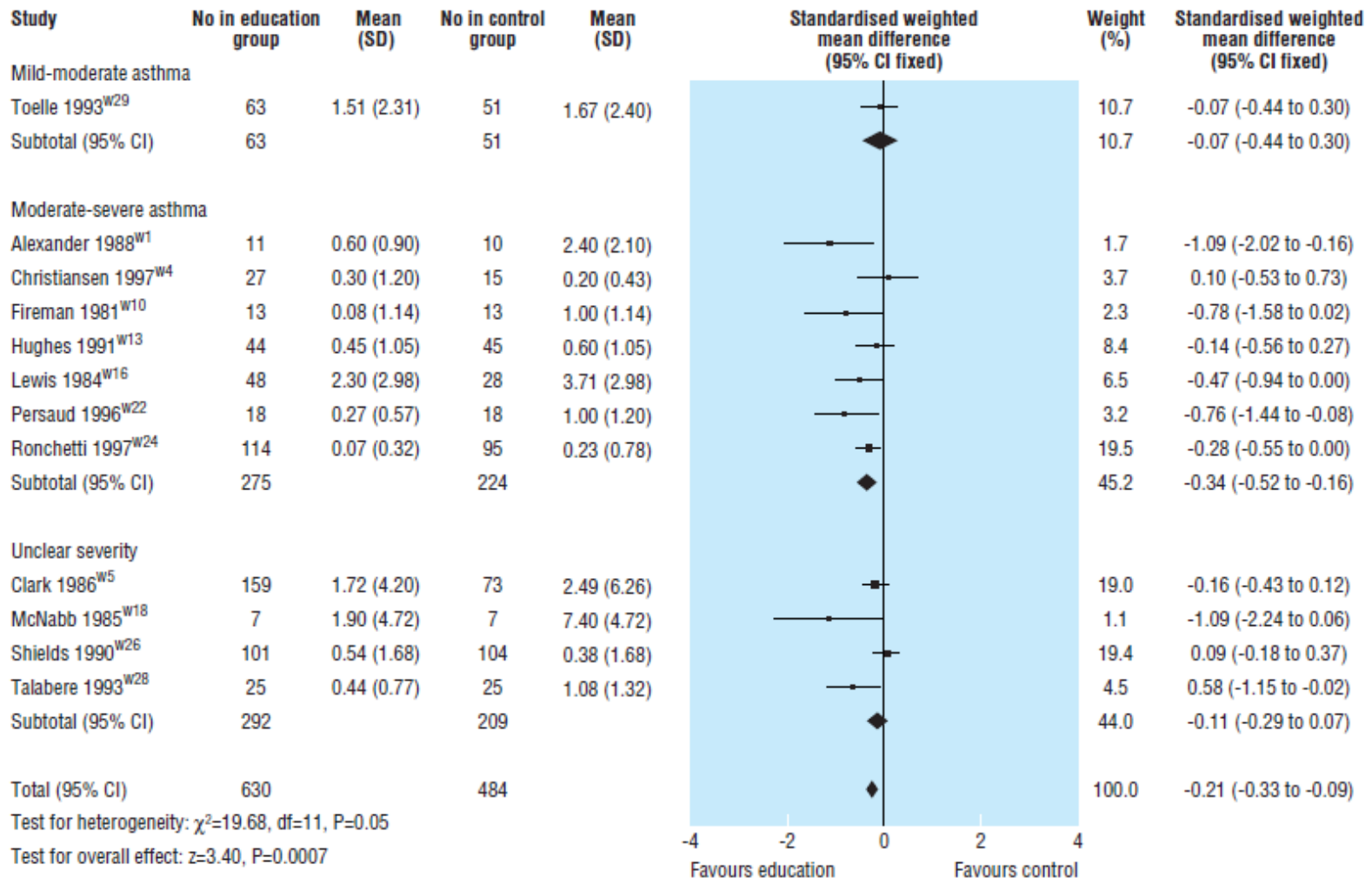
# FONCTION RESPIRATOIRE

## (Guevara, BMJ 2003)



**Fig 1** Effect of educational programmes in self management of asthma on lung function. Lung function was reported as changes in absolute forced expiratory volume in one second or peak expiratory flow rate or as changes in percentage predicted peak flow expiratory flow rate

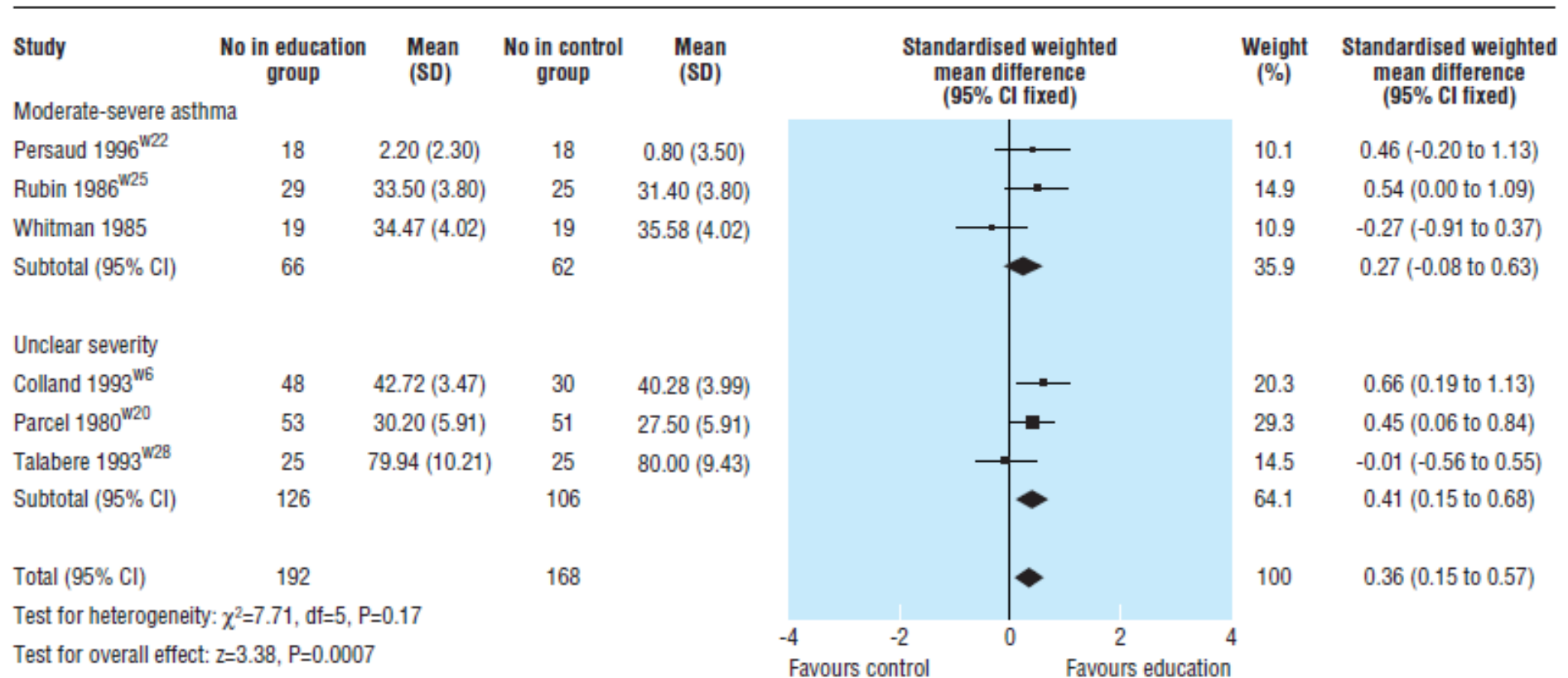
# VISITES AUX URGENCES (Guevara, BMJ 2003)



**Fig 4** Effect of educational programmes in self management of asthma on number of visits to an emergency department. Visits refers to hospital emergency departments, reported as mean number of visits every three months, four months, or year

# CAPACITÉ À AGIR SEUL

## (Guevara, BMJ 2003)



**Fig 3** Effect of educational programmes in self management of asthma on self efficacy measures. Self efficacy measures were reported as coping scores or health locus of control scales

# EDUCATION/MINIMUM REQUIS

## BMJ 2007

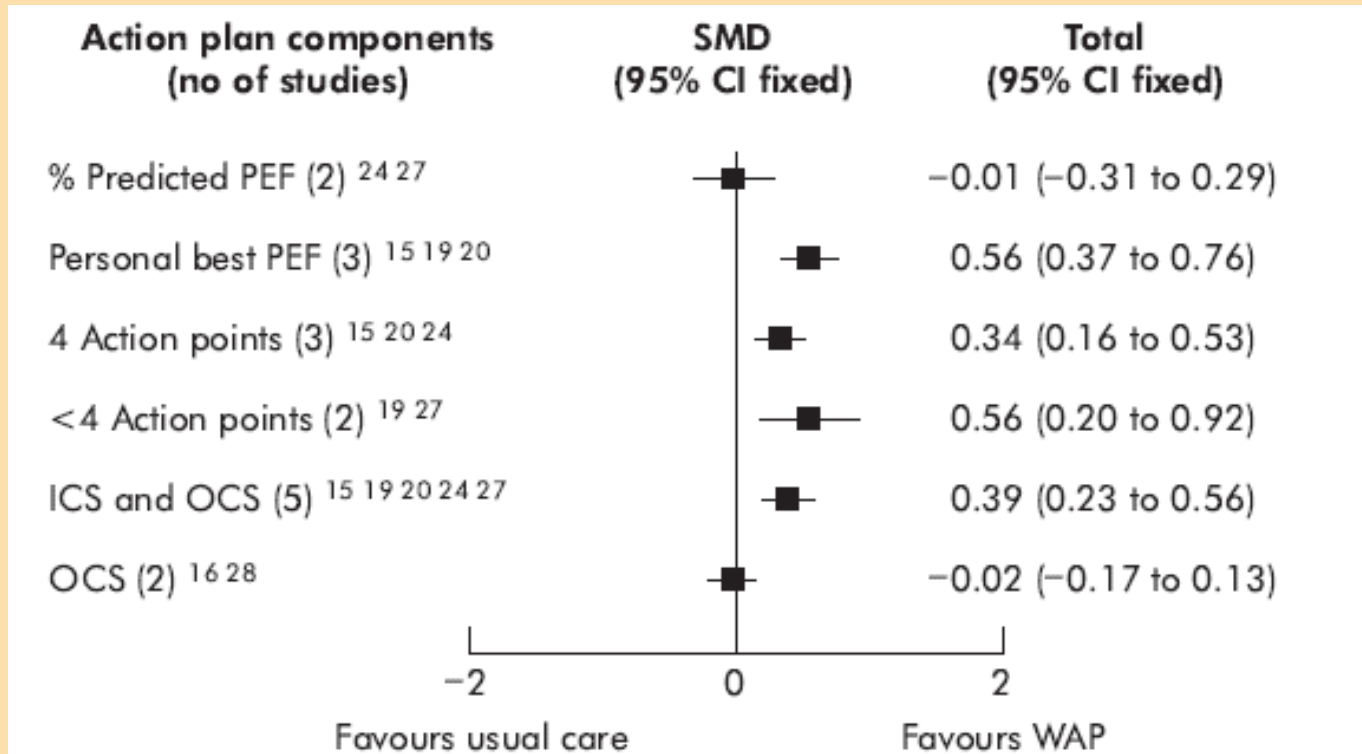
- Plan d'action, écrit+++ , avec le patient
  - Détail du traitement (noms) (doses) (effets indésirables) (vérifier la bonne technique)
  - Action à entreprendre (sur la base de symptômes, et/ou de DEP (valeur habituelle du patient)
  - Que faire si les symptômes (DEP) se détériore
  - Que faire lors du retour à la normal
  - Quand consulter en urgence (qui)

# LES PLANS D'ACTION ÉCRITS ?

## « self-management »

- Un plan d'action supérieur à l'absence de plan
- L'écrit est essentiel
- Les plans d'action sur les symptômes = identiques ou supérieurs à ceux basés sur le DEP (Powell, Cochrane 2003) (Turner, AJRCCM 1998)
- Démontrés chez les enfants, adolescents, adultes
- Les plans d'action sont dits « complets » s'ils spécifient quand et comment augmenter (moduler) le traitement

# LES PLANS D'ACTION ÉCRITS EFFET SUR LE DEP



**Figure 2** Comparison of the effects of action plan components on mean peak expiratory flow (PEF) in asthma. WAP = written action plan; ICS = inhaled corticosteroids; OCS = oral corticosteroids; SMD = standardised mean difference.

(Gibson, Thorax 2004)



***Comment optimiser  
l'environnement du patient et  
son éducation thérapeutique ?***

# FACTEURS DE RISQUE D'ASTHME

## on peut influencer sur :

- Allergènes
- Irritants professionnels
- Tabagisme
- Infection virale
- Exercice
- Aspirine, bêta-bloquants

# RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX RISQUES

- Asthme persistant modéré à sévère : vaccination anti-grippale annuelle
- Fermer les fenêtres lors des saisons polliniques
- Éviter les efforts (sport...) extérieurs lorsque le temps est chaud, et en présence de polluants (axes autoroutiers,...) : **pic d'ozone**

# RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX RISQUES

- 30 % des asthmatiques fument !!
- MOTIVATION +++



# ASTHME ET TRAVAIL : Y PENSER

- **Notamment reconnaître une profession à haut risque :**
  - professions de nettoyage,
  - agricoles,
  - boulangers,
  - peintres,
  - coiffeurs,
  - professionnels de santé,
  - soudeurs

# ÉDUCATION :

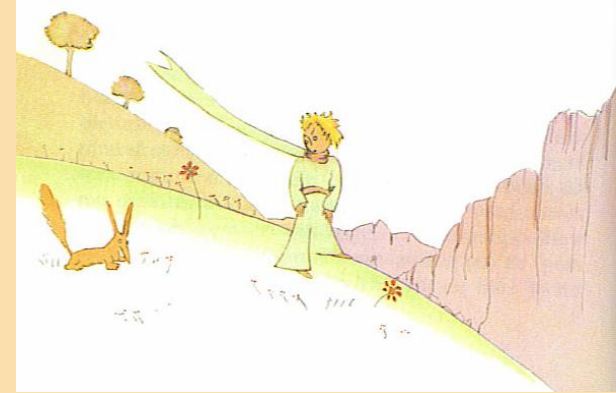
## quelques règles « check-list »

- Éviter les facteurs de risque
- Prendre correctement ses traitements
- Comprendre la différence entre le traitement de fond et de crise



- Reconnaître les signes de perte de contrôle et avoir une prise en charge adaptée
- Recours aux soins adéquate

# ÉDUCATION : relationnel +++ et outils



- Discussions
- Démonstration
- Matériel écrit
- Groupes (le patient peut témoigner, enseigner les autres)
- Vidéo, audio

Adapté au patient (âge, niveau d'éducation, son niveau de connaissance initial...qui est-il, que sait-il, que demande-t-il ?

**PLAN D ACTION ECRIT APPROPRIE ET PRATIQUE**

# CONTENU DU PLAN D'ACTION ÉCRIT

- Reconnaissance des 1<sup>ers</sup> signes de gêne respiratoire voire des prodromes
- Prise en charge précoce
- Les signes doivent disparaître complètement et rapidement
- Noms de spécialité des médicaments fonction des habitudes du prescripteur



# LE PLAN D'ACTION ÉCRIT

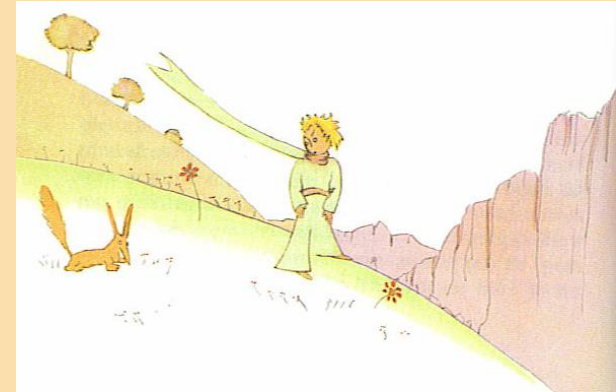
- A personnaliser, affiner au cours du suivi, en fonction des niveaux de sévérité de l'asthme et de compétence du patient
- Démarche globale d'éducation thérapeutique
- Devrait être systématique



# EDUCATION :

## exemple : à adapter au patient, se référer à ses expériences antérieures

- Prendre le tt de fond ---: -- matin et soir
  - Avant l'exercice, prendre ---
  - Quand appeler le docteur :
  - Quand appeler le 15 :
    - Si vous avez un essoufflement important
    - Si vous avez une attaque d'asthme
    - Si vous ne pouvez parler que par des phrases courtes...
  - Augmenter le traitement de --- ou à la dose de --si vous avez eu dans la semaine précédente :
    - Plus de 2 symptômes
    - Une limitation à l'exercice
    - Un réveil nocturne
    - Nécessité de prendre plus de 2 fois par jour votre tt de crise
- Si oui à 3 ou plus de question, augmenter le Tt**





# ÉDUCATION :

## le cas de l'allergie alimentaire



- Tout asthmatique ayant une allergie alimentaire doit avoir été informé des risque de ré-introduction,
- De la façon dont il doit éviter l'aliment (attention aux aliments cachés ou à l'état de trace... cacahuète, farine de sésame, sarrazin, lupin)
- Être munie d'un kit d'adrénaline auto-injectable (comme l'anapen, dosage enfant et adulte, ne doit pas être conservé au réfrigérateur)
- Savoir quand et comment l'utiliser (pour le patient et ses proches)
- Avoir une carte d'allergique dans son portefeuille



# UN EXEMPLE...

<p><b>NOM</b></p>	<p><b>ALLERGIE</b></p>	<p><b>URGENCE-MEDICALE</b></p>	<p><b>MANIFESTATIONS-RESPIRATOIRES</b> toux, sifflements, difficultés respiratoires...</p>	<p><b>PREMIERS-SIGNES</b> boutons, gonflements, rougeurs...</p>
<p><b>Précautions-alimentaires</b></p> <p><small>Indication à lire attentivement Eviter les allergènes</small></p>	<p>Téléphones-personnels</p> <p>Téléphone-du-médecin</p>		<p><b>Bronchodilatateur</b></p> 	<p><b>Antihistaminique</b></p> 
<p><b>AGGRAVATION DES SIGNES</b> Malaise, essoufflement, Perte de connaissance</p>	<p><b>Enlever le bouchon noir</b> Protecteur de l'aiguille</p>	<p><b>Pousser le stylet-injecteur</b> Sur le côté de la cuisse puis <b>Tirer le capuchon noir</b> Sécurité du bouchon rouge</p>	<p><b>Appuyer sur le bouton rouge</b> <b>Maintenir 10 secondes</b></p>	<p><b>ANAPEN - SURVEILLANCE MEDICALE</b></p>
<p><b>ANAPEN</b></p>  <p><b>Contactez obligatoirement le 15</b></p>	<p>1</p> 	<p>2</p> 	<p>3</p> 	<p>4</p> <p><b>Secours-Urgence</b></p> <p><b>15</b></p>

# EDUCATION

- Information
- Auto-gestion
- Suivi médical
- Plan d'action (écrit)
  - Comment incrémenter son traitement
  - Quand, comment appeler le médecin
  - Reconnaître une situation d'urgence
  - Comment réagir face à une situation d'urgence
    - Protocole de l'auto-traitement de recours d'urgence / corticothérapie orale
    - Quand, comment se rendre à l'hôpital ? Appeler le 15 ?

# AVENIR

- Séances multiples d'éducation
- Seul ou en groupe
- Éducation lors d'une consultation
- À l'hôpital, en cabinet, à l'école
- Médecin, infirmière, pharmacien, écoles, ...
- Le web...
- Matériel /technique adaptés au patient  
(culture, niveau éducatif, ...)

- Faire face
- Être aidé
- Trouver les
- Discuter de  
prescrit
- On peut fa  
trouver le r  
bonne adh

