



Une éducation en 4 étapes adaptées à la sévérité de l'asthme

Identifier les symptômes, contrôler l'environnement et les facteurs déclenchants, bien connaître le traitement de fond, et enfin contrôler son asthme. Tels sont les quatre objectifs pédagogiques à développer grâce au plan d'action personnalisé écrit (PAPE), en quatre parties.

Yves Magar *, Daniel Vervloet **

* Dr, service de pneumologie, hôpital Saint-Joseph, Paris
** Président de l'association Asthme et Allergies, Pr, service de pneumologie, hôpital Sainte-Marguerite, Marseille

L'asthme, qui concerne en France plus de 2 millions de personnes, est en constante progression et touche de nos jours environ 5 % des adultes et près de 10 % des enfants selon les études. L'objectif du traitement consiste à obtenir un bon contrôle de la maladie et à permettre aux patients de mener une vie de qualité, en réduisant au minimum les conséquences indésirables de la maladie. Cependant, comme dans la plupart des maladies chroniques, pour parvenir à ce résultat, la prise en charge est complexe. Elle ne se résume pas à la prescription d'un médicament. Outre le traitement de fond à long terme, le patient doit, en effet, acquérir de nombreux savoir-faire : maîtrise de la technique d'inhalation ; mesure du débit de pointe ; repérage et traitement d'une crise, évaluation de sa gravité ; évitement des contacts avec les irritants

domestiques ; prise en compte des conditions météorologiques défavorables ; restriction de l'activité physique en période de pollution ; suppression des allergènes dans l'environnement ; prévention de l'asthme d'effort... pour ne citer que les principales mesures recommandées aux asthmatiques (*encadré 1*) !

Or, dans les faits, on constate que ces recommandations sont rarement suivies correctement. En effet, les patients ⁽¹⁾ :

- ont des difficultés à se traiter (ils oublient, ils pensent que ce n'est plus nécessaire, ils trouvent le traitement trop compliqué, etc.) ;
- ne savent pas prendre correctement leurs médicaments inhalés (alors que, dans 96,5 % des cas, l'explication a été donnée) ;
- connaissent très mal leur maladie et n'appliquent pas les conseils reçus (chasse aux acariens, arrêt du tabac, etc.) ;
- pratiquent une gestion incorrecte de la crise (les patients ne connaissent pas le médicament à prendre en cas de crise ou ne le prennent pas) ;
- ne contrôlent pas suffisamment leur souffle (par méconnaissance de la valeur de base du DEP ou parce qu'ils n'utilisent pas le DEP à la maison).

L'ÉDUCATION : UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE DE LA PRISE EN CHARGE

L'éducation thérapeutique est une démarche organisée consistant, selon une définition de l'OMS, à « former le patient pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin de mieux gérer la maladie au quotidien, éviter les complications et mieux collaborer avec les soignants. L'objectif étant de l'aider à trouver un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de ses facteurs de risque » ⁽²⁾.



Encadré 1 Extrait des recommandations de l'Anaes ⁽¹⁾ sur l'éducation des asthmatiques

Qui se charge de l'éducation thérapeutique ?

Tous les intervenants de la chaîne de soin sont concernés.

Les médecins généralistes et spécialistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les psychologues, les assistantes sociales, les conseillers ou techniciens d'environnement.

Où a lieu l'éducation thérapeutique ?

En consultation au cabinet ou à l'hôpital, lors d'une hospitalisation, dans le cadre d'un centre spécifique, dans un réseau de soins.

Pour qui ?

L'éducation thérapeutique doit être proposée à tous les patients asthmatiques, adultes et adolescents.

Encadré 2 Les 4 étapes de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique

Première étape centrée sur les objectifs relatifs aux symptômes de l'asthme :

- identifier les symptômes de crise ;
- reconnaître les prodromes ;
- identifier les symptômes de gravité ;
- comprendre l'origine des symptômes.

Deuxième étape centrée sur les objectifs relatifs au contrôle de l'environnement et aux facteurs déclenchants :

- identifier les facteurs déclenchants des crises ;
- aménager son environnement.

Troisième étape centrée sur les objectifs liés au traitement de fond :

- reconnaître son traitement ;
- préciser le mode d'action des bronchodilatateurs et des anti-inflammatoires ;
- maîtriser la technique d'inhalation.

Quatrième étape centrée sur le contrôle de l'asthme :

- surveiller son souffle par le débit de pointe ;
- recourir à un plan d'action personnalisé écrit.

Plusieurs études ont montré qu'elle permet d'améliorer l'adhésion au traitement, le contrôle de l'asthme, la qualité de vie du patient et l'évolution de la maladie ^(3,4). De plus, on observe chez les patients éduqués une diminution des exacerbations et une réduction des hospitalisations ^(5,6,7,8).

Les 4 spécificités de l'éducation thérapeutique ⁽⁹⁾

Une approche globale

La personnalité du patient est prise en compte en totalité et pas uniquement dans sa dimension de malade. Le médecin s'efforce d'aider le patient à exprimer ses craintes et ses difficultés. Il cherche à préciser ses connaissances, ses représentations, son point de vue sur son état de santé, ses ressources, ses souhaits et ses projets... C'est en s'appuyant sur ces informations qu'il pourra mettre en place, avec le patient, un projet correspondant à ses besoins spécifiques. Cette étape est nommée « évaluation des besoins » ou « diagnostic éducatif ».

La notion de partenariat

Les problèmes et les objectifs sont définis en commun et tiennent compte des possibilités du patient. La notion de partenariat est essentielle. Le patient, on le sait, s'impliquera d'autant mieux dans son traitement qu'il aura participé aux décisions qui le concernent.

L'apprentissage de nouveaux comportements

L'acquisition des compétences utiles à la gestion de la maladie passe par un véritable apprentissage. Alors que l'information se limite à la transmission de connaissances, l'éducation thérapeutique vise, quant à elle, à faciliter chez le patient l'adoption de nouveaux comportements.

L'autogestion

L'autogestion est encouragée grâce à la mise en place d'un plan d'action personnalisé écrit. Il s'agit d'un document stipulant les mesures à mettre en œuvre par le patient en cas de détérioration de son asthme. Il est adapté à chaque patient selon la sévérité de son asthme et la nature de son traitement.

Les 4 objectifs pédagogiques

L'éducation thérapeutique commence au cabinet où le médecin traitant dirige et oriente le parcours du patient. Il délivre les messages éducatifs de base, encourage son patient à s'impliquer activement dans son traitement, renforce au fil des consultations les acquis éducatifs. L'approche éducative permet d'instaurer entre médecin et patient une relation de confiance dont on sait l'influence majeure sur l'observance thérapeutique ⁽¹⁰⁾.

Lors de ses consultations, le médecin généraliste dispose de peu de temps pour mettre en œuvre l'éducation des patients. Il peut compter, en revanche, sur le fait qu'il sera amené à revoir régulièrement son patient pendant plusieurs années. Il pourra ainsi intégrer la prise en charge éducative à la prise en charge médicale en découpant les objectifs pédagogiques en plusieurs étapes correspondant aux consultations successives ^(3,4,5). Ainsi, pour couvrir la plupart des objectifs retenus habituellement, on pourrait suggérer une éducation en 4 étapes (encadré 2).

Il ne s'agit là, bien entendu, que d'un exemple, car il n'existe pas de modèle unique, l'essentiel étant de s'adapter au rythme de chaque patient. Pour atteindre ces objectifs, le médecin pourra s'appuyer sur des supports éducatifs développés par des associations ou des laboratoires pharmaceutiques.

Les 4 étapes du plan d'action personnalisé écrit

Le plan d'action personnalisé écrit (PAPE) est un élément central de l'éducation du patient. Grâce à lui, le patient dispose d'une marge d'autonomie basée sur sa capacité individuelle à gérer les symptômes et le traitement, en plein accord avec son médecin (notion « d'autogestion guidée ») : « L'éducation thérapeutique [...] comporte au minimum un apprentissage de l'autogestion du traitement par le patient (plan de traitement écrit, appréciation des symptômes

et/ou mesure du débit de pointe par le patient) et nécessite un suivi régulier par le médecin au moyen de consultations programmées. »⁽²⁾

Le PAPE est adapté à chaque patient selon la sévérité de son asthme et la nature de son traitement. Il comporte habituellement quatre parties.

Quand augmenter le traitement ?

Deux types de critères permettent au patient d'évaluer la situation et de prendre la décision d'augmenter le traitement :

- les symptômes cliniques : toux, dyspnée, utilisation de bronchodilatateurs d'action rapide, réveils nocturnes... ;
- la mesure du débit de pointe (DEP) : les premières actions sont entreprises s'il est abaissé à 70-85 % de la meilleure valeur personnelle.

Qu'ils soient fondés sur les valeurs de DEP ou sur les symptômes, les plans d'action sont tout aussi performants. Les circonstances les plus courantes justifiant l'augmentation du traitement sont les infections respiratoires virales ou l'exposition aux allergènes.

Comment augmenter le traitement ?

Les zones de gravité sont représentées habituellement en référence à la symbolique des feux de la circulation :

- vert : tout va bien ;
- orange : la situation est dégradée, il faut augmenter son traitement selon les instructions du médecin ;

– rouge : la situation est grave, il faut commencer le traitement d'aggravation et consulter son médecin en urgence.

Les instructions données au patient en cas d'aggravation sont de plusieurs types, il peut s'agir :

- soit de doubler les corticoïdes inhalés pendant dix à quinze jours ;
- soit de prendre un traitement de corticoïdes per os pendant la même durée ;
- soit d'associer ces 2 formes, inhalées et per os : les meilleurs résultats sont observés avec cette stratégie.

Pendant combien de temps ?

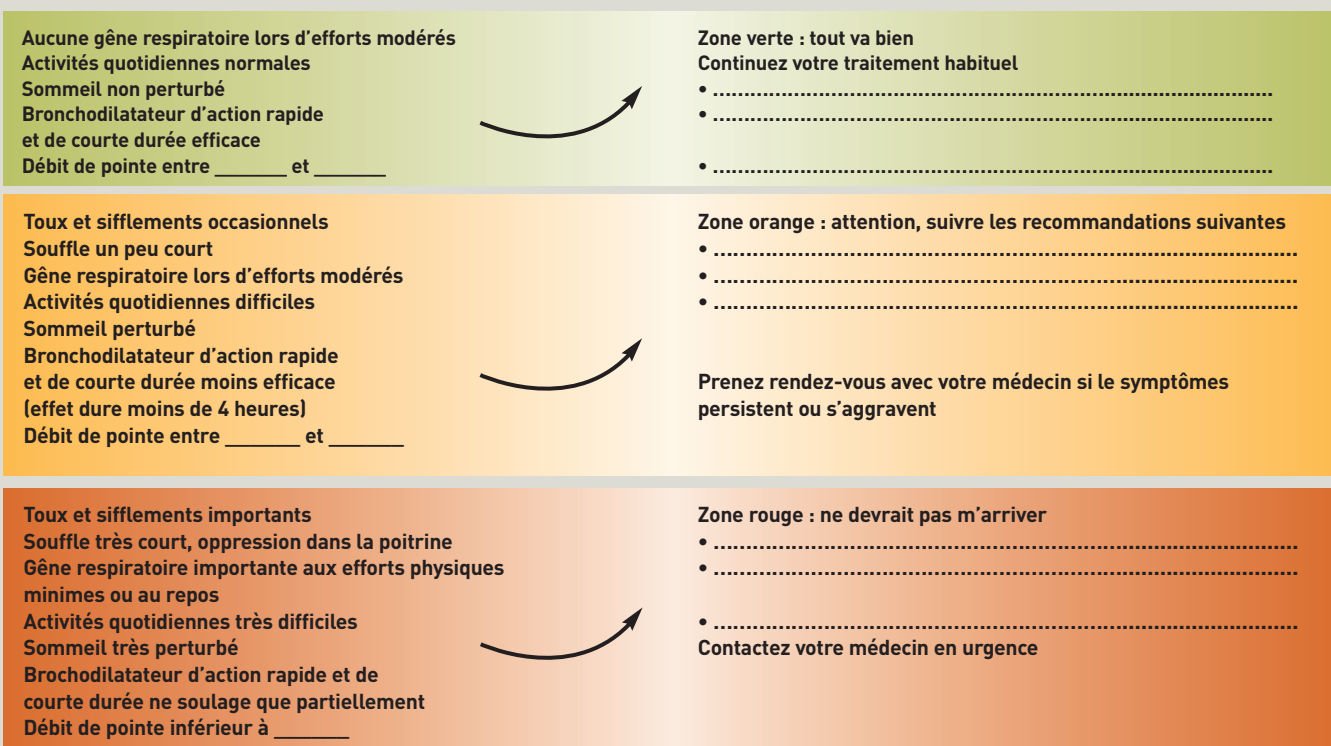
En cas d'aggravation, le patient commence le traitement selon le schéma prévu avec le médecin, puis lorsque la situation s'améliore il revient à son traitement de fond habituel. Toutefois, si la situation ne s'améliore pas au bout de deux à trois jours, il doit contacter son médecin sans tarder.

Quand avoir recours au médecin ?

L'autogestion comporte des limites. Le seuil à ne pas franchir doit être clairement indiqué pour chaque patient.

En pratique, le PAPE peut être rédigé par le médecin en utilisant soit un modèle préformaté (*figure*), soit sur une ordonnance classique.

FIGURE EXEMPLE DE PLAN D'ACTION





Collaboration médecin traitant-centre éducatif

Le médecin peut, dans certains cas, diriger son patient vers un centre éducatif (souvent appelé « écoles de l'asthme »), où ce dernier pourra bénéficier d'un complément d'éducation délivré par des soignants ayant reçu une formation spécifique (médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes...) et disposant de plus de temps et d'outils éducatifs adaptés. Cette éducation, le plus souvent pratiquée en groupe, permet des échanges entre pairs très appréciés par les patients. Il est possible de se procurer la liste des centres d'éducation pour asthmatiques, adultes ou enfants, auprès de l'Association asthme et allergie*.

DES PRATIQUES ÉVOLUTIVES TANT POUR LES MÉDECINS QUE POUR LES PATIENTS

La médecine basée sur les preuves nous enseigne depuis quelques années que l'éducation thérapeutique est un facteur important du traitement des maladies chroniques. Toutefois, comme pour toute idée nouvelle, il faut du temps pour l'accepter et pour la mettre en pratique. Passer du modèle paternaliste de la relation médecin-malade à un modèle fondé sur le partenariat, tel que nous le propose la démarche éducative, ne va pas sans difficulté pour le médecin. La formation médicale est, en effet, essentiellement basée sur le modèle de la maladie aiguë ; l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques ne figure pas au programme des études.

Face à cette approche nouvelle, on s'aperçoit que certains résistent en se cramponnant à leurs habitudes, d'autres se disent intéressés mais demeurent dans l'expectative, d'autres enfin, de plus en plus nombreux, adhèrent sans hésiter et disent y trouver un regain d'intérêt dans leur pratique. Le développement important des formations en éducation thérapeutique ces dernières années (FMC, diplômes universitaires) contribue certainement à

cette évolution. Mais l'évolution des comportements, ne l'oublions pas, concerne également nos patients. Ces derniers, davantage informés par les médias ou par Internet, expriment, en effet, de plus en plus fréquemment le souhait d'être plus impliqués dans les choix qui les concernent et de trouver en face d'eux des médecins capables de les écouter, de tenir compte de leurs attentes et de répondre à leurs questions ! ♦

RÉFÉRENCES ET NOTE

1. *Étude URCAM. La prise en charge de l'asthme chez les 10-44 ans en Île-de-France, juin 2001. Consultable sur <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/FgestionRisque.html>*
2. WHO. *Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. WHO-Euro, Copenhagen, 1998.*
3. Casciola G, Stopponi R, Pettinari L, et al. *Anaes, éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent (juin 2001). Rapport, ISBN 2-914517-04-1, www.anaes.fr*
4. *Anaes. Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique (juin 2002). Rapport, ISBN 2-914517-17-3.*
5. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al. *Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Library, Issue 1, Oxford : Update Software 2003.*
6. *Lahdensuo A, Haabteila T, Herrala J, et al. Randomised comparison of guided self-management and traditional treatment of asthma over one year. Br Med J 1996;312:748-52.*
7. *Magar Y, Verloet D, Steenhouwer F, et al. Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients : « un souffle nouveau ». Patient Education and Counseling 2005;58:41-6.*
8. *Ignacio-Garcia JM, Pinto-Tenorio M, Chocron-Giraldez MJ, et al. Benefits at 3 yrs of an asthma education programme coupled with regular reinforcement. Eur Respir J 2002;20:1095-101.*
9. *Gagnayre R, Magar Y, d'Ivernois JF. Éduquer le patient asthmatique. Paris, Vigot éd:1998.*
10. *Apter AJ, Reisine ST, Affleck G. Adherence with twice daily dosing of inhaled steroids. Socio-economic and health belief differences. Am J Respir Crit Care Med 1998;157:1810.*

* *Numéro vert de l'association Asthme et Allergies : 0 800 19 20 21*

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données de cet article.

1/4 plavix (698)