

# EDUCATEUR OU MEDECIN (ETP ET ASTHME)

Dr Claire TERRA

Dr Christian DUMAY

JMG IdF 2012

# Généralités

- ▣ Asthme = 7% population générale (10% des enfants et 5% des adultes)
- ▣ Grâce à un traitement simple:
  - Un contrôle « acceptable » 2/3 à 3/4 des patients,
  - Un contrôle « parfait » chez un tiers des patients
- ▣ Réalité est différente
- ▣ Programmes d'éducation thérapeutique dans l'asthme : des résultats cliniques et économiques *HAS Février 2008*

# LE SUIVI MÉDICAL

## recos ANAES 2004

- l'évaluation de l'asthme (contrôle et sévérité) ;
- l'adaptation du traitement de fond ;
- l'adaptation du plan d'action ;
- le contrôle de l'environnement et l'arrêt du tabac
- la fréquence des exacerbations, du recours aux urgences, des consultations non programmées, des hospitalisations, des séjours en réanimation, de l'absentéisme professionnel ou scolaire.

# CRITÈRES DE MAÎTRISE DE L'ASTHME

## Recos ANAES 2004

- Symptômes diurnes < quatre jours/semaine
- Symptômes nocturnes < une nuit/semaine
- Activité physique normale
- Exacerbations légères et peu fréquentes
- Aucun absentéisme dû à l'asthme
- < 4 doses/semaine d'un  $\beta_2$  agoniste à action rapide (BAAR), doses préventives à AP incluses
- VEMS ou DEP >85% de la valeur maximale du patient
- Variation diurne\* du DEP n'excédant pas 10% à 15%

# CAUSES DE LA PERTE DE LA MAÎTRISE DE L'ASTHME

- Exposition à des facteurs déclencheurs
- Problème d'adhésion thérapeutique
- Technique d'inhalation inadéquate
- Présence de comorbidités
- Exacerbation (allergique, infectieuse, etc.)
- Augmentation de la gravité de l'asthme

# Traitement

## ▣ Traitement de l'asthme selon GINA

STADES	1	2	3	4
	<b>Asthme intermittent</b>	<b>Asthme persistant léger</b>	<b>Asthme persistant modéré</b>	<b>Asthme Sévère</b>
<b>Symptômes</b>	< 1 /sem	>1 /sem	quotidiens	Quotidiens
	< 2 nuits /mois	<1/sem	>1 nuit/sem	fréquents
	pas de gêne intercritique	> 2 nuits/mois	gêne intercritique modérée	gêne intercritique invalidante
<b>Exacerbations</b>	Brèves et rares	gêne intercritique légère	Perturbent l'activité normale	fréquentes
$\beta_2^+$	<3/sem	>3/sem	>1/j	>1/j
<b>DEP basal</b>	≥ 80%	≥ 80%	60 à 80%	< 60%
<b>VEMS</b>	<20%	< 20%	20 à 30%	> 30%

# Traitement

## ▣ Traitement de l'asthme selon GINA

STADES	1	2	3	4
	Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère
	<b><math>\beta_2</math> stimulant d'action immédiate à la demande</b>			
		<b>CS inhalés → 500 <math>\mu\text{g}/\text{j}</math></b>	<b>CS inhalés 500-1000 <math>\mu\text{g}</math></b>	<b>CS inhalés &gt;1000 <math>\mu\text{g}</math></b>
			<b><math>\beta_2</math> stimulant longue durée</b>	
				<b>CS per os</b>

# Réévaluation du traitement



étape1	étape2	étape3	étape4	étape5
éducation thérapeutique et contrôle environnement				
Bronchodilatateur immédiat à la demande				
	1 trt	1 trt	ajouter	ajouter
	CSI faible dose	CSI faible dose + BD LDA	CSI forte dose +BD LDA	CS oral
		CSI forte dose	ARLT	anti IgE
		CSI faible dose +ARLT	Théoph	
		CSI faible dose +theoph		

JAMAIS DE LABA SANS CSI

# Traitement

## ▣ Médicaments :

En prévention avant effort, en plus du traitement de fond si nécessaire

- $\beta_2$ + CDA : Salbutamol (VENTOLINE®). Terbutaline (BRICANYL®)
- $\beta_2$  LDA : formoterol ( FORADIL®)
- Cromglycate (LOMUDAL®)
- Inhibiteurs LT4 : montelukast (SINGULAIR®)
- Association :  $\beta_2$ + CDA + cromoglycate  
ou  $\beta_2$  LDA + inh LT4

Effort court :  $\beta_2$ + CDA

Effort long :  $\beta_2$  + LDA

## ▣ Traitement de la rhinite allergique (anticipation du calendrier vaccinal)

# Traitement

## ▣ Mesures non médicamenteuses

- Éviction allergène
- Arrêt Tabac +++
- Entraînement progressif
  - ▣ (15mn, intensité modérée)
- Masque facial

➔ **Education thérapeutique** fait partie intégrante et permanente de la prise en charge  
*Recommandations HAS et Gina.*

# DIAGNOSTIC EDUCATIF

*Dimension BIO-MEDICALE : « comment est SON asthme ? »*

Ancienneté de l'asthme, évolution, sévérité :

Fréquence et motifs des hospitalisation, en particulier la dernière

Problème de santé associé important

*Dimension COGNITIVE : « qu'est ce que le patient sait de sa maladie? »*

Représentations de la maladie

Facteurs déclenchant les crises reconnus par le patient

Rôle et action des médicaments

Modalités de raisonnement du patient

# DIAGNOSTIC EDUCATIF

*Dimension SOCIO-PROFESSIONELLE : « ce qu'il fait et le retentissement de son asthme ? »*

Profession, activités :

Loisirs

Hygiène de vie (tabac, alcool)

*Dimension PSYCHOAFFECTIVE: « qui il est ? »*

Evaluation du profil psychologique

Stade dans le processus d'acceptation (choc initial, refus, révolte, marchandage, dépression, acceptation ou déni)

Environnement social, familial, personne référente



# DIAGNOSTIC EDUCATIF

« *Quel est son projet?* »

Ce que le patient souhaite faire

- A court terme +++
- A long terme

Ce que le patient ne peut pas faire

Quelle autonomie veut-il ? : EVA d'autonomie =

(0 : aucune autonomie, le médecin décide de tout.

10 : totalement autonome, le patient veut tout contrôler)

→ *Projet Educatif A NEGOCIER. Le soignant se met d'accord avec ce que le patient souhaite apprendre et ce qui est réalisable.*

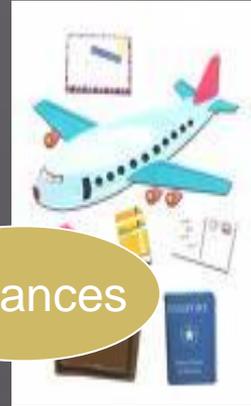
# Du diagnostique éducatif au contrat pédagogique centré sur le patient.

On parle quotidien:

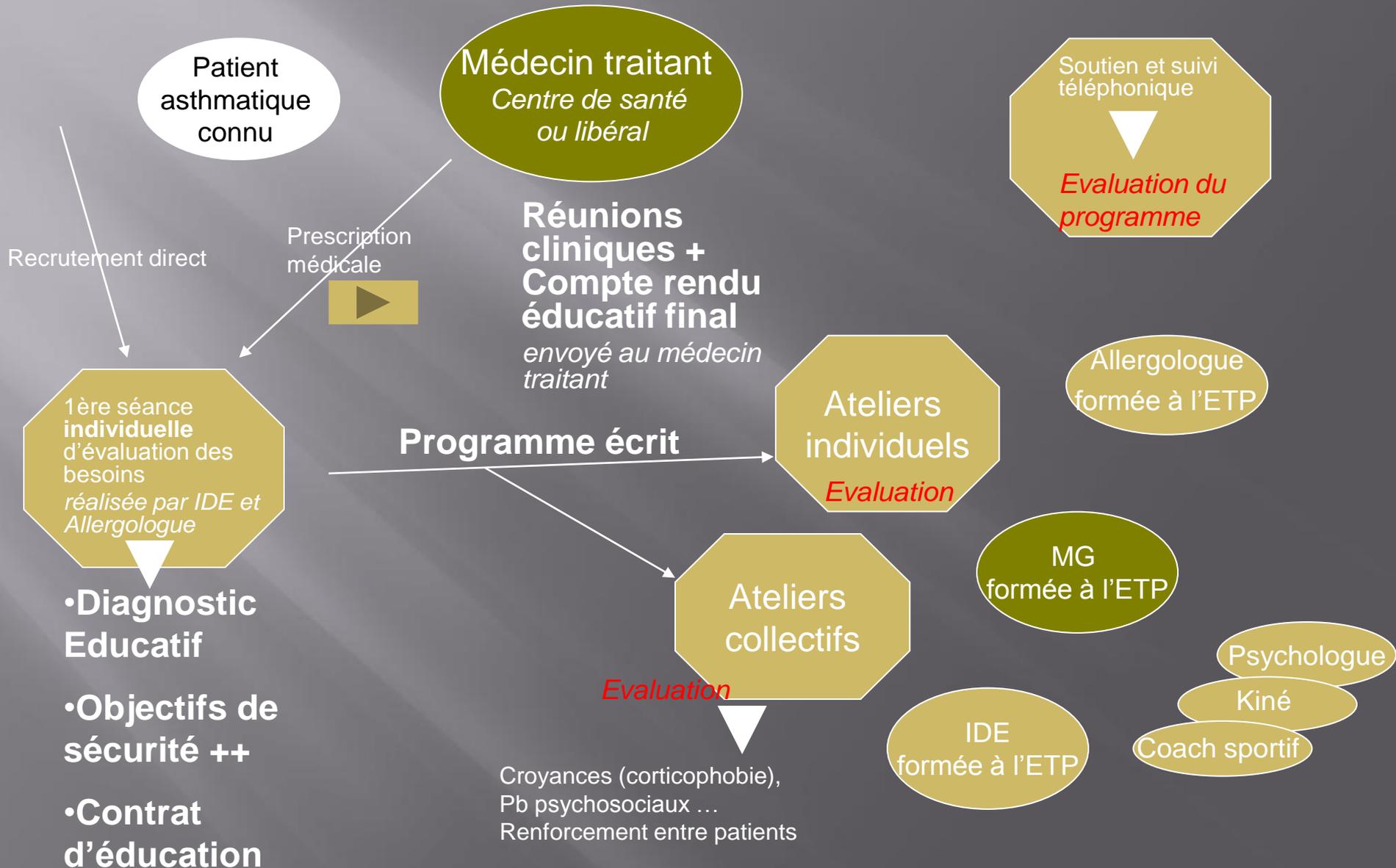
➤ On identifie les circonstances d'apparition de la crise (facteurs déclenchants)

➤ On travaille à partir des projets du patient en tenant compte de ses croyances = comportement

➤ On établit avec le patient un projet éducatif commun



# Circuit des patients du Club du Souffle, prise en charge pluridisciplinaire de l'asthme



# CONTRAT D'EDUCATION

	Objectifs à atteindre			
<b>Systeme d'inhalation</b>	Utilisation correcte des systemes prescrits	<input type="checkbox"/>	Déjà acquis	<input type="checkbox"/>
	Reconnaissance traitement de crise/ de fond	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>DEP (utilisation)</b>	Mesure du DEP	<input type="checkbox"/>		
	Connaissance du meilleur DEP	<input type="checkbox"/>		
<b>Suivi du DEP</b>	Surveillance régulière du DEP			
	Quotidienne	<input type="checkbox"/>		
	Hebdomadaire	<input type="checkbox"/>		
	Dans les situations à risques	<input type="checkbox"/>		
<b>PAU</b>	Automédication complète	<input type="checkbox"/>		
	Automédication partielle+ contact pour prise des corticoïdes	<input type="checkbox"/>		
	Contact dès l'aggravation	<input type="checkbox"/>		

Par ex : ENZO, 7 ans asthme modéré à sévère Tt de fond avec BDLDA + Corticostéroïdes.

Il (et ses parents) souhaite retourner à l'école et ne pas

avoir peur d'y faire une crise

1. Savoir reconnaître la survenue d'une crise (connaître ses signes)
2. Savoir expliquer ses signes pour alerter les adultes
3. Savoir prendre le traitement
4. Avoir fait établir au préalable un PAI

## Compétences

### d'auto-soins

1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage.
2. Comprendre, s'expliquer.
3. Repérer, analyser, mesurer.
4. Faire face ,décider.
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa maladie et de sa vie, résoudre un problème de prévention.
6. Pratiquer, faire.
7. Adapter, réajuster.
8. Utiliser les ressources du système de soin; faire valoir ses droits.

# Compétences d'adaptation

1. Se connaître soi-même, avoir confiance en soi
2. Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress
3. Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique
4. Développer des compétences en matières de communication et de relations interpersonnelles
5. Prendre des décisions et résoudre un problème
6. Se fixer des buts à atteindre et faire des choix
7. S'observer, s'évaluer, et se renforcer

# PLAN d'ACTION d'URGENCE

## Surveillance de la stabilité de l'asthme

- ▣ mesure du débit-mètre de pointe matin et soir avant la prise du traitement
- ▣ Au moins une fois par semaine
- ▣ Dans les circonstances à risque de déstabilisation : exposition allergénique ou toxiques (pollution, brouillard...), infection ORL (rhume, grippe, sinusite...) ou bronchique...
- ▣ lors des modifications de traitement
- ▣ tous les jours lors d'asthme instable
- ▣ tous les jours, la semaine précédent la consultation

# PLAN d'ACTION d'URGENCE

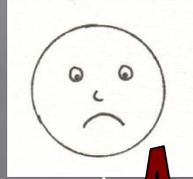
## ADAPTATION du Traitement selon le DEP

**ZONE VERTE** : DEP > (80% du meilleur DEP)  
tout va bien : pas de changement de traitement

**ZONE ORANGE** : le DEP baisse entre et (80% à 60 % du meilleur DEP)  
doubler les doses du traitement de fond,  
si persistance de la décroissance au bout de trois jours, ou aggravation du peak flow : débuter une corticothérapie : Cortancyl 20 mg ... comprimés pendant 3 jours.

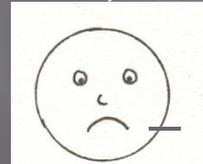
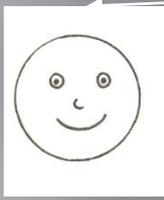
**ZONE ROUGE** : Le DEP baisse en dessous de (60 % du meilleur DEP)  
débuter une corticothérapie : Cortancyl 20 mg : ... comprimés  
et appel médical d'urgence  
(SAMU 15, POMPIERS 18, Urgences)

Gêne respiratoire,  
Toux sèche,  
Sifflements



2 bouffées de  
Ventoline®

**A personnaliser selon le patient**

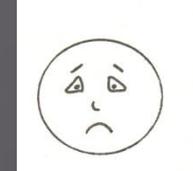


Matin

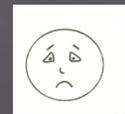
Midi

Goûter

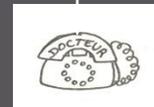
Soir



Si nécessaire 2  
bouffées toutes les 5  
minutes, (maximum  
10 bouffées)



SOLUPRED®20 : .....comprimé(s)



15

2 bouffées  
de  
Ventoline®

+ 4 jours  
après la disparition des signes

Les signes rechutent dans les 4 heures  
après la prise de Ventoline® : **prendre le  
SOLUPRED 20** tout en continuant  
Ventoline® toutes les 4 heures

et consulter votre médecin dans la journée

# LE SUIVI ÉDUCATIF

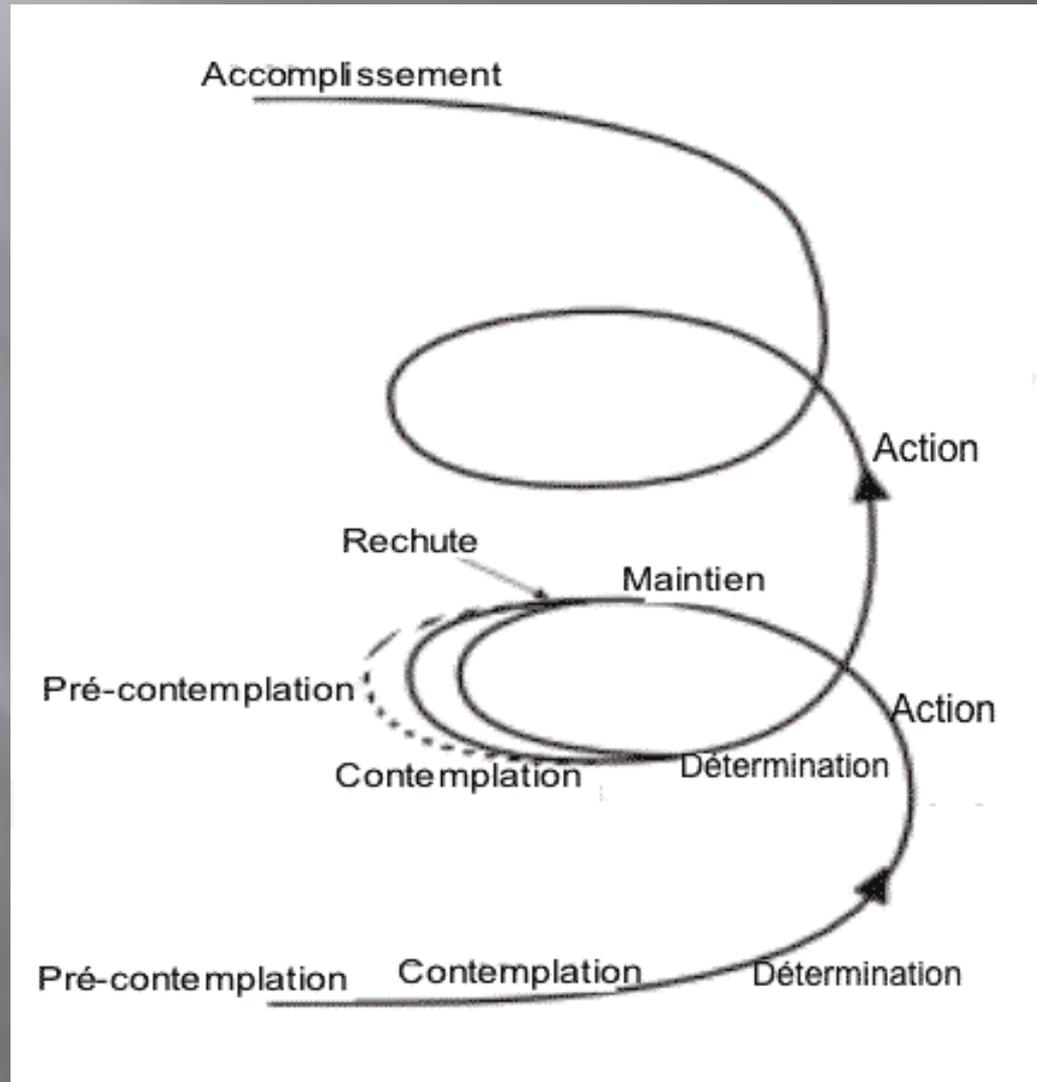
- L'évaluation des compétences acquises, à maintenir et à renforcer ;
- L'évolution de la pratique des techniques d'inhalation ;
- Les difficultés d'autogestion du traitement par le patient ;
- Le vécu de la maladie au quotidien ;
- Le maintien des séances éducatives planifiées et l'utilité d'en prévoir d'autres.

Réévaluer régulièrement l'ensemble des compétences

# L'ETP

- ▣ Fait partie intégrante de la prise en charge et est scientifiquement fondée.
- ▣ Est une question de pratique pour les soignants → centrée sur le patient
- ▣ Permet aux patients de s'approprier le traitement pour eux-mêmes *Prise de décision partagée,*
- ▣ Est réalisée par des professionnels formés à l'ETP et aux techniques pédagogiques, engagés dans la coordination de soins
  - *Rôle prépondérant du médecin traitant (formé à l'ETP).*
- ▣ Multi-professionnelle et organisée, et définie en terme de contenu et de moyens éducatifs

# CYCLE DE PROCHASKA et de DICLEMENTE



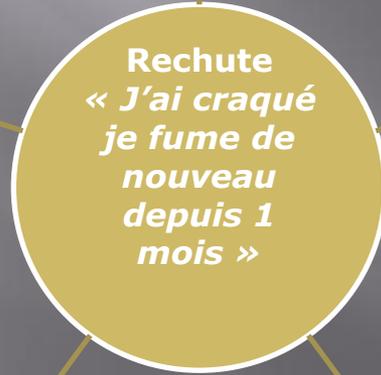
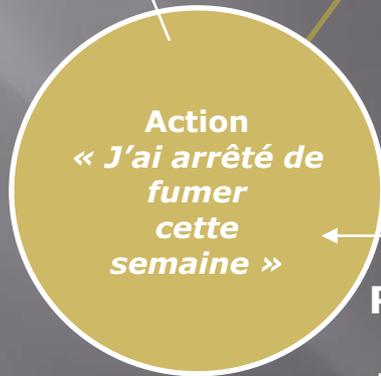
Anticiper rechutes

Soutien



Gratification

Objectifs  
spécifiques,  
flexibles



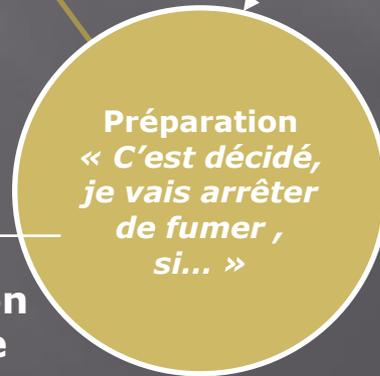
Informations,  
écouter, empathie,  
questionner

Trouble  
émotionnel ?



Inconvénients  
> avantages

Argumentation  
claire



Résolution  
concrète  
d'obstacles



Souhaitez-vous que votre patient travaille  
particulièrement certains sujets au Club du Souffle ?  
(cocher si besoin)

- Connaître ses facteurs déclenchants.
- Maîtriser la technique d'inhalation.
- Traiter une crise en appliquant un plan d'action  
personnalisé écrit.
- Mieux prendre son traitement au quotidien  
(observance).
- Limiter l'exposition aux acariens.
- Apprendre à contrôler le stress associé à l'arrivée  
d'une crise d'asthme.
- Autres :

Tampon	Date et Signature

**Club du Souffle**  
Renseignements et prise de rendez-vous  
auprès de Mme Nouard Setbon, Infirmière  
Téléphonez de préférence  
le lundi après-midi ou le mercredi matin au :

**39 92**



**Renseignements  
et prise de rendez-vous**  
auprès de  
M<sup>me</sup> Nouard Setbon, Infirmière

Téléphonez de préférence  
le lundi après-midi  
ou le mercredi matin au :

**39 92**



Le service de la Santé de la Ville de Nanterre vous propose

# LE CLUB DU SOUFFLE



Renseignements  
et prise de rendez-vous

**39 92**



**Vous pouvez faire remplir cette feuille  
d'orientation par le médecin qui vous soigne  
habituellement pour l'asthme  
et la rapporter au Club du souffle.**

**Nom:** .....

**Prénom :** .....

**Age :** .....

**Diagnostic médical :**

> Asthme Intermittent / Persistant

> Avec facteurs allergiques connus ou suspectés :  
oui/non

**Traitement de fond prescrit :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement de crise :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# Approche psychologique

## Dénégation

- ▣ patient détaché et qui banalise (Ex : "il y a des maladies plus graves")
- ▣ comportement habituel du médecin : persuasif
- ▣ comportement adéquat : instaurer un climat de confiance, chercher en quoi le patient se sent menacé

# Approche psychologique

## Révolte

- ▣ patient agressif, revendicatif ("c'est la faute de ... si ...)
- ▣ comportement habituel du médecin : se sent attaqué, juge le patient caractériel
- ▣ comportement adéquat : chercher l'objet de la révolte

# Approche psychologique

## Marchandage

- ▣ patient plus collaborant, manipulateur (« je ne vais pas faire du sport tous les jours »)
- ▣ comportement habituel du médecin : irrité, remis en question
- ▣ comportement adéquat : négociier sur les points secondaires

# Approche psychologique

## Dépression

- ▣ patient triste, méditatif ("je réalise que je me laisse aller à la facilité...")
- ▣ comportement habituel du médecin : peu attentif
- ▣ comportement adéquat: renforcer l'écoute active, susciter un projet d'avenir

# Approche psychologique

## Acceptation

- ▣ patient tranquille, collaborant « il faut absolument que je me remette au sport... »
- ▣ comportement habituel du médecin : gratifié
- ▣ comportement adéquat: renforcer la formation personnalisée du patient