



Prise en charge éducationnelle courte de l'asthmatique dans les services d'urgences adulte.

un projet **de l'Espace du Souffle** de parcours de soins entre urgences,
pneumologues et l'école de l'asthme

CPLF Paris janvier 20

J ph Maffre, Tours

Conflit d'intérêt : 0

Dr maffre

asthme

- 4 millions de français ; 50 % persistant
- 1 ère maladie chronique de l'enfance
- Complications: destruction et exacerbations aiguës
 - **200 000 passages aux urgences / an**
 - 25 % hospitalisation
 - 900 décès / an
 - Jeunes !! Évitable dans 90 % des cas
- Impact social, financier ... croissant
- Prévalence en augmentation avec l'atopie

Asthme

- 3, 5 millions en France
 - Coût : 1 milliard € / an
- 1 ère maladie chronique de l'enfant
- Mortalité évitable +++
 - *1/3 < 45 ans !!*
 - En régression
- Traitement corticoïde inhalé efficace +++
 - Disponible
 - Prescrit, remboursé, acheté
 - **Non utilisé**

- maladie inflammatoire
- traitement corticoïde inhalé efficace depuis 1985
- mal expliqué, mal compris,
- **non utilisé**

Contrôle

- Facile en théorie avec les CSI et questions simples (ACT)
 - Evidence Based Medicine (1985)
- Contrôle déplorable en vraie vie
 - Comme toutes les maladies chroniques (≈ 40 % d'observance)
 - Asthme 13 % ...
- → Comment faire passer la science dans la vie quotidienne du patient



Urgences = défaut de **contrôle**

- **Contrôle :**

1. Diagnostic + évaluation + adaptation thérapeutique adaptée : rôle du médecin
2. Façon dont la patient *réalise effectivement cette stratégie*
 - Qualité de l'éducation thérapeutique

- **Objectifs :**

- zéro exacerbation
- Zéro décès
 - Vie normale

→ **éducation**

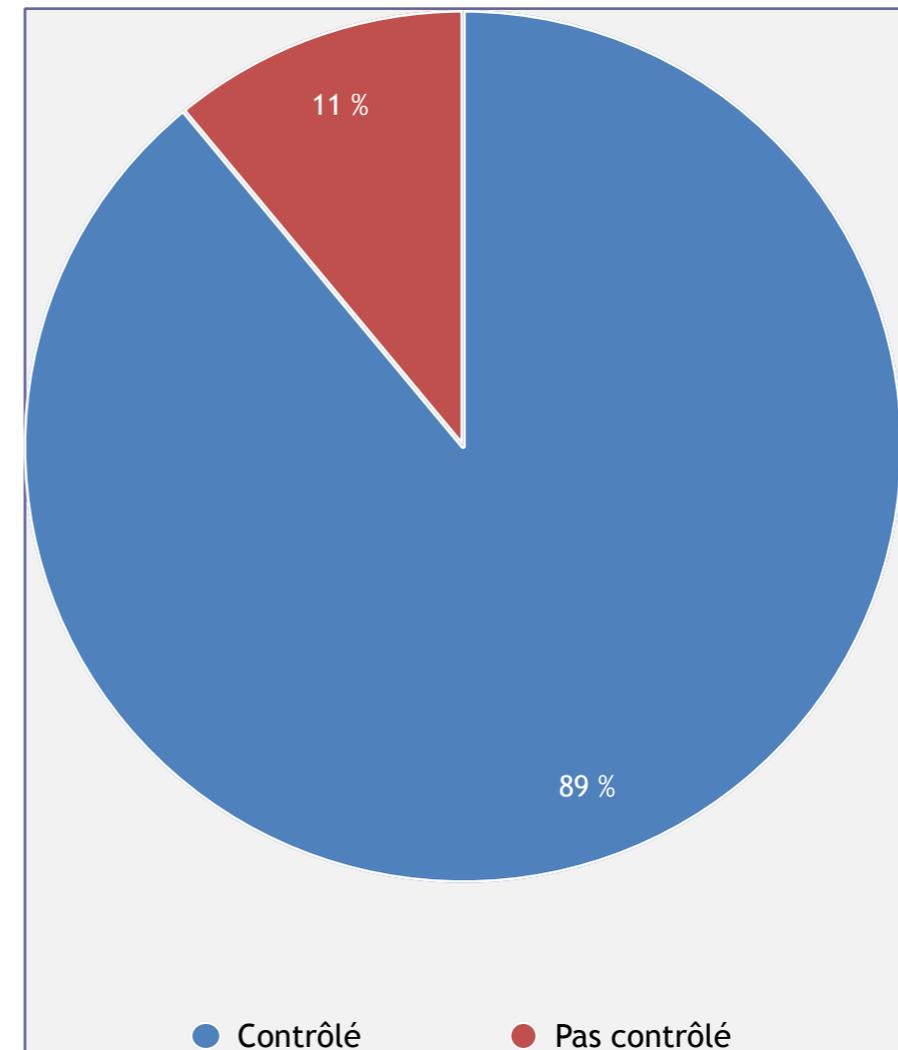
asthme aux urgences

Etudes ASUR 1 & 2 : Salmeron S. ASUR-ASUR2 vers une standardisation de la prise en charge de l'asthme aigu aux urgences Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 4S30-1.

- évaluation et standardisation de la prise en charge médicale
 - évaluation sévérité (DEP ++), arbre décisionnel
- amélioration de la formation et des procédures
 - réduction des séjours hospitaliers
- **mais taux de rechute: 40 % à un mois !!**

Maladie d'expression multiple et complexe

- Symptômes sous estimés voire niés
 - Toux, oppression thoracique réversible au calme
 - Rarement inquiétants, mais imprévisibles: danger potentiel
- altération de la qualité de vie
 - mais *adaptation* à ses symptômes (normes de vie différentes)

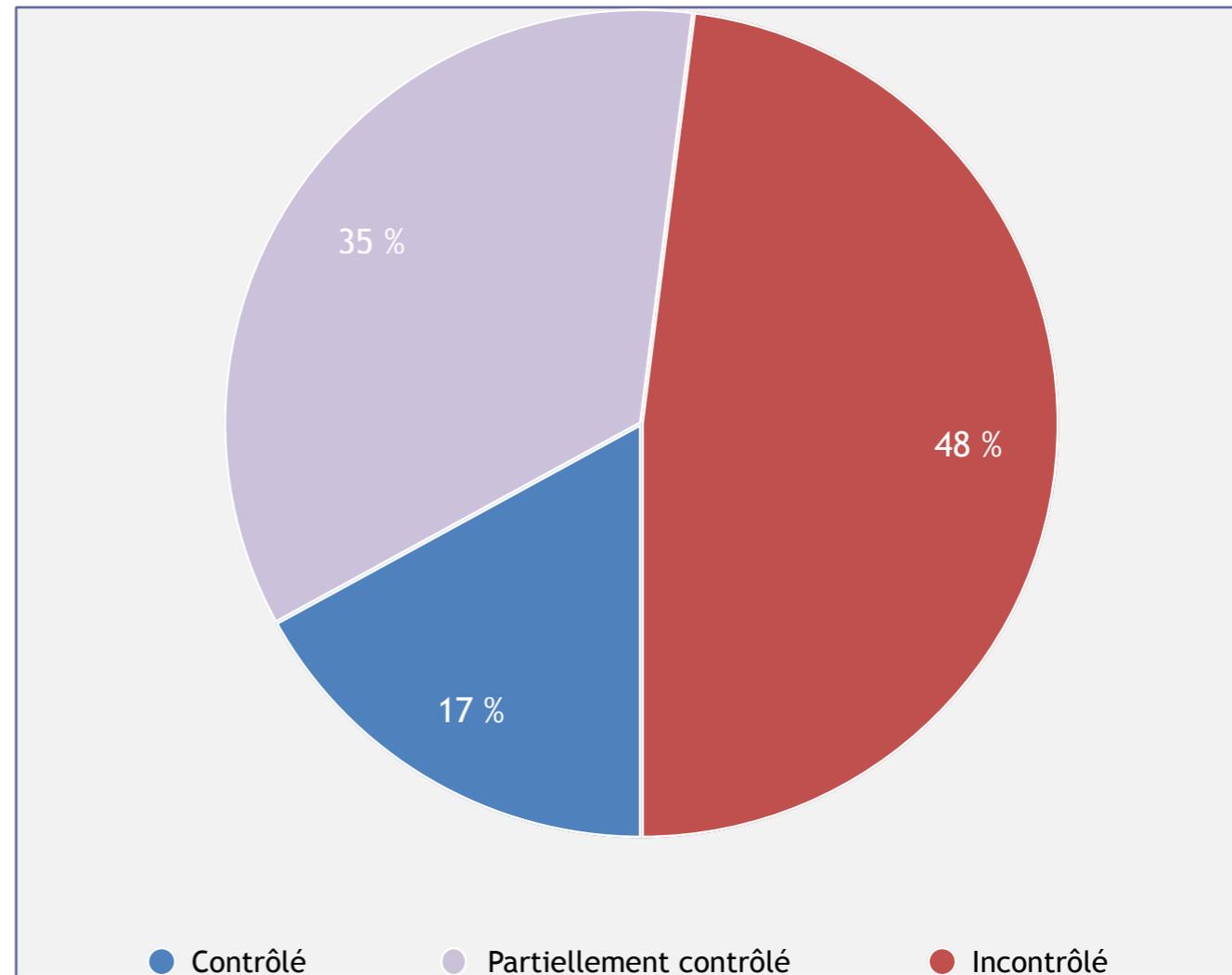


Etude Realize France
contrôle de l'asthme perçu

maladie « apprivoisée » au quotidien

des traitements efficaces

- mal connus (corticoïdes inhalés ne soulagent pas ?)
- Mal compris ($\beta 2$ / corticoïdes inhalés)
- Mal utilisés (en période de gêne ..., technique ...)
- Perçus comme pires que la maladie !
- ↪ **observance thérapeutique indigne de notre système de santé**



contrôle évalué selon GINA
Etude Realize France

Compliance adhérence, observance

Horne : Compliance, Adherence, and Concordance. Implications for Asthma Treatment;
Chest July 2006 vol. 130 no. 1 suppl 65S-72S

- pas de profil type du patient non observant
- Inobservance
 - Intentionnelle
 - *manger sans gluten, c'est mieux que le médicament...*
 - Non intentionnelle
 - *ça allait mieux, j'ai oublié*
 - *et puis j'aime pas les médicaments...*
 - Le plus souvent les deux !
- Croyances en santé et motivation à se traiter dans la durée

conséquence et vraie vie

- Un asthmatique sur trois (31 %) a « consulté un médecin ou est allé aux *urgences* au cours des douze derniers mois à l'occasion d'une crise d'asthme » (*IRDES, 2006*)

Déterminants de l'observance

- niveau socio économique (éducation)
- sévérité de la maladie
- représentation de la santé perçue
 - connaissance de la maladie, de son traitement
 - connaissance de soi, sentiment d'auto efficacité
- présentation du médicament
 - ses effets secondaires perçus ou craints
- relation avec les professionnels de santé

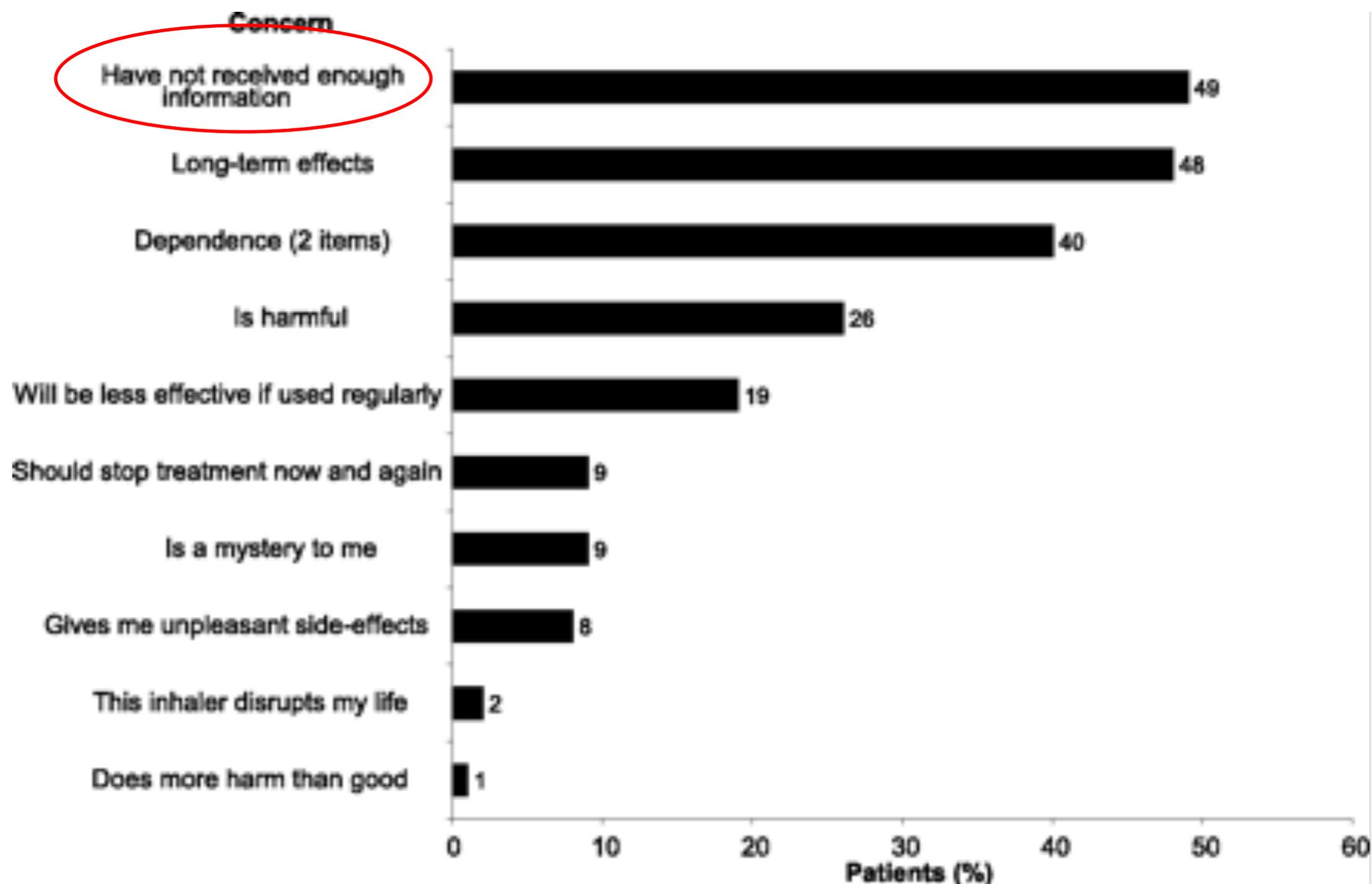
CAT devant un asthme mal contrôlé en soin primaire ou d'urgences

- Traitement d'urgence : corticoïdes et bêta 2
 - Et on passe à autre chose
 - Ou on attend la prochaine ...
- Si on veut être sérieux: → prise RV spécialiste pour prise en charge préventive

Des patients « difficiles »

- **Déception: les patients ne viennent pas au RV pourtant organisé dans la semaine !**
 - P Robichaud , Evaluation of a program aimed at increasing referrals for asthma education of patients consulting at the emergency department for acute asthma *Chest* 2004 ; 126 : 1495-501.
- **→ promotion de réseaux de soins**
 - L.P. Boulet, Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes *Respir Med*, 109 (2015), pp. 991-1000
 - L'Espace du Souffle Tours

Raisons de non utilisation du traitement de fond



SPLF groupe Ether : Les enjeux médico-économiques... (2006) F Martin

• France

- Direction Générale de la Santé :
Docteurs Carole CRETIN et Lydia VALDES
CNEH: Docteur Roland CASH

- 2000 patients décédés
- 780 000 jours d'hospitalisations
- 0,4% de patients ayant bénéficiés d'un programme éducatif

• Grande Bretagne

- Martin Dockrell, Asthma UK Juin 2006

- 1400 patients décédés
- 72 000 jours d'hospitalisations
- 25% d asthmatiques bénéficiaires d un programme d'éducation

Qui a le meilleur système de soins au monde ??

ETP dans l'asthme en pratique ...

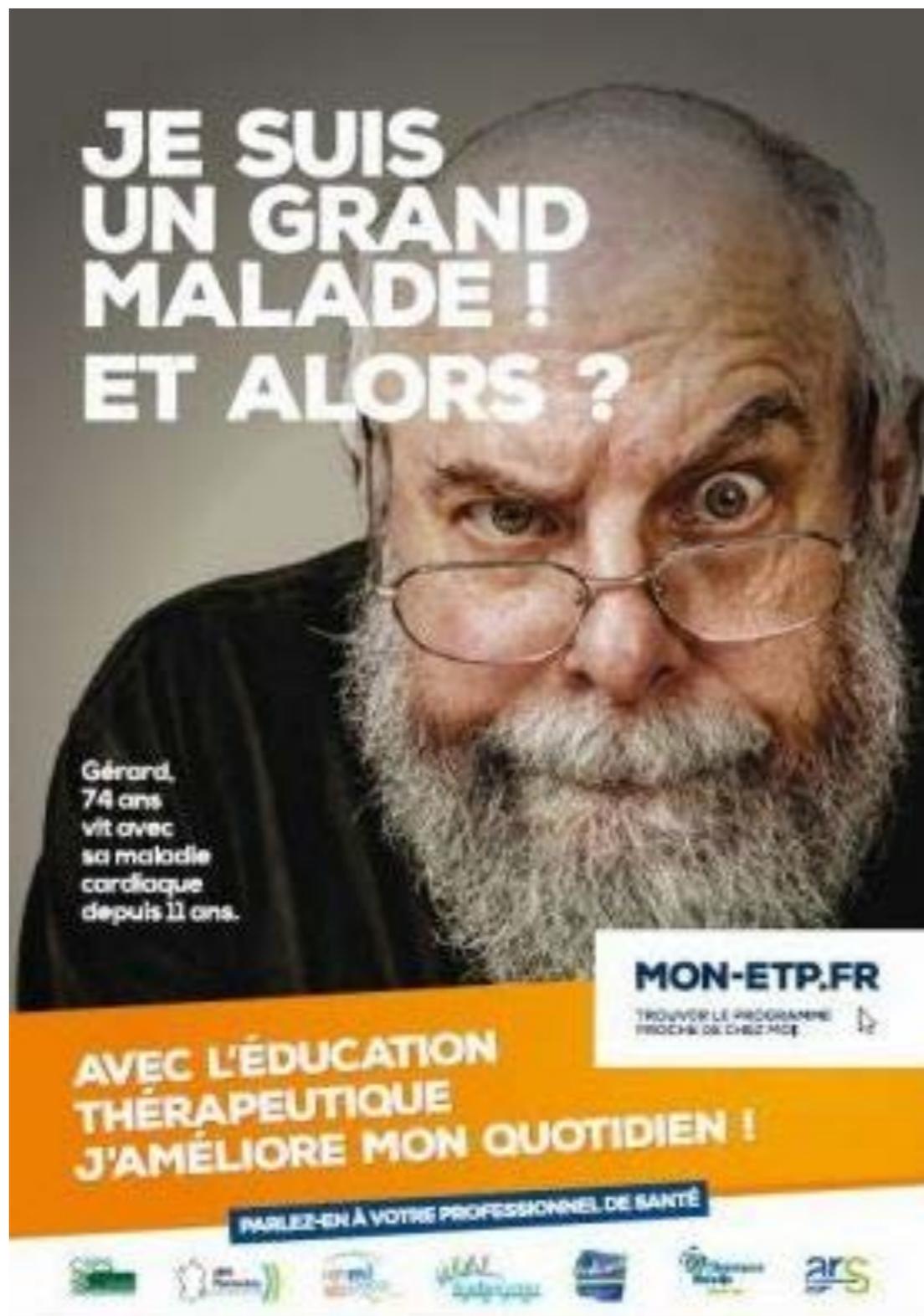
- Trop peu de patients dans les structures ETP
 - Différences réseau ETP ville / attaché à un service
- Même dans les services spécialisés
- En médecine de ville ...
- → éducation des médecins ...
- Promotion de l'ETP
 - dans les structures spécialisées
 - Dans le soin primaire
 - Dans l'éducation à la santé
 - Campagne ETP CPAM marseille 2018

ETP asthme en France

135 écoles de l'asthme

- 90 % attachée à un service hospitalier
 - accès des patients de ville...
 - gestion du personnel ETP par la direction du CH
 - IDE ETP= variable d'ajustement du planning
- file active...

CULTURE DE L'ETP



**JE SUIS UN GRAND MALADE !
ET ALORS ?**

Gérard, 74 ans vit avec sa maladie cardiaque depuis 11 ans.

MON-ETP.FR
TROUVER LE PROGRAMME PROCHE DE CHEZ MOI

AVEC L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE J'AMÉLIORE MON QUOTIDIEN !

PARLEZ-EN À VOTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Logos: CRPS, URPS Pharmaciens, URPS ml, URPS Biologistes PACA, Assurance Maladie, ars



**JE SUIS UNE GRANDE MALADE !
ET ALORS ?**

Michèle, 67 ans vit avec son diabète depuis 6 ans.

MON-ETP.FR
TROUVER LE PROGRAMME PROCHE DE CHEZ MOI

AVEC L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE J'AMÉLIORE MON QUOTIDIEN !

PARLEZ-EN À VOTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Logos: CRPS, URPS Pharmaciens, URPS ml, URPS Biologistes PACA, Assurance Maladie, ars

JE SUIS UN GRAND MALADE ! ET ALORS ?

Stéphane,
38 ans
vit avec
sa maladie
respiratoire
depuis 3 ans.

MON-ETP.FR

TROUVER LE PROGRAMME
PROCHE DE CHEZ MOI 

**AVEC L'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE
J'AMÉLIORE MON QUOTIDIEN !**

PARLEZ-EN À VOTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ



Les urgences comme recours

- Évolution de la médecine de ville
 - Disponibilité à toute heure
 - Performance
 - Proximité
 - Gratuité ...
- Traitement de l'asthme efficace & codifié
 - (ASUR 2)

après les urgences ?

- Prescription d'un traitement de fond
 - Pas toujours
 - Avec quelles explications ??
- Retour sur évènement ??
 - Par qui ? Avec qui ?
 - Rôle pédagogique de la crise
 - Reprise du diagnostic
- Conseils de sortie
 - Consultation
 - Bilan fonctionnel
 - Dans quel but ?

Constats aux urgences

- Traitement de sortie
 - Corticoïdes
 - + - Traitement de fond
 - + - explications ...
- Conseil RV spécialisé
 - Prise du rdv rapide
 - *Mais non honoré*
- —> **Récidive des épisodes aigus...**



questions

- Peut-on amorcer une éducation thérapeutique au cours d'un séjour aux urgences pour exacerbation asthmatique ?
 - Chez ces patients réputés instables et difficiles
- Est-ce faisable ?
- Quelle efficacité ?

Constitution d'un réseau

- Urgentistes CHU Tours + cliniques
- MG
- IDE et Aide soignantes des services d'urgence
- Pneumologues Espace du Souffle
- IDE et patients experts de l'École de l'asthme
- fondation du souffle 37: le souffle Val de Loire:
cd37@lesouffle.org

objectifs

- Action éducationnelle dans le cadre des urgences
 - Par les soignants (dont des médecins dédiés).
- Buts : faire comprendre
 - Maladie chronique inflammatoire
 - Maitrisable par le tt de fond
 - Le besoin d'en savoir plus
- —> **orienter le patient vers une structure d'ETP**

méthode

- Réunions : AS, IDE médecins, des services d'urgence – éducateurs, encadrement, médecin école de l'asthme
- Définition des objectifs
- Constitution d'une méthode, d'outils
 - Questionnaire, livret
- Évaluation
 - 3 thèses
 - Recrutement de l'école de l'asthme

ÉTUDE ENTRE 2011 ET 2013
SERVICES URGENCES CHU, CHG, ET CLINIQUES DU
37

Deux phases d'un an patients admis aux urgences pour crise d'asthme

- Ph 1 : « Observationnelle » : 121 patients
 - Questionnaire à l'admission pendant les premiers soins
 - Prise en charge standard
- Ph 2 : « Interventionnelle » : 121 patients
 - Questionnaire + prise en charge
 - + Entretien avec un membre du personnel soignant formé
 - + Remise d'un livret explicatif et commenté
 - + Conseil d'appel la structure d'ETP asthme.

Extraits du questionnaire

- **5. Etes-vous dérangé(e) la nuit par une respiration sifflante ou une toux**
 - Non
 - Moins d'une fois par mois
 - Moins d'une fois par semaine
 - Plus d'une fois par semaine
- **6. Etes-vous parfois essoufflé(e) dans votre vie de tous les jours**
 - Non
 - Moins d'une fois par mois
 - Moins d'une fois par semaine
 - Plus d'une fois par semaine
- **7. Si vous êtes régulièrement essoufflé(e), ces difficultés respiratoires se passent :**
 - Seules
 - Avec un médicament de secours type Vent...

- **8. Consultez-vous votre médecin ou votre pharmacien si les gênes respiratoires reviennent plus souvent ?**
 - Oui / Non

- **9. Votre asthme est-il de cause allergique ?**
 - Oui / Non / Ne sait pas

- **10. Avez-vous un traitement de fond ?**
 - Oui / Non / Ne sait pas

- **11. Un traitement de fond comporte des médicaments nécessaires :**
 - En cas de gêne plus forte
 - Quand il n'y a aucune gêne

Patients et méthode

- **Rappel de chaque patient à 6 mois**
 - 85 de la phase 1
 - 78 de la phase 2
 - A-t-il consulté depuis l'épisode ?
 - Prend-il un traitement de fond ?
- Population
 - Age moyen 34 ans prédominance féminine
 - 20 % amenés par transport médicalisé

RÉSULTATS

Données cliniques à l'arrivée

Constantes à l'arrivée, Médiane [Q1;Q3]	Phase 1	phase 2	p
Fréquence cardiaque (<i>battements par minute</i>), $n_1=98$, $n_2=104$	99.5 [86;111.8]	99 [82;115]	0.44
Fréquence respiratoire (<i>cycles respiratoires par minute</i>), $n_1=80$, $n_2=87$	24 [20;31.3]	23 [20;28]	0.35
Saturation en oxygène (%), $n_1=100$, $n_2=104$	97 [93 ; 98]	96 [95; 99]	0.86
Débit expiratoire de pointe (<i>L/min</i>), $n_1=88$, $n_2=101$	230 [180;320]	200 [150;300]	0.07
Patients ayant au moins un critère de gravité* , $n(\%)$, $n_1=106$, $n_2=107$	37 (34.9)	36 (33.6)	0.85
Hospitalisations antérieures en soins intensifs , $n(\%)$, $n_1=100$, $n_2=104$	32 (32.0)	30 (28.9)	0.62
Gêne respiratoire diurne plus d'une fois/semaine , $n(\%)$, $n_1=118$, $n_2=120$	45 (38.1)	58 (48.3)	0.11
Gêne nocturne au moins 1 fois/mois , $n(\%)$, $n_1=120$, $n_2=121$	69 (57.5)	70 (57.9)	0.96

Variables	Phase 1 $n_1=121$	Phase 2 $n_2=121$	p
Essoufflement au moins 1 fois/ mois, n(%)	71 (58.7)	80 (66.1)	0.23
Traitement de fond, $n_1=120$, $n_2=121$ 0.04			
Oui	81 (67.5)	63 (52.1)	
Non	35 (29.2)	54 (44.6)	
Ne sait pas	4 (3.3)	4 (3.3)	
Facteur déclenchant, n(%)			0.12
Infection respiratoire	41 (33.9)	60 (49.6)	
Allergique	23 (19.0)	22 (18.2)	
Irritant (effort, tabac, pollution)	20 (16.5)	14 (11.6)	
Problème de traitement	5 (4.1)	2 (1.6)	
Non identifié	32 (26.5)	23 (19.0)	
Fumeur, n(%), $n_1=121$, $n_2=120$	48 (39.7)	50 (41.7)	0.75
Peak flow à domicile, n(%), $n_1=106$,	25 (23.6)	14 (11.8)	0.02

traitement de fond

- 59.8% (144) patients affirmaient en posséder un.
- 61.8% (89) ne l'utilisaient pas correctement.

sévérité

- 21 patients (11.1%) ont été hospitalisés en réanimation ou unité de surveillance continue (USC).
- patients ayant au moins un critère de gravité,
 - 26 (35.6%) ont été hospitalisés
 - 15 (20.5%) en réanimation ou unité de surveillance continue (USC).

Changement de comportement

- patients avec un traitement de fond: l'amélioration de l'observance à 6 mois de leur passage aux urgences, a été effective
 - pour 41 (50.6%) patients ph 1
 - 33 (52.4%) patients ph 2 (intervention éducation $p=0.83$).
- **Nouvel épisode aux urgences**
 - **phase 1 : 16 (18.8%)**
 - **Phase 2 : 7 (9.3%) : groupe intervention ($p=0.09$).**
 - **À confronter aux 40 % de l'étude ASUR**

Traitement de fond

- 27,7% n'ont pas de traitement (ttt) de fond
- 3,3% ne savent pas
- ***54% pensent qu'un ttt de fond s'utilise en cas de gêne plus forte***
 - Parmi les patients ayant un ttt de fond, 46,6% pensent qu'il ne s'utilise qu'en cas de gêne plus forte

ÉVALUATION

Évaluation du livret auprès des patients

- 37 patients interrogés entre un et 6 mois
- Question « à quoi sert le traitement de fond? »
 - 85% soit 34 personnes pensent, après lecture de la brochure, que le traitement préventif sert à empêcher les symptômes et les crises,
- Usage des corticoïdes inhalés:
 - 16 patients (sur 37) ont été rassurés par le livret sur l'utilisation des corticoïdes inhalés
 - 5 ne l'ont pas été.

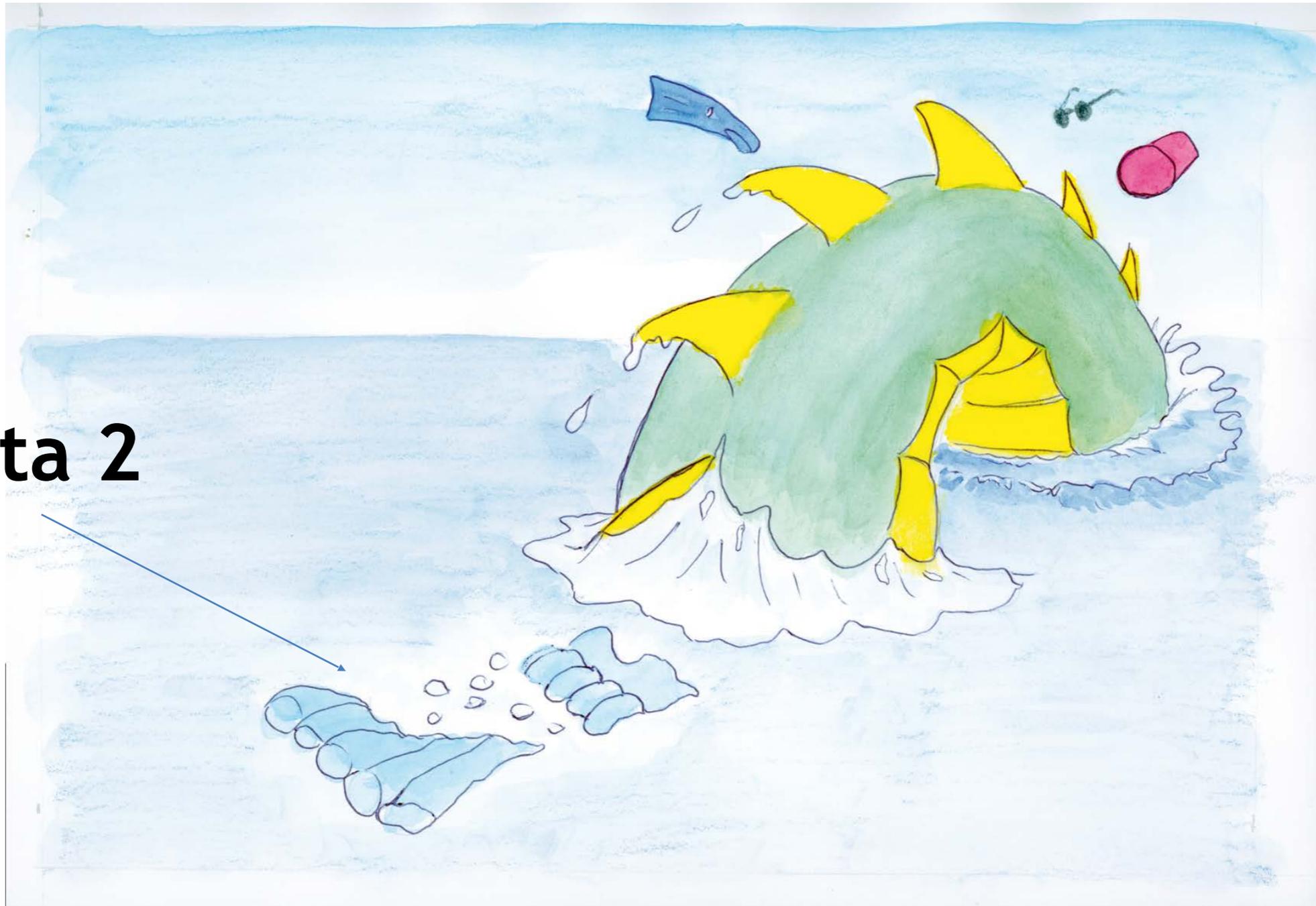
Littératie

Conception du livret

- Chaque mot a été pesé par l'ensemble des intervenants du réseau (polyprofessionnel), évalué dans le sens perçu par le public le plus large
 - effet anxiogène de certaines phrases
 - Choix des images ...
- Tentative d'évaluation de la littératie au cours du travail initial
 - Difficile pour les intervenants des urgences

Alors...

Béata 2



auprès des soignantes

- Q : «Sur quels points insistez-vous lors de l'explication de la brochure? »,
 - le personnel insiste sur
 - le traitement de fond,
 - la chronicité de la maladie
 - différence entre le traitement de fond et le traitement de la crise d'asthme.
 - Certains utilisent plusieurs de ces points
- Toutes les IDE et les AS insistent sur
 - le fait que l'asthme est une maladie chronique
 - Et le traitement de fond.

Recrutement à l'école de l'asthme ?

- En augmentation régulière
- + 11 % dès la première année 2011 (80 patients / an)
 - 16 % en 2014
 - 240 patients en 2019 dont 2/3 venant des urgences
 - Plus d'intervenant formés aux urgences (CHU)
 - Équipes de nuit
- Amélioration de la performance des soignantes ++

DISCUSSION

peut-on aux urgences proposer un entretien orienté sur le concept de maladie chronique inflammatoire ?

- par un dialogue basé sur le ressenti de l'expérience,
- la mise en perspective avec la maladie sous-jacente,
 - Sa chronicité
- en faire déduire au patient la nécessité de prendre un traitement préventif,
- susciter le désir d'en savoir plus sur son asthme

traitement de fond la maladie comme norme de vie

- Près de 60 % des patients rapportent avoir une prescription intitulée « traitement de fond »,
 - mais 62 % d'entre eux ne l'utilisent qu'en cas de gêne plus forte.
- Ce traitement est donc compris comme un *corollaire de la crise*
 - **prescrit en** consultation pour une « anomalie » dans le quotidien asthmatique
 - et non comme un traitement à prendre préventivement

Le normal et les normes

« Nous ne pouvons pas dire que le concept de « pathologique » soit le contradictoire logique du concept de « normal », car la vie à l'état pathologique n'est pas l'absence de normes, mais présence d'autres normes. »

G Canguillhem : le normal et le pathologique *puf 1964*

QUELQUES PRINCIPES ÉDUCATIONNELS UTILISÉS

La chance d'une rencontre

- « *Kairos* »: moment opportun
- Teachable moment
- Discours motivationnel
- Profiter de cette chance
 - Réseau de soin
 - École de l'asthme
 - Retour au médecin traitant, pneumologue

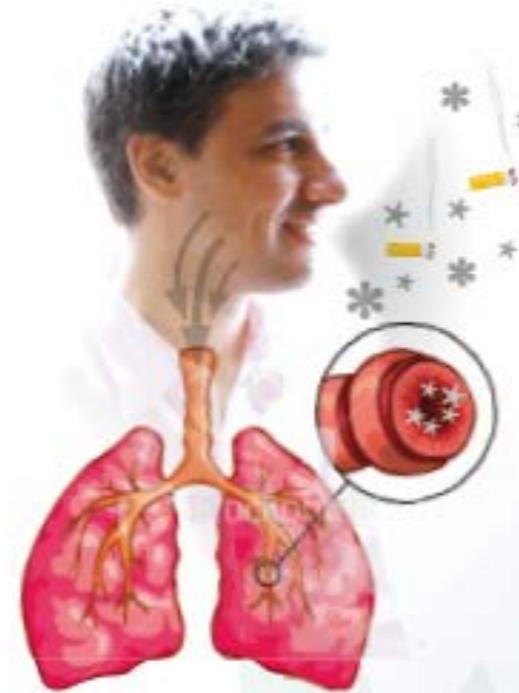
L'exacerbation asthmatique comme démarche expérientielle

- Réalisée par les patients lors de la réponse au questionnaire
- Explique l'absence de différence entre les 2 groupes
- Prolongation du test de contrôle de l'asthme
 - Précision individuelle
 - Lien avec le traitement
 - Le comportement de la maladie face aux évènements

Pédagogie par problème en temps réel

- Sur le vif
- En valorisant l'expérience
- Connexion avec la notion de maladie
 - Chronique, permanente
 - Inflammatoire
 - Potentiellement instable

1 L'asthme : qu'est-ce que c'est ?



L'asthme est une maladie chronique des bronches.

Il provoque une sensibilité anormale des revêtements respiratoires aux poussières et autres irritants portés par l'air que l'on respire.

Cette irritation est liée à une **inflammation permanente que l'on ne ressent pas la plupart du temps.**

Lors d'agressions comme une allergie ou un rhume banal, cette inflammation provoque : **toux, sifflements dans la poitrine, difficultés pour respirer.** Ces symptômes peuvent être légers et se calmer tout seuls.

Les médicaments bronchodilatateurs : Ventoline®, Bricanyl®, Airomir®, Asmasal®, Buventol®, Ventilastin® sont prescrits en traitement de secours. Ils soulagent mais **ne soignent pas l'inflammation.**

Susciter un questionnaire

- Désir d'en savoir plus
- Il est possible de ne pas subir
- Existence de structures pour poursuivre un dialogue
 - Sans médecin
 - Espace du Souffle
 - Rencontre avec l'association Asthme et Allergie 37

L'asthme peut durer toute la vie avec des symptômes occasionnels, mais aussi des complications :

- crise grave
- vieillissement pulmonaire



L'asthme est une maladie dangereuse.

La crise d'asthme peut être extrêmement grave et conduire en réanimation.

S'il n'est pas traité correctement, l'asthme provoque un vieillissement prématuré des voies respiratoires.

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique qui s'installe dans votre quotidien. Si elle n'est pas traitée, elle peut s'avérer dangereuse.

MOTIVATION au changement

- Repose sur un diagnostic
 - **Élucidant**, pédagogique
- Intégrant avant tout l'expérience et le vécu du patient.
- Éclairée par la connaissance objective de la maladie transmise par le médecin
 - Ses représentations
 - répété « en écho » par plusieurs intervenants
- Débouchant sur une décision de la part du patient à se traiter lui-même

pluridisciplinarité

- Médecin des urgences: diagnostic & traitement
- Soignant : ***dialogue*** +++
 - Reprise du vécu du patient (questionnaire)
 - Opportunité au cours du séjour bref de nouer un dialogue
 - Au bon moment
 - Indépendant d'une impression de jugement par le médecin
 - Crise = faute
- Réseau, école de l'asthme, recours
- Médecin traitant si impliqué

Conséquences

- Recrutement de l'école de l'asthme de l'Espace du Souffle
 - Amélioration du recrutement
 - Accès à des populations ne consultant pas facilement en pneumologie
- Réorientation par la structure vers une nouvelle évaluation médicale
 - Maladie sous estimée, mieux comprise
 - Désir
- Un réseau qui s'étend (CHU)
 - Impulsion de médecins motivés et motivant les équipes

conclusion

Entourer la prise en charge « technique » de l'asthme aux urgences par une démarche éducationnelle est

- Possible
- Facile
- Efficace
- Avec un réseau pluridisciplinaire
 - Formé
 - Solidaire
 - Motivé
- dont l'efficacité progressent avec l'expérience



Livret patient

Vous
êtes ici
pour
une crise
d'asthme

Voici ce que
vous devez savoir
pour que cela
ne vous arrive plus !

Un
membre de
l'équipe soignante
est à votre disposition
pour commenter
ce document
et répondre à vos
questions.

L'Espace
du Souffle