

Faisabilité, contenus, aspects pratiques et limites de l'éducation thérapeutique de patients asthmatiques dans un service d'urgences.

Philippe Burtin

Kinésithérapeute, Chargé d'enseignement

Master II STAPS, Expert en préparation
Physique et Mentale

QUELLES POSSIBILITÉS D' ETP AUX URGENCES POUR DES PATIENTS PRÉSENTANT UN ASTHME AIGU GRAVE?

Quels patients?

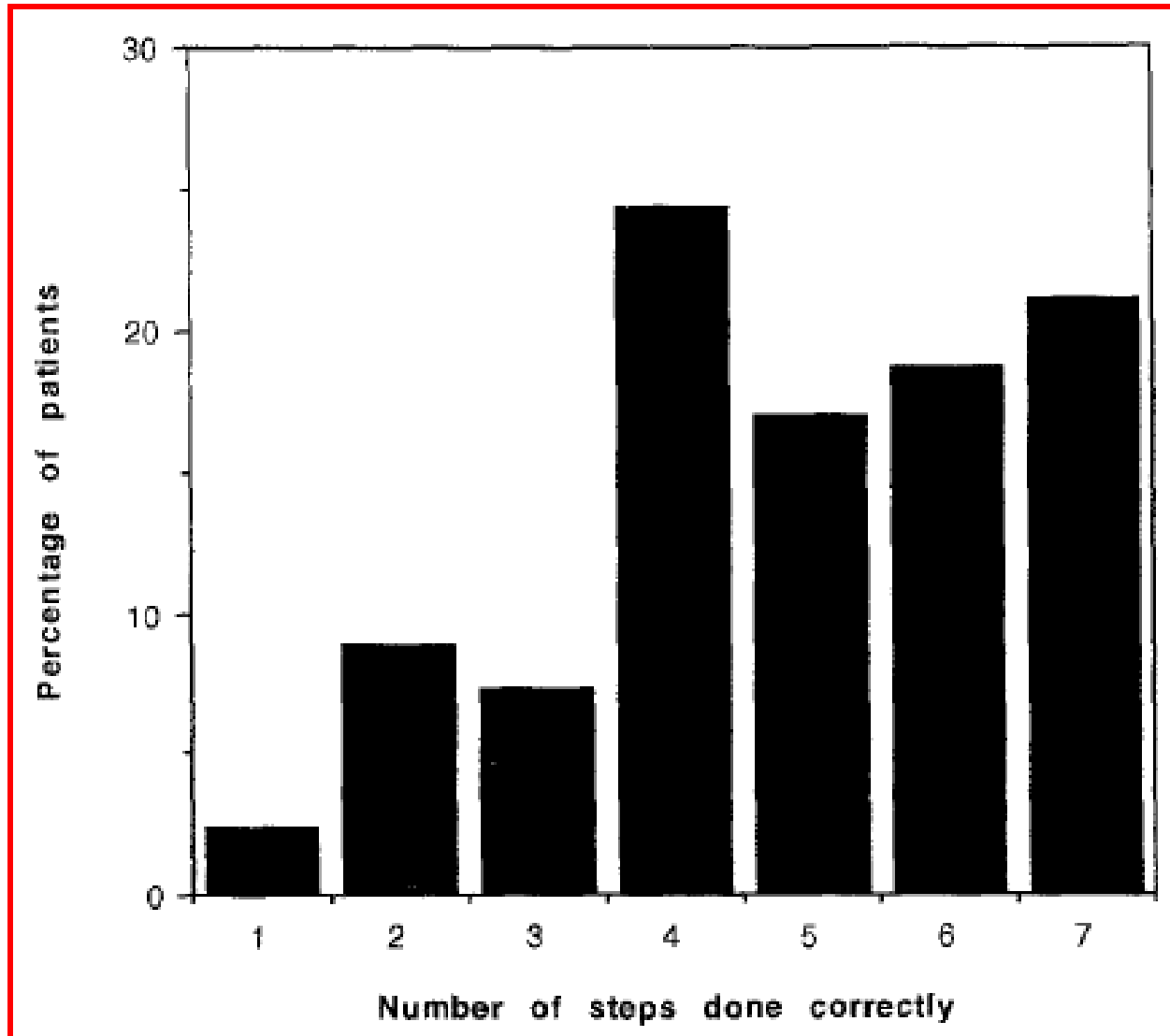
- Gravité, voire risque vital
- Emotions?
- Prise du traitement de fond? Technique?
- Niveau socio économique?
- Exposition aux allergènes et polluants?
- Méconnaissances/compétences?
- Spécificités d' apprentissage?
- Demandes spécifiques?

Gamble J, Stevenson M, McClean E, and Heaney L.
Am J Respir Crit Care Med. 2009; 180: 817–822

| Demographic and Clinical Data | All Patients (N = 182) | Prescription Filling | | P Value |
|--|------------------------|----------------------|--------------------|---------|
| | | ≤50% ICT (n = 63) | >50% ICT (n = 119) | |
| Age, yr | 42.1 ± 14.5 | 41.7 ± 13.8 | 42.2 ± 14.8 | 0.84 |
| Sex, M/F | 69/113 | 16/47 | 53/66 | 0.02 |
| Source of referral, n (%) | | | | |
| Pulmonologist | 67 (37%) | 24 (37%) | 43 (36%) | 1.00 |
| Primary care | 115 (63%) | 40 (63%) | 75 (64%) | |
| Smoking history, n (%) | | | | |
| Current | 25 (14%) | 8 (13%) | 17 (15%) | 0.55 |
| Ex | 20 (11%) | 5 (8%) | 15 (13%) | |
| BMI | 29.1 ± 5.9 | 29.7 ± 5.9 | 28.9 ± 5.9 | 0.43 |
| Atopy, n (%) | 105 (58%) | 30 (48%) | 75 (63%) | 0.06 |
| FEV ₁ , % predicted | 72.0 ± 23.9 | 68.7 ± 24.8 | 73.7 ± 23.4 | 0.18 |
| Admissions in the previous 12 mo, | 15% = 3 | 25% = 3 | 10% = 3 | 0.02 |
| % per number of admissions | 7% = 2 | 5% = 2 | 9% = 2 | |
| | 17% = 1 | 18% = 1 | 16% = 1 | |
| | 61% = 0 | 52% = 0 | 65% = 0 | |
| Unscheduled visits with GP | 2.0 ± 1.9 | 2.1 ± 1.8 | 1.9 ± 1.8 | 0.58 |
| Rescue oral steroid courses in the preceding 12 mo | 4.1 ± 3.5 | 4.3 ± 3.4 | 4.0 ± 3.6 | 0.60 |
| Subjects prescribed maintenance daily oral steroids* | 34/176 (19%) | 14/61 (22%) | 20/115 (17%) | 0.49 |
| Maintenance daily oral steroid dose, mg | 15.6 ± 11.1 | 18.3 ± 13.1 | 13.7 ± 9.3 | 0.26 |
| Daily prescribed inhaled steroid dose, μg [†] | 1,388 ± 550 | 1,494 ± 539 | 1,332 ± 550 | 0.06 |
| Total short-acting β ₂ -agonist doses in the preceding 6 mo | 1,810 ± 2,181 | 2,013 ± 2,237 | 1,662 ± 2,141 | 0.34 |
| Owens a compressor for nebulized drugs | 66 (36%) | 31 (49%) | 35 (29%) | 0.01 |
| Total short-acting β ₂ -agonist nebulas prescribed in the preceding 6 mo | 61 ± 133 | 99 ± 182 | 42 ± 87 | 0.03 |

Patients filling 50% or fewer of prescriptions for ICT were more likely to have been admitted to the hospital on three or more occasions in the previous 12 months.

Shrestha M, Haroon Parupia M, Andrews B, and al. Am JEmerg Med 1996;14:380-384



Bacon S, Bouchard A, Loucks E and Lavoie K. Individual-level socioeconomic status is associated with worse asthma morbidity in patients with asthma Respiratory Research 2009, 10:125

| | Low (< 12 yrs education) n = 306 | | High (≥ 12 yrs education) n = 475 | | F | p |
|--|-------------------------------------|------------|--------------------------------------|------------|-------|--------|
| | Mean or % | 95% CI | Mean or % | 95% CI | | |
| Demographics | | | | | | |
| Age (yrs)* | 52.3 | 50.8, 53.9 | 46.0 | 44.8, 47.3 | 37.42 | < .001 |
| Sex (% Male) | 40 | 35, 46 | 40 | 36, 45 | 0.00 | .997 |
| Ethnicity (% Caucasian) | 91 | 88, 94 | 92 | 90, 95 | 0.44 | .518 |
| Cohabiting (% yes) | 68 | 62, 73 | 65 | 61, 70 | 0.47 | .492 |
| Employed (% yes) | 49 | 43, 54 | 72 | 68, 76 | 45.73 | < .001 |
| Medical characteristics | | | | | | |
| BMI (kg/m ²)* | 27.8 | 27.3, 28.4 | 26.6 | 26.1, 27.0 | 12.32 | < .001 |
| Current smoker (% yes) | 13 | 9, 16 | 8 | 5, 10 | 5.75 | .017 |
| Pack-years†* | 12.9 | 10.9, 14.9 | 6.6 | 5.0, 8.1 | 23.84 | < .001 |
| Psychiatric comorbidity (% yes)¶ | 32 | 27, 37 | 27 | 23, 32 | 2.02 | .156 |
| Asthma characteristics | | | | | | |
| FEV1 (% predicted)* | 77.3 | 74.6, 79.9 | 79.9 | 77.8, 82.0 | 2.32 | .129 |
| FVC (% predicted)* | 87.8 | 85.3, 90.2 | 90.5 | 88.6, 92.4 | 3.03 | .082 |
| FEV1/FVC* | 71.4 | 69.6, 73.2 | 72.9 | 71.6, 74.3 | 1.78 | .183 |
| Asthma severity (% moderate or severe) | 92 | 88, 96 | 84 | 80, 87 | 10.94 | .001 |
| Asthma duration (yrs)* | 18.2 | 16.5, 19.9 | 18.9 | 17.5, 20.3 | 0.45 | .502 |
| Atopic (% yes) | 62 | 57, 67 | 77 | 73, 81 | 23.01 | < .001 |
| Bronchodilator use (# times in last week)* | 9.6 | 7.9, 11.3 | 7.0 | 5.6, 8.3 | 5.77 | .017 |

Bacon S, Bouchard A, Loucks E and Lavoie K. Individual-level socioeconomic status is associated with worse asthma morbidity in patients with asthma Respiratory Research 2009, 10:125

Logistic regression analyses revealed that patients with < 12 years of education were 55% more likely to report being hospitalized or having an emergency department visit in the last year (OR = 1.55, 95%CI = 1.05-2.27), independent of age, sex, and asthma severity.

QUELLES ATTENTES DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS?

Emtner M, Hedin A, Andersson M, Janson C.
BMC Pulmonary Medicine 2009, **9:43**

- 84 patients asthmatiques aux urgences, âge moyen 55 ± 18 ans
- Niveau bac et + : 62%
- Quels savoirs, quelle ETP, quel devenir?
- 61% déjà venus aux urgences durant l'année précédente
- 86% ont déjà reçu de l'information
- 22% ont suivi une éducation

Emtner M, Hedin A, Andersson M, Janson C.
BMC Pulmonary Medicine 2009, **9:43**

| SOUHAITS DE SAVOIRS | |
|---|-----|
| EN SAVOIR PLUS EN GENERAL | 77% |
| EN SAVOIR PLUS SUR LES TRAITEMENTS | 33% |
| EN SAVOIR PLUS SUR LA PATHOLOGIE | 38% |
| EN SAVOIR PLUS POUR GERER LES EXACERBATIONS | 41% |
| VEULENT UN PLAN D'ACTION | 27% |

Attentes des patients vs Projet des soignants

- Emotions?
 - Compétence technique
 - Dimension relationnelle
 - Disparition de la dyspnée
 - Diminution des symptômes
 - Reprise des activités
 - Retour à domicile
 - Exprime-t-il autre chose?
Y-a-t-il des non-dits?
- Régression des symptômes
 - Durée de séjour minimale
 - Sortie dans des conditions optimales de stabilité et de suivi.

A QUELLES CONDITIONS CETTE ÉDUCATION EST-ELLE POSSIBLE ?

Des a priori ?

Des représentations?

- Service non dédié, pas de temps
- Directivité des soins dans le contexte d'urgence
- Patient présentant une pathologie sévère, non disponible pour les échanges
- Patients non demandeurs, « aux ordres »
- Compétences spécifiques indispensables pour les soignants
- L'ETP débute dès l'arrivée aux urgences, en visant la participation active du patient à la gestion de la crise et à son traitement.

Le patient doit être suffisamment rétabli pour pouvoir échanger. Il ne s'agit pas d'une seule « réceptivité apparente », subjective, difficile à apprécier. Des critères de réceptivité/échange sont peut-être à définir.

- FR normale
- Échelle de dyspnée = 0
- Gazométrie aux valeurs basales
- Auscultation normale
- Comment le patient se sent-il?

Adaptation de la relation en fonction de la sévérité, de l'urgence vitale.

QUELLES EN SONT LES MODALITÉS PRATIQUES ?

Vécu et émotions

- Le soignant éducateur doit évaluer le vécu récent et les émotions du patient vis à vis de la dyspnée, de sa pathologie, de la crise aiguë qui vient d'arriver, des conditions de son accès aux urgences, de son séjour à l'hôpital.
- Ce rappel est souhaitable avant que celui-ci ne s'estompe et/ou ne soit occulté.
- Ce rappel peut être utile chez des patients souhaitant sortir trop rapidement et/ou peu réceptifs lors des dialogues. Des questions du type : « C'est grave ce qui vous est arrivé ? » peuvent favoriser l'initiation d'un changement de comportement.

⇒ Intégration au diagnostic éducatif

Questions

- Comment vous sentez-vous? Gène respiratoire?
 - Questions sur antécédents/histoire du patient asthmatique
 - Est-ce votre premier épisode?
 - Vous étiez-bien pour respirer?
 - C' est grave ce qui vous est arrivé?
- L' exploration du passé et du présent permet d'envisager l' avenir

Contexte spécifique:

Echanges avec le patient qui vient de recevoir beaucoup de soins techniques, relationnels plus ou moins adaptés

=>ce peut être un frein, on passe de la relation directive à une relation d'échange.

Organisation en vue de la sortie

- Inconnues : date de sortie du patient ?
passage dans un service de soins ? Il est nécessaire de cerner rapidement les insuffisances et problématiques des patients.
- Un lien doit exister avec d'autres structures : services hospitaliers, réseau ville-hôpital.

Quel lien instaurer avec la famille ou l'entourage ?

Evaluer leurs capacités à s'impliquer, leur positionnement, leur rôle spécifique par rapport au patient, le type de relation qui les unit. Le support familial peut être un relai et un soutien. Il peut aussi aider à identifier les facteurs de mauvaise gestion de la pathologie chronique.

**QUEL APPRENTISSAGE EST-IL POSSIBLE
DE SOLLICITER CHEZ LE PATIENT ET SON
ENTOURAGE ?**

Cibler n' est pas standardiser

- Evaluer la technique d' inhalation, mais **pas seulement**: le diagnostic éducatif explore les savoirs, les savoir-faire et comportements.
- Le diagnostic éducatif est toujours l' élément fondateur.
- Tout est possible, mais le temps est limité, le devenir du patient est incertain : il faut cibler les points essentiels et penser à l' orientation du patient.
- Quelles capacités et spécificités d' apprentissage?

- **Plan d'action adapté et personnalisé** lors du passage aux urgences
- Passage aux urgences : moment privilégié pour initier ou ré initier une ETP?

QUELS MESSAGES ÉDUCATIFS S'Y RATTACHENT ?

Avant, pendant, après la crise

- Repérer les facteurs déclenchant et les prodromes, agir en conséquence.
- Un plan d' action doit être construit avec le patient et un rendez-vous de consultation spécialisée et/ou dans une structure d' ETP doit être pris aux urgences. On vise ainsi un continuum de soins et d' ETP.
- Il est logique d' initier ou ré-initier le traitement de fond de la pathologie.

Difficultés et Freins

- Limites de temps et de disponibilité
- Limites de personnel
- Limites matérielles

Avantages et leviers

- Episode aigu récent
- Possibilité de renforcer un acquis
- Orientation possible à la sortie des urgences.

En conclusion :

- Dans un contexte a priori non approprié, on doit trouver rapidement :
 - ce qui ne va pas, pourquoi le patient est hospitalisé.
 - des solutions adaptées en fonction du devenir des patients.
- Les urgences , surtout si le patient n'est pas hospitalisé, doivent être un espace dédié également à l' évaluation des besoins des patients et à l'organisation d' une ETP. Serait-ce un espace privilégié compte tenu du type patient (sévérité, absence d' ETP...), de l' aspect récent de la dyspnée?

Propositions :

- Des formations à l' ETP devraient permettre aux soignants de cibler les besoins des patients en ETP dès l' arrivée.
- L'organisation d' équipes transversales hospitalières centrées sur l'orientation et la mise en route d'un programme adapté pourrait être envisagée. Elle évalue l' ETP et la poursuit après le passage aux urgences.

DES RESULTATS?

- Satisfaction des patients,
- Ecoute,
- Echange,
- Apprentissage,
- Changement des comportements?

Est-il utile d'évaluer les effets d'une éducation réalisée en service d'urgence ?

