



Éducation concertée sur l'autogestion de l'asthme et de la MPOC

À elle seule, la pharmacothérapie ne suffit pas à assurer une prise en charge optimale de la plupart des maladies chroniques et il est souvent essentiel d'y combiner l'éducation, la modification du mode de vie et l'autogestion. Les programmes classiques d'éducation ont pour but de fournir aux patients des renseignements précis sur leur maladie et de leur permettre d'acquérir des compétences techniques particulières (p. ex., technique d'inhalation). L'éducation concertée sur l'autogestion propose une démarche différente, qui vise à enseigner aux patients des aptitudes à résoudre les problèmes et qui met l'accent sur l'établissement d'un partenariat entre les professionnels de la santé et le patient pour guider l'autogestion. Les patients et leurs professionnels de la santé discutent et conviennent des objectifs du traitement, élaborent par écrit un plan d'action personnalisé (qui comprend un volet d'auto-surveillance) et passent périodiquement en revue le traitement et son efficacité^{1,2}.

Non-observance

La presque totalité des échanges entre les professionnels de la santé et les patients donnent lieu à la formulation de conseils; cependant, il arrive souvent que les patients oublient le traitement ou les activités d'autotraitements qui leur sont proposés, qu'ils les appliquent incorrectement ou qu'ils en fassent carrément abstraction³⁻⁹. Aux États-Unis, par exemple⁴:

- 20 % des ordonnances ne sont jamais remplies;
- plus de 50 % des patients font des erreurs significatives dans la prise de leurs médicaments;
- de 50 % à 60 % des patients ne se présentent pas à des rendez-vous s'inscrivant dans des programmes de prévention;
- plus de 50 % des patients qui commencent des programmes axés sur la modification du mode de vie abandonnent en cours de route.

Il arrive souvent que les asthmatiques ne prennent que de 60 à 80 % de la dose de médicaments de fond (corticostéroïdes inhalés [CSI]) qui leur est prescrite, et ce de 50 % et 60 % du temps^{3,6-9}. Or de telles pratiques peuvent avoir de graves répercussions, car de très faibles niveaux d'observance (40 % ou moins) sont associés à une maîtrise inadéquate de l'asthme et même à la mort^{3,5,10}. Des problèmes peuvent aussi se poser pour les patients atteints de MPOC, les problèmes étant alors souvent liés à l'âge habituellement avancé du patient, à l'existence fréquente de comorbidités et aussi, à l'occasion, à une apparente incapacité ou tout simplement au refus de modifier ses habitudes de vie. Les professionnels de la santé doivent être en mesure de reconnaître les patients susceptibles de ne pas respecter leur traitement ou ceux dont la maladie est instable (voir Conseils et outils, pages S8 et S34 à S37) et de prendre des mesures pour faciliter un enseignement efficace en matière d'autogestion.

Rick Hodder est professeur de médecine aux divisions de médecine pulmonaire et de soins intensifs à l'Université d'Ottawa, à Ottawa (Ontario). Renseignements : rhodder@ottawahospital.on.ca.

Communication axée sur le patient

La prise en charge a généralement tendance à être axée sur la maladie proprement dite. Or les patients ont aussi d'autres préoccupations qui sont liées notamment aux effets de la maladie sur leur vie quotidienne (p. ex., essoufflement, tolérance réduite à l'effort, craintes, stress sur la famille, gêne de prendre des médicaments en public, etc.). La communication doit donc répondre non seulement aux besoins liés à la maladie, mais aussi aux besoins psychosociaux du patient et à ses besoins en matière d'autoapprentissage. Il est probable que le fait de poser des questions ouvertes du genre « Qu'est-ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre maladie? » ou « Qu'est-ce qui pourrait améliorer votre situation? », de même que des questions plus précises comme « La prise de stéroïdes vous inquiète-t-elle? » ou « Qu'est-ce qui provoque le plus souvent chez vous des essoufflements? » sera plus efficace que de poser simplement des questions sur les médicaments ou des questions très générales du genre « Comment vous sentez-vous aujourd'hui? ».

Enseignement de l'autogestion

Il existe des lignes directrices fondées sur des données probantes qui énoncent clairement les objectifs de l'éducation des patients sur l'asthme et la MPOC et les méthodes recommandées à cette fin; l'enseignement de l'autogestion peut donc être dispensé par un éventail de professionnels de la santé, y compris des pharmaciens, des médecins, des infirmières, pour ne nommer que ceux-ci. De plus, le Réseau canadien pour le traitement de l'asthme (RCTA), en collaboration avec l'Alliance canadienne pour la MPOC (« Canadian COPD Alliance » CCA), offre des examens de certification à l'intention des professionnels de la santé qualifiés, intéressés à acquérir une spécialisation et il a récemment créé le programme de certification des éducateurs dans le domaine de l'asthme et de la MPOC. Il s'agit maintenant d'améliorer l'accès à ces éducateurs certifiés dans une variété de cadres de soins.

Éléments essentiels au succès de l'enseignement sur l'autogestion

Comme les exacerbations sont courantes, les professionnels de la santé devraient promouvoir l'élaboration de plans d'action écrits¹¹⁻¹² pour aider les patients à reconnaître les signes d'une maladie mal maîtrisée et à prendre les mesures qui s'imposent.

Pour être efficace, le plan d'action doit :

- être consigné par écrit. La probabilité de décès due à l'asthme est quatre fois moins élevée lorsque le patient reçoit un plan d'action écrit plutôt que de simples consignes verbales¹¹;
- être communiqué dans le cadre de discussions éducatives avec le patient : le seul fait de remettre un plan d'action au patient n'est pas efficace pour améliorer la maîtrise de l'asthme¹³.

Bien que des données attestent de l'efficacité des plans d'action, les programmes d'éducation sur la valeur et la facilité d'utilisation de ces plans en situation clinique ne donnent pas les résultats escomptés et les plans d'action sont sous-utilisés par les professionnels de la santé et les patients

au Canada. De fait, une étude récente¹⁴ indique que 44 % des Canadiens atteints d'asthme n'ont pas de plan d'action et que seulement 11 % ont un plan d'action écrit. De plus, parmi les patients qui ont un plan d'action, 50 % ne l'utilisent pas régulièrement¹⁴.

Les plans d'action sur la MPOC ont été moins bien étudiés, mais ils peuvent néanmoins être utiles dans le cadre d'un programme global¹⁵. Les conseils sur les moyens de réduire l'essoufflement au minimum, de reconnaître les signes précoces d'une exacerbation et de savoir quand commencer la pharmacothérapie et quand consulter doivent faire partie intégrante de ces plans.

Mesure efficace dans la prise en charge de l'asthme et de la MPOC

Des études systématiques indiquent que l'éducation concertée sur l'autogestion de l'asthme améliore sensiblement les résultats cliniques en réduisant notamment la morbidité hospitalière, les hospitalisations, les consultations au service d'urgence, les visites sans rendez-vous chez le médecin, l'absentéisme au travail et les périodes d'éveil nocturne¹⁶⁻¹⁸.

En ce qui a trait à la MPOC, les études sur l'éducation concertée de l'autogestion sont assez récentes². On constate néanmoins que le programme « Mieux vivre avec une MPOC » a permis d'améliorer sensiblement la qualité de vie des patients au moyen d'interventions échelonnées sur deux mois¹⁵ :

- diminution de 39,8 % des hospitalisations dues à l'exacerbation de la MPOC;
- diminution de 57,1 % des hospitalisations dues à d'autres problèmes de santé;
- diminution de 41 % des visites à l'urgence;
- diminution de 58,9 % des visites sans rendez-vous chez le médecin ou à la clinique.

TABLEAU 1 Obstacles potentiels au succès de l'éducation concertée sur l'autogestion de l'asthme et de la MPOC

Facteurs liés au patient ou à la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau de compréhension de la lecture • Faible concentration ou perte de mémoire • Anxiété et stress • Essoufflement et fatigue excessifs • Refus ou incapacité de se prendre en main • Soutien familial ou social inadéquat • Questions culturelles ou ethniques
Facteurs liés aux professionnels de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise compréhension de l'autogestion ou appréhensions face à son utilisation par les patients • Craintes concernant le temps et les coûts devant y être consacrés • Personnel de soutien insuffisant (p. ex., éducateurs certifiés dans le domaine respiratoire) • Manque d'espace, d'outils pédagogiques, de motivation ou de connaissance des ressources locales (p. ex., personnel, programme de réadaptation, outils pédagogiques)
Facteurs liés au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances insuffisantes sur les avantages du système et la rentabilité de cette démarche • Ressources humaines/financières communautaires insuffisantes • Absence de matériel pédagogique ou d'intervenants en faveur de ce changement • Ressources locales peu connues

Tableau 1 adapté de : Hodder R. « Collaborative self-management education in pulmonary rehabilitation ». In : Donner C., Ambrosino N., Goldstein R. (éd.). *Pulmonary rehabilitation*. London: Hodder Arnold, 2005, p. 205-18.

Rôle du pharmacien

Tous les membres de l'équipe de soins devraient participer à l'éducation concertée sur l'autogestion. En général, les pharmaciens ont plus de contacts avec les patients que les médecins et ils peuvent être en mesure de cerner les obstacles potentiels au succès de l'autogestion en collaboration (voir le tableau 1).

Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la maladie a été clairement démontré par le programme australien de prise en charge de l'asthme en pharmacie (PACP)²¹. Ce programme a comparé les interventions habituelles du pharmacien à la prestation de soins plus complets axés sur l'enseignement de l'autogestion. Après six mois, la maîtrise de l'asthme par les patients s'était améliorée, tout comme l'observance du traitement par les CSI; de plus, les besoins en bronchodilatateurs de secours avaient diminué et la qualité de vie des patients s'était améliorée par rapport au groupe recevant les soins habituels.

La page S37 présente une liste de contrôle des signes d'alerte témoignant d'une mauvaise maîtrise de la maladie; ces outils ne sont toutefois utiles que si leur utilisation est liée à des actions positives, par exemple, à un examen du plan d'action du patient ou à la formulation de recommandations de concert avec le médecin du patient.

Les patients sont plus susceptibles de faire une sous-utilisation qu'une surutilisation de médicaments²⁰. On présumera ainsi qu'il y a sous-utilisation lorsqu'un patient demeure symptomatique et qu'il doit renouveler fréquemment son ordonnance de bronchodilatateurs. Chez les asthmatiques, pareils signes signifient habituellement une mauvaise observance de la corticothérapie par inhalation et peuvent être l'occasion pour le pharmacien de renforcer les messages sur l'innocuité et le rôle essentiel de ces médicaments. L'usage fréquent de bronchodilatateurs de soulagement rapide n'est pas nocif, mais il peut indiquer une mauvaise maîtrise des symptômes nécessitant l'adoption de correctifs. Les bronchodilatateurs par inhalation peuvent sauver la vie d'un asthmatique; donc, si un patient manifestement symptomatique demande un renouvellement anticipé, il vaut mieux communiquer avec le médecin prescripteur pour avoir son avis ou diriger le patient vers le service d'urgence que de refuser simplement de renouveler l'ordonnance. À l'inverse, les patients plus âgés atteints de MPOC sont parfois réticents à l'idée de prendre des doses supplémentaires de bronchodilatateur pour soulager leurs symptômes. Il faut leur expliquer que cette pratique est sans danger, tout en leur conseillant de faire un suivi auprès de leur médecin de première ligne.

L'établissement de communications entre le pharmacien et le médecin procure en outre un important filet de sécurité. Si le patient n'a pas de médecin de première ligne, le pharmacien peut l'aider à en trouver un ou lui conseiller s'il y a lieu de se rendre dans une clinique sans rendez-vous ou au service d'urgence.

- Les pharmaciens peuvent faciliter une autogestion efficace, en :
- donnant au patient des conseils écrits et verbaux sur la prise en charge de la maladie;
 - renseignant le patient sur les ressources en santé disponibles dans la région (voir Ressources, page S39)
 - dirigeant le patient vers un éducateur certifié dans le domaine de l'asthme (ECA) ou dans le domaine respiratoire (ECR), selon leur disponibilité;
 - organisant des activités d'éducation en collaboration (p. ex., soirées d'entraide);
 - communiquant et en collaborant activement avec le patient et son médecin.

L'éducation concertée sur l'autogestion est une nouvelle façon d'améliorer la maîtrise de la maladie et d'instaurer un cadre propice à l'élargissement et à l'amélioration des communications entre les professionnels de la santé et les patients qu'ils s'efforcent d'aider. ■

Références

1. Boedenheimer T, Lorig K, Holman H, et coll. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002, vol. 288, p.2469-75.
2. Hodder R. «Collaborative self-management education in pulmonary rehabilitation» In *Pulmonary rehabilitation*. London: Hodder Arnold; 2005, p.205-18.
3. Osman L, Friend J, Legge J, et coll. Requests for repeat medication prescriptions and frequency of acute episodes in asthma patients. *J Asthma* 1999, vol. 36, p.449-57.
4. Meichenbaum D, Turk D. *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press; 1987, p.26-30.
5. Van Ganse E, Hubloue I, Vincken W, et coll. Actual use of inhaled corticosteroids and risk of hospitalization: a case-control study. *Eur J Clin Pharmacol* 1997, vol. 51, p. 449-54.
6. Jonasson G, Carlsen K, Mowinckle P. Asthma drug adherence in a long-term clinical trial. *Arch Dis Child* 2000, vol. 83, p. 330-3.
7. Rand C, Wise R, Nides M, et coll. Metered dose inhaler adherence in a clinical trial. *Am Rev Respir Dis* 1992, vol. 146, p.1559-64.
8. Cochrane G. Therapeutic compliance in asthma. Its magnitude and implications. *Eur Respir J* 1992, vol. 5, p.122-4.
9. Apter A, Boston R, George M, et coll. Modifiable barriers to adherence to inhaled steroids among adults with asthma: it's not just black and white. *J Allergy Clin Immunol* 2003, vol. 111, p. 1219-26.
10. Suissa S, Ernst P, Benayoun S, et coll. Low dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N Engl J Med* 2000, vol. 343, p. 332-6.
11. Abramson M, Bailey M, Couper F, et coll. Are asthma medications and management related to deaths from asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 2001, vol. 163, p.12-18.
12. Gibson P, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax* 2004, vol. 58, p. 94-9.
13. Coté J, Bowie D, Robichaud P, et coll. Evaluation of two different educational interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation. *Am J Respir Crit Care Med* 2001, vol. 163, p. 1415-9.
14. FitzGerald JM, Boulet LP, McIvor RA, et coll. Asthma control in Canada remains sub-optimal: The Reality of Asthma Control (TRAC) study. *Can Respir J* 2006, vol. 13, p. 253-9.
15. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, et coll. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003, vol. 163, p. 585-91.
16. Guevara J, Wolf F, Grum C, et coll. Effects of educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003, vol. 326, p. 1308-9.
17. Gibson P, Powell H, Coughlan J, et coll. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD001117.
18. Powell H, Gibson P. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(CD004107).
19. Gallefoss F, Bakke PS. Patient satisfaction with healthcare in asthmatics and patients with COPD before and after patient education. *Respir Med* 2000, vol. 94, n°11, p. 1057-64.
20. British Thoracic Society. *British Guideline on the Management of Asthma*. Revised 2004. Texte publié sur le site : www.brit-thoracic.org.uk (consulté le 25 septembre 2007).
21. Armour G, Bosnic-Anticevich S, Brillant M, et coll. Pharmacy asthma care program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax* 2007, vol. 62, p.496-502.