

# **RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN PÉDIATRIE**

## **Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie**

**Juillet 2005**

## **I. PROMOTEURS**

- Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA).
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

## **II. SOURCE**

Recommandations Anaes :

« Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique », juin 2002. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## **III. CIBLE PROFESSIONNELLE**

Les pédiatres à exercice ambulatoire.

## **IV. PATIENTS CONCERNÉS**

- Les enfants âgés de 6 à 15 ans,
- ayant un diagnostic connu d'asthme,
- déjà venus en consultation pour asthme chez le professionnel engagé dans l'évaluation.

## **V. SÉLECTION DES DOSSIERS**

L'auto-évaluation porte sur 10 patients vus consécutivement et répondant aux critères d'inclusion. La méthode prospective de recueil de données est retenue car la présence du patient et de sa famille est indispensable pour vérifier les informations.

## VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

Ces recommandations correspondent à un accord professionnel.

- La famille ou l'enfant disposent d'un plan d'action personnalisé (PAP) écrit de traitement de la crise (note 1). Ils connaissent les signes de gravité d'une crise et font la différence entre bronchodilatateur inhalé et traitement de fond de l'asthme. (Critères 1 à 3).
- L'enfant connaît l'utilisation du matériel de mesure du débit expiratoire de pointe et du matériel utilisé pour le traitement de sa maladie. (Critères 4 et 5).
- L'enfant et sa famille savent prendre des mesures adaptées pour prévenir les crises, au domicile comme à l'extérieur (note 2). (Critères 6 à 8).

|                              |
|------------------------------|
| <b>Critères d'évaluation</b> |
|------------------------------|

1. L'enfant ou sa famille disposent d'un plan d'action personnalisé écrit de traitement de la crise (PAP)<sup>1</sup>.
2. L'enfant indique le traitement inhalé à utiliser en cas de crise.
3. L'enfant ou sa famille peuvent expliquer à quoi sert le traitement de fond.
4. L'enfant montre à chaque consultation sa technique d'inhalation.
5. L'utilisation du débitmètre de pointe par l'enfant est correcte.
6. L'enfant peut citer les situations à risque pouvant déclencher une crise d'asthme<sup>2</sup>.
7. L'enfant ou sa famille peuvent citer un traitement préventif utilisé dans une situation à risque d'exacerbation (par exemple le sport)<sup>2</sup>.
8. La famille prend des mesures d'amélioration de l'environnement au domicile comme à l'extérieur<sup>2</sup>.

## VII. NOTES

### Note 1

Par « plan d'action personnalisé » (PAP) nous entendons, en accord avec le texte des recommandations utilisées comme référence :

- un document écrit différent de l'ordonnance, établi au nom du patient ;
- différent selon les patients et la gravité de leur maladie ;
- indiquant le traitement de la crise, à son début et si elle se prolonge ;
- indiquant les critères de gravité d'une crise d'asthme ;
- mentionnant clairement le nom et les coordonnées des différents médecins pouvant intervenir si besoin et selon la gravité : médecin de l'enfant, service de garde (la nuit et le week-end), SAMU.

Éventuellement ce PAP peut contenir aussi des conseils adaptés à l'enfant concernant le traitement de fond ou des mesures préventives.

Il doit être facilement accessible en cas de besoin.

Il est recommandé d'expliquer oralement le plan d'action, de vérifier sa compréhension et son acceptation, de le remettre par écrit à l'enfant et à ses parents et d'en conserver un exemplaire dans le dossier.

### Note 2

En ce qui concerne les situations à risque, leur prévention ou l'action sur l'environnement, nous entendons, **que ce soit au domicile ou à l'extérieur (plein air, lieux de garde ou de vacances)** :

- le sport ou l'effort comme facteur déclenchant chez certains patients ;
- la prévention du tabagisme passif et plus tard actif ;
- les actions sur les principaux pneumallergènes : poils d'animaux, acariens, pollens.

Ces situations à risque sont précisées à chaque patient en fonction des résultats du bilan étiologique, en particulier allergologique, et de ses antécédents.

## VIII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

**Notez une seule réponse par case :**

**O** si la réponse est OUI ;

**N** si la réponse est NON ;

**NA** si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

**N° d'anonymat :**

**Date :**

**Temps passé à cette évaluation :**

|   | CRITÈRE 1   | CRITÈRE 2   | CRITÈRE 3   | CRITÈRE 4  | CRITÈRE 5  | CRITÈRE 6  | CRITÈRE 7  | CRITÈRE 8   |
|---|---|---|---|--|--|--|--|---|
|   | L'enfant ou sa famille disposent d'un PAP <sup>1</sup> écrit de traitement de la crise. | L'enfant indique le traitement inhalé à utiliser en cas de crise. | L'enfant ou sa famille peuvent expliquer à quoi sert le traitement de fond. | L'enfant montre à chaque consultation sa technique d'inhalation. | L'utilisation du débitmètre de pointe par l'enfant est correcte. | L'enfant peut citer les situations à risque pouvant déclencher une crise d'asthme. | L'enfant ou sa famille peuvent citer un traitement préventif utilisé dans une situation à risque d'exacerbation <sup>2</sup> . | La famille prend des mesures d'amélioration de l'environnement au domicile comme à l'extérieur <sup>2</sup> . |
| 1 |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 2 |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 3 |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 4 |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 5 |   |   |   |  |  |  |  |   |

**Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie**

|                     | <b>CRITÈRE 1</b>  | <b>CRITÈRE 2</b>  | <b>CRITÈRE 3</b>  | <b>CRITÈRE 4</b>   | <b>CRITÈRE 5</b>   | <b>CRITÈRE 6</b>   | <b>CRITÈRE 7</b>   | <b>CRITÈRE 8</b>  |
|---------------------|---|---|---|--|--|--|--|---|
|                     | L'enfant ou sa famille disposent d'un PAP <sup>1</sup> écrit de traitement de la crise. | L'enfant indique le traitement inhalé à utiliser en cas de crise. | L'enfant ou sa famille peuvent expliquer à quoi sert le traitement de fond. | L'enfant montre à chaque consultation sa technique d'inhalation. | L'utilisation du débitmètre de pointe par l'enfant est correcte. | L'enfant peut citer les situations à risque pouvant déclencher une crise d'asthme. | L'enfant ou sa famille peuvent citer un traitement préventif utilisé dans une situation à risque d'exacerbation <sup>2</sup> . | La famille prend des mesures d'amélioration de l'environnement au domicile comme à l'extérieur <sup>2</sup> . |
| 6                   |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 7                   |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 8                   |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 9                   |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 10                  |   |   |   |  |  |  |  |   |
| Total des <b>O</b>  |   |   |   |  |  |  |  |   |
| Total des <b>N</b>  |   |   |   |  |  |  |  |   |
| Total des <b>NA</b> |   |   |   |  |  |  |  |   |

**VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :**

| <b>Observations par patient</b> |  |
|---------------------------------|--|
| <b>1</b>                        |  |
| <b>2</b>                        |  |
| <b>3</b>                        |  |
| <b>4</b>                        |  |
| <b>5</b>                        |  |
| <b>6</b>                        |  |
| <b>7</b>                        |  |
| <b>8</b>                        |  |
| <b>9</b>                        |  |
| <b>10</b>                       |  |

## **IX. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

- **Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points à améliorer de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?**
  
- **Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?**
  
- **Quelles actions d'amélioration allez-vous mettre en place ?**

---

## **ANNEXE : RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE ANAES « ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANT ASTHMATIQUE » JUIN 2002**

---

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge d'un enfant asthmatique (pédiatre, pneumologue, allergologue, médecin généraliste, infirmière, kinésithérapeute, puéricultrice, pharmacien, psychologue et pédopsychiatre).

Les données de la littérature sur l'efficacité des méthodes éducatives de l'enfant asthmatique sur la morbidité : symptômes, qualité de vie, nombre de consultations d'urgence et nombre d'hospitalisations ne permettent pas de conclure à une efficacité avec un niveau de preuve. Une seule étude a observé une diminution du nombre de traitements en urgence des enfants asthmatiques ayant eu une éducation thérapeutique comportant une méthode de résolution de problème/recherche de solution (grade C). Cependant, la littérature sur l'éducation est difficile à analyser et les conclusions doivent tenir compte des limites suivantes :

- le contenu du programme éducatif et les méthodes d'éducation ne sont pas toujours clairement décrits et diffèrent d'une étude à l'autre ;
- les études incluent des enfants d'âges différents ;
- la durée du suivi est variable d'une étude à l'autre ;
- les aptitudes et compétences de l'éducateur sont inconnues ;
- la participation des parents au programme d'éducation n'est pas toujours précisée.

Les recommandations suivantes sont donc fondées sur un accord professionnel comme l'ensemble des recommandations internationales qui s'accordent à recommander l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique comme étant un processus intégré aux soins.

L'éducation thérapeutique vise à aider l'enfant et ses parents à acquérir et maintenir des compétences permettant une gestion optimale de la vie de l'enfant avec la maladie. Elle nécessite la mise en place, par le(s) professionnel(s) de santé, d'un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, à l'attention de l'enfant, de ses parents et de son entourage (enseignants, etc.). L'éducation thérapeutique est un processus personnalisé, constructif et continu. Elle est adaptée à l'enfant et à ses parents. Elle dépend de la qualité de la relation entre les soignants, l'enfant et les parents. L'éducation peut faire appel à des séances tant individuelles que collectives.

Il est recommandé aux différents professionnels de santé d'échanger les informations utiles pour la prise en charge éducative de l'enfant (continuité des soins et continuité de l'information).

La démarche éducative de l'enfant a des spécificités. Elle est adaptée à son âge, sa maturité et sa capacité d'autonomisation. Elle tient compte de son environnement familial et extrafamilial. Cette démarche intègre les parents de l'enfant selon des modalités variables : chez le nourrisson, la dépendance est complète et l'éducation est centrée sur les parents ; plus tard, l'enfant puis l'adolescent est guidé dans l'apprentissage de son autonomie, les parents pouvant assurer un encadrement plus ou moins distant. Quel que soit l'âge de l'enfant, les parents ne doivent pas être déresponsabilisés ou déchargés vis-à-vis de la maladie de leur enfant.

L'éducation thérapeutique est recommandée dans la prise en charge de tout enfant asthmatique. Elle tient compte des besoins, du vécu, des croyances et des représentations de l'enfant et des parents. Elle est adaptée à la sévérité de l'asthme.

L'éducation thérapeutique s'intègre dans une prise en charge globale de l'enfant et de ses parents et contribue à atteindre les objectifs thérapeutiques suivants :

- une absence ou un minimum de symptômes ;
- une fonction pulmonaire normale ;
- une scolarisation normale, des activités physiques et sportives et autres activités quotidiennes non limitées.

Toutes les méthodes éducatives, individuelles ou collectives peuvent être proposées (méthode magistrale, méthode de questionnement, méthode intuitive, résolution de problème, pédagogie par objectif, apprentissage indépendant ou autonome, pédagogie par contrat, non-directivité, pédagogie différenciée, tutorat). Chez l'enfant, il est recommandé de mettre en œuvre ces méthodes de façon ludique et interactive. Quelle que soit la méthode éducative utilisée, il est recommandé d'utiliser les techniques de communication pour construire une relation de qualité : répondre aux attentes d'être entendu et compris, d'être considéré dans sa dimension humaine sans être jugé ni blâmé. Pour faciliter la communication, le vocabulaire choisi est défini de façon adaptée à chaque enfant.

Le contenu de l'éducation peut être décliné par objectifs, centrés sur l'enfant et ses parents :

- **Dans le domaine des connaissances :**
  - comprendre sa maladie ;
  - identifier ses facteurs d'exacerbation (allergènes, pollution, infections respiratoires, tabagisme, interruption du traitement de fond, effort physique) ;
  - connaître les moyens de prévention de ses crises ;
  - connaître les signes de gravité d'une crise ;
  - comprendre les modalités de son traitement (traitement de crise et traitement de fond).
- **Dans le domaine des habiletés :**
  - maîtriser les techniques d'inhalation (dispositifs d'inhalation et chambre d'inhalation) et le débitmètre de pointe ;
  - maîtriser sa respiration dans diverses situations (activité sportive, épisode de stress, etc.).
- **Dans le domaine des attitudes**, être capable :
  - d'exprimer et de partager le vécu de sa maladie ;
  - de reconnaître ses symptômes et de prendre des mesures adaptées, simples, d'autogestion avec ou sans l'aide de son entourage ;
  - de solliciter l'intervention des soignants selon le degré d'urgence (médecin traitant, urgences hospitalières, Centre 15 ou appel 112) ;
  - de gérer sa maladie en harmonie avec ses activités et ses projets ;
  - de développer des comportements de prévention des exacerbations d'asthme dans, des situations exposant à des facteurs déclenchants ;
  - de renoncer à la pratique d'un sport, d'un loisir ou d'une activité professionnelle peu compatible avec la maladie asthmatique car réalisée dans un contexte exposant à des facteurs déclenchants.

Divers outils sont disponibles pour l'éducation de l'enfant asthmatique (tableau 1). Aucune étude évaluant ces outils n'a observé une efficacité sur des critères de morbidité. Tous ces outils peuvent être utilisés selon leur accessibilité et l'entourage du patient. Il est recommandé d'adapter le choix des outils à l'âge de l'enfant, sa maturité, ses capacités individuelles et son contexte de vie.

**Tableau 1 : outils éducatifs**

| Outils           | Savoir  | Savoir-faire   | « Savoir-être »  |
|------------------|---|--|--|
| <b>2-5 ans</b>   | Chansons<br>Théâtre                                 | Inhalateurs<br>Chambre d'inhalation<br>Débitmètre de pointe siffleur | Plan action<br>Projet accueil individualisé<br>Carnet de suivi   |
| <b>6-11 ans</b>  | Classeur<br>Livre, bande dessinée<br>Vidéos, CD-ROM | Inhalateurs, débitmètre de pointe<br>Sifflet, Jeux                   | Carnet de suivi<br>Projet accueil individualisé<br>Jeux de rôles |
| <b>12-18 ans</b> | Classeur<br>Internet<br>CD-ROM                      | Inhalateurs, débitmètre de pointe<br>Sifflet, Jeux                   | Carnet de suivi<br>Projet accueil individualisé<br>Jeux de rôles |
| <b>Parents</b>   | Classeur  | Inhalateurs, débitmètre de pointe<br>Sifflet                         | Carnet de suivi<br>Projet accueil individualisé                  |

Le groupe de travail recommande notamment le plan d'action personnalisé. Ce plan précise la conduite à tenir en cas de crise d'asthme (adaptation du traitement, appel au médecin, recours aux services d'urgence). Il peut être complété, selon les besoins, par :

- les modalités du traitement de fond et ses adaptations ;
- les moyens de prévenir l'asthme induit par l'exercice ;
- les conseils personnalisés vis-à-vis des facteurs environnementaux (tabagisme actif et passif, pollution domestique et atmosphérique).

Il est recommandé d'expliquer oralement le plan d'action, de vérifier sa compréhension et son acceptation et de le remettre par écrit à l'enfant et à ses parents.

L'évaluation fait partie intégrante du suivi éducatif. Le tableau 2 donne des exemples de consultations de suivi de l'éducation.

**Tableau 2 : éducation de l'enfant asthmatique lors des consultations de suivi**

- Montrer et évaluer l'utilisation correcte des aérosols-doseurs, nébuliseurs et chambres d'inhalation ;
- demander aux enfants et aux parents quels problèmes ils ont rencontré, comment ils les ont résolus ;
- demander aux enfants et aux parents quels problèmes et quels sujets ils veulent aborder ;
- évaluer l'atteinte des objectifs convenus lors de la dernière consultation ;
- évaluer l'exécution du plan d'action en cas de crise et réajuster si besoin ;
- poursuivre l'enseignement des connaissances théoriques sur la maladie et les modalités de prise en charge ;
- vérifier régulièrement la compréhension et l'exécution des consignes afin d'apporter des réajustements ;
- évaluer comment l'enfant s'implique personnellement dans la gestion de son asthme.

L'éducation thérapeutique est un processus continu tout au long du suivi de l'enfant asthmatique. Chaque consultation est l'occasion de vérifier que les objectifs préalablement construits avec l'enfant et/ou ses parents sont atteints, de renforcer ou d'ajuster les messages éducatifs et d'évaluer les objectifs d'éducation antérieurement fixés. Le rythme des consultations est en pratique défini par chaque professionnel de santé pour chaque patient de manière à répartir au mieux, sur les différentes consultations de l'année, les objectifs d'éducation de l'enfant.

Il est recommandé au soignant d'évaluer, pour chaque enfant asthmatique scolarisé, l'utilité de faire établir un projet d'accueil individualisé conformément à la circulaire n° 99-181 du 10-11-1999. Ce projet d'accueil individualisé est établi à la demande des parents, par le médecin traitant et en concertation avec le médecin scolaire.

### Propositions d'actions futures

Le groupe de travail propose :

- que des études soient menées pour évaluer l'efficacité des méthodes éducatives de l'enfant asthmatique sur des critères de morbidité ;
- qu'un travail soit mené pour établir le contenu du plan d'action à partir des données de la littérature.