

Dispositif d'inhalation dans l'asthme et la BPCO

Comment choisir? Trucs et astuces

RACHEL PARMENTIER^a

Rev Med Suisse 2018; 14: 225-6

Un grand nombre d'exacerbations aiguës chez un patient atteint d'asthme ou de BPCO pourraient être évitées simplement par la bonne prise du médicament à inhaler. La mauvaise utilisation d'un inhalateur est associée à une augmentation des consultations en urgence, de prescription de corticoïdes systémiques et d'antibiotiques, et enfin à un contrôle médiocre de la maladie avec des symptômes augmentés dans le quotidien du patient.¹

COMMENT CHOISIR UN BON DISPOSITIF, ADAPTÉ À SON PATIENT?

L'étude publiée en 2017 par l'European Respiratory Society² permet de classer les erreurs commises lors d'une inhalation, en groupant les difficultés par dispositif et en évaluant si le problème provient de l'appareil lui-même ou du patient. Le contrôle de la technique d'inhalation a été fait chez 2935 patients atteints de BPCO avec 3393 inhalations contrôlées. Le **tableau 1**, tiré de cette étude, résume les erreurs.

Il est intéressant de constater que les patients rencontrent le plus de difficultés dans la manipulation du *Handihaler* et du spray (pressurised Meter Doser Inhaler, pMDI). Ces dispositifs sont couramment prescrits et nécessitent donc plus de contrôles et d'encadrement. De nombreuses études menées au cours de ces 30 dernières années ont montré des résultats identiques. Le personnel soignant semble toujours aussi inefficace dans l'enseignement des techniques d'inhalation aux patients !

Le choix d'un dispositif va dépendre de plusieurs critères:

- *Les capacités cognitives*: l'âge – la présence de troubles cognitifs: le patient n'arrive pas à faire une bonne inspiration contrôlée ou nécessite la présence d'une tierce personne pour la prise du médicament.
- *Les capacités physiques*: l'âge (surtout pour les enfants) – le débit inspiratoire – la capacité à retenir son souffle 10 secondes – la capacité à synchroniser le geste de la main avec l'inhalation (coordination) – la capacité à manipuler l'inhalateur (chargement/armement de la dose).
- *La compréhension de la maladie*: l'acceptation – les représentations de la maladie – les croyances du patient.
- *La compréhension du traitement*: l'adhésion à la thérapie – la connaissance du but recherché grâce au traitement –

l'action du médicament: savoir quand utiliser quel inhalateur.

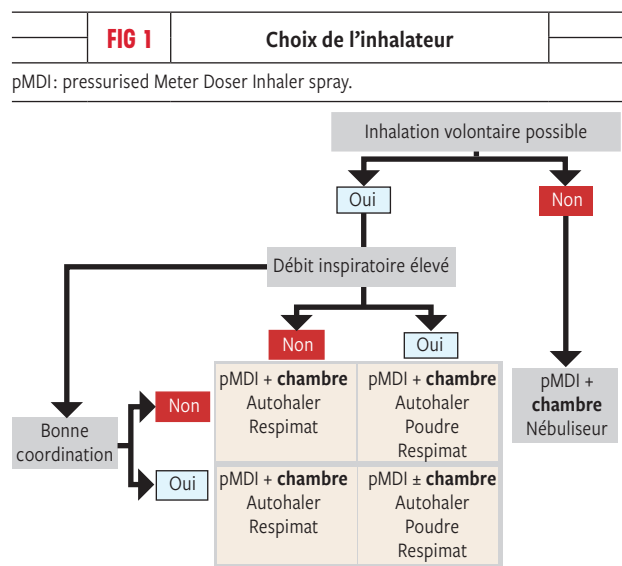
- *Les préférences du patient*: à la manipulation du dispositif – les expériences antérieures – les préférences (poudre, spray...).
- *Les professionnels de santé qui entourent le patient*: leur connaissance des dispositifs – leur expérience – leur intérêt – leurs compétences éducatives.³

En tenant compte de ces critères, le choix de l'inhalateur peut être aidé par la **figure 1**.

Enfin, il est important d'éviter, dans la mesure du possible, de prescrire des dispositifs différents à un même patient. Il est difficile de mémoriser la technique de plusieurs appareils et il est prouvé que ces associations diminuent le contrôle de la maladie chez le patient asthmatique.⁴

COMMENT AMÉLIORER L'INSTRUCTION DE L'INHALATION?

Un point essentiel pour le choix d'un dispositif d'inhalation est d'intégrer le patient au processus. Le temps pris par le prescripteur, en particulier lors de la première ordonnance, sera décisif pour la suite de la prise en charge. Chaque dispositif présente des caractéristiques d'utilisation et des contraintes qu'il faut connaître et intégrer lors de la prescription



^a Infirmière responsable, ligue pulmonaire valaisanne, rue de Condémines 14, 1950 Sion
rachel.parmentier@psvalais.ch

TABLEAU 1 Résumé des erreurs par système d'inhalation

pMDI: pressurised Meter Doser Inhaler spray.

	Breezhaler	Diskus	Handihaler	pMDI	Respimat	Turbuhaler	Total
Pas d'erreur	36,5%	29,2%	10,7%	16,4%	23,0%	30,5%	25,3%
Erreurs sans lien avec l'inhalateur	53,5%	50,9%	54,8%	53,8%	56,8%	51,9%	53,8%
Erreurs en lien avec l'inhalateur	15,4%	29,2%	75,3%	70,1%	50,6%	32,1%	43,1%
Au moins une erreur critique	15,4%	21,2%	29,3%	43,8%	46,9%	32,1%	30,0%

(Adapté de réf. 2).

d'un médicament. Le choix doit se faire en fonction des capacités et des préférences du patient. Ces dernières influent grandement sur l'adhésion au traitement. Il est primordial que le médecin prenne le temps de:

1. Démontrer au patient

Cela exige au préalable de connaître soi-même le dispositif, de le tester, de bien comprendre les différentes étapes, les erreurs fréquemment faites et de se faire contrôler. Il est indispensable de posséder des dispositifs de démonstration et/ou des placebos.

2. Demander au patient de démontrer

Une fois que le patient a testé le dispositif, lui demander son avis: comment le trouve-t-il? Le juge-t-il difficile? Entendre son problème et comprendre l'origine de la difficulté.

3. Corriger

Une fois les erreurs détectées, il faut les corriger, revoir les points nécessaires à la bonne exécution de l'inhalation ou tester un autre inhalateur! (éviter les changements itératifs d'appareils).

4. Contrôler

Lors d'une consultation, il est impératif de contrôler à nouveau la technique. La répétition du contrôle indique au patient l'importance d'un geste bien exécuté. Ce contrôle peut être répété par un autre professionnel de la santé qui entoure le patient.

L'utilité d'un dispositif d'inhalation est de déposer le médicament dans les bronches, afin de maîtriser les symptômes de la maladie. Il est très difficile pour un patient de comprendre l'utilité d'un traitement en se basant seulement sur son expérience propre. Un exemple parlant chez la personne asthmatique est que cette dernière aura une préférence pour son traitement contenant du salbutamol versus le corticoïde, car il soulage rapidement ses symptômes. Il est donc fondamental d'expliquer au patient l'effet du médicament sur ses symptômes, sa maladie et le but recherché.

L'instruction seule de la technique sera efficace chez environ 50% des patients chroniques.⁵ L'utilisation de vidéos démontrant les gestes pour une inhalation efficace peut être un soutien pour l'instruction chez certains patients. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) reste la solution qui a fait ses preuves et est recommandée dans la prise en charge des maladies chroniques.

«L'ETP est une démarche pédagogique *continue, intégrée aux soins*, visant à rendre le patient acteur de la prise en charge de sa maladie, par:

TABLEAU 2

Ensemble des compétences à transmettre

Compétences cognitives	Compétences gestuelles	Compétences comportementales
Connaissance de la maladie et des traitements	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise du souffle • Maîtrise des techniques d'inhalation • Maîtrise des appareillages 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies • Éviction des facteurs de risque, des facteurs aggravants • Stratégies en cas d'exacerbation

- Une meilleure *connaissance* de la maladie et de ses traitements.
- L'acquisition et le maintien de *compétences* nécessaires à une *auto-gestion* optimale de la maladie dans la vie quotidienne.
- Un apprentissage de comportements de santé adaptés aux contraintes de sa maladie et préventifs de ses complications » d'après l'OMS 1998.

L'acquisition de ces compétences (**tableau 2**) peut être prévue dans un enseignement individuel, lors de la consultation chez un médecin ou par du personnel paramédical formé. Différentes Ligues pulmonaires proposent par exemple des programmes structurés en ce sens⁶ tels que: l'«Ecole de l'asthme» ou «Mieux vivre avec une BPCO». Ces ateliers permettent aux patients d'acquérir des compétences visant à une meilleure gestion de leurs symptômes au quotidien.

En conclusion, les médecins restent au cœur de la prise en charge et d'autres professionnels de la santé tels que les infirmières, les physiothérapeutes ou les pharmaciens relayent et renforcent l'information. Le choix d'un inhalateur doit prendre en compte l'avis du patient, ses capacités à exécuter le geste, le dispositif en soit et les capacités des professionnels de santé qui entourent le patient.

1 Melani AS, Bonavia M, Cilent V, et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respir Med* 2011;105:930-8.

2 Molinaro M, Raheison C, Ligont S, et al. Inhaler mishandling is frequent and associated with increased severe COPD exacerbation. *ERS publications* 2017.

3 Dekhuijzen PNR, Vincken W, Virchow JC, et al. Prescription of inhalers in asthma and COPD: towards a rational,

rapid and effective approach. *Respir Med* 2013;107:1817-21.

4 Price D, Chrystyn H, Kaplan A, et al. Effectiveness of same versus mixed asthma inhaler devices: a retrospective observational study in primary care. *Allergy Asthma Immunol Res* 2012;4:184-91.

5 Sabate E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organisation, 2003; Report No.: 92 4 154599 2.

6 www.liguepulmonaire.ch