

Place de l'éducation thérapeutique dans l'asthme sévère

The role of therapeutic education in severe asthma

C. Raherison

Faculté de médecine Xavier-Bichat, Inserm U700–Épidémiologie, 16, rue Henri-Huchard, BP 416, 75870 Paris cedex 18, France

Reçu le 10 janvier 2006 ; accepté le 16 janvier 2006

Disponible sur internet le 10 mars 2006

Résumé

L'éducation thérapeutique en général améliore significativement le nombre de jours sans symptômes, la fréquence des gênes nocturnes, la qualité de vie et diminue le recours aux soins. Chez l'enfant et l'adolescent ayant un asthme considéré comme sévère, les programmes d'éducation ont un effet plus important sur les critères habituels de morbidité, comparativement aux patients ayant un asthme léger à modéré. En revanche, chez l'adulte les résultats sont plus nuancés.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In general terms, therapeutic education significantly increases the number of days without symptoms and the quality of life, and it reduces the frequency of nocturnal attacks and the need for medical intervention. Education programs for young children and adolescents with severe asthma have a greater effect on the usual asthma morbidity criteria compared to the effect such programs have on those with mild or moderate asthma. On the other hand, the difference is less pronounced among adults.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Asthme ; Sévérité ; Éducation ; Prise en charge

Keywords : Asthma; Education; Management; Severity

Le concept d'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques et en particulier de l'asthme, est actuellement en pleine évolution, reléguant lentement l'idée que l'éducation thérapeutique pouvait se faire exclusivement au cours de la consultation. Ce concept ne recouvre cependant pas la même signification pour les patients et les professionnels de santé.

1. Définition de l'éducation thérapeutique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini depuis 1998 ce que doit recouvrir le concept d'éducation thérapeutique : « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré au soins, et centré sur le patient. Il comprend

les activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie » [1].

2. Facteurs intervenant dans l'éducation thérapeutique

Pour le patient, différents facteurs interviennent de manière complexe : les représentations qu'il a de sa maladie [2], la perception de ses symptômes, et le rapport qu'il a vis-à-vis de sa

Adresse e-mail : raherison@bichat.inserm.fr (C. Raherison).

prise en charge [3]. Dans ce dernier cas, chaque patient fera appel à des stratégies d'ajustement (*coping*) afin de gérer les exigences externes et/ou internes, qu'il percevra comme menaçant ou dépassant ses ressources [4]. Il faut intégrer également les attentes du patient vis-à-vis de sa prise en charge, et en particulier de la place qu'il entend occuper dans la décision thérapeutique. Une étude récente a montré que 23,9 % des patients préféreraient avoir un rôle actif, 37,5 % une forme de collaboration avec le médecin, et 40,4 % un rôle passif, et cela quel que soit le niveau de sévérité de l'asthme[5].

Pour les professionnels de santé, l'éducation thérapeutique sera essentiellement centrée sur la prévention des épisodes aigus, et sur les difficultés d'observance thérapeutique, quel que soit le niveau de sévérité de la maladie.

3. Éducation thérapeutique et sévérité de l'asthme en fonction de l'âge

L'état des lieux de l'activité des écoles de l'asthme réalisé en 2003 a montré que 85 % des centres interrogés étaient basés en milieu hospitalier, alors que l'on sait que la majorité des asthmatiques sont prises en charge en médecine de ville. S'il est classique de considérer que les patients les plus sévères sont suivis en milieu hospitalier, les difficultés de recrutement montrent que de nombreux patients échappent encore à la possibilité de bénéficier des séances d'éducation thérapeutique [6].

Bien que représentant une faible proportion au sein des asthmatiques en population générale, les asthmatiques sévères, malgré des traitements optimaux, ont une qualité de vie médiocre, un recours au soins élevé, qui est associé à un coût plus élevé de la prise en charge [7]. Il est donc raisonnable de considérer ce groupe de patients comme pouvant être à même de bénéficier le plus de l'éducation thérapeutique.

Dans les études publiées il existe d'une part des études mesurant l'effet des programmes d'éducation sur des critères cliniques, fonctionnels « avant et après », et d'autre part des études randomisées groupe « éduqué » vs « groupe témoin ».

Les programmes d'éducation sont généralement variables, mais l'impact de ces programmes est évalué essentiellement sur deux aspects : les critères habituels de morbidité de la maladie asthmatique et l'amélioration des connaissances. Dans ce dernier cas, les données sur l'outil d'évaluation sont souvent parcellaires, les connaissances sur l'asthme peuvent être appréciées par l'utilisation d'un questionnaire de connaissances nécessitant un prérequis minimal dans le cadre d'une validation [8].

4. Chez l'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent, une méta-analyse conduite par Guevara et al. a évalué l'efficacité des programmes d'éducation. Trois mille sept cent six patients âgés de 2 à 18 ans, inclus à partir de 32 sur 45 études randomisées, ont été éligibles (318 études ciblées) [9]. Le groupe « éducation » était comparé au groupe « témoin ». Les critères de jugement étaient : la fonction respiratoire (VEMS et/ou DEP), l'absentéisme scolaire, le

nombre de jours avec une activité restreinte, les gênes nocturnes, le score de symptômes, les visites aux urgences et hospitalisations, et quand elles étaient disponibles les stratégies d'ajustement. Les résultats ont été stratifiés en fonction de la sévérité de l'asthme, déterminée soit telle qu'elle était rapportée dans les études, avec prise en compte soit du VEMS ou du DEP, soit sur la persistance des symptômes. Les patients étaient divisés en trois groupes :

- léger–modéré ;
- sévère ;
- et sévérité indéterminée.

En moyenne, la plupart des études concernaient des enfants ayant un asthme sévère. Mais il n'y a pas eu de stratification en fonction des tranches d'âge (enfant–adolescent). Le score de qualité méthodologique n'a pu être calculé que pour 38 % des études. Les programmes d'éducation améliorent la fonction respiratoire, diminuent l'absentéisme scolaire, le nombre de jours avec activité restreinte, les visites aux urgences, et la fréquence des réveils nocturnes. L'effet de ces programmes était plus important dans les programmes fondés sur l'évaluation du DEP, et chez les patients ayant un asthme sévère.

5. Chez l'adulte

Chez l'adulte, l'évaluation peut être appréciée indirectement dans la méta-analyse publiée par Gibson et al. [10]. Trente-six essais ont été inclus, comparant la prise en charge éducative couplée à différents programmes, à la prise en charge habituelle. Les programmes de prise en charge de l'asthme incluaient des séances d'éducation et associaient soit une auto-surveillance des symptômes ou du DEP, couplé à un suivi médical régulier et à un plan d'action écrit. Ces programmes diminuaient significativement les hospitalisations, les visites aux urgences, les visites non programmées chez le médecin, les arrêts de travaux, et la fréquence des gênes nocturnes. L'effet sur la fonction respiratoire était moins marqué. Une amélioration significative de la qualité de vie a été notée.

Cependant, les résultats n'ont pas été stratifiés selon le stade de sévérité. L'analyse de sensibilité a montré que le stade de sévérité était décrit dans seulement six études (deux études ayant inclus des stades légers à modéré, quatre études ayant inclus des stades modérés à sévère).

Concernant, le retentissement médicoéconomique de ces programmes, seulement trois études sur les 36 disposaient des coûts directs, indirects et totaux. Cette analyse de sous-groupe tend à montrer que les programmes d'éducation étaient associés à une diminution des coûts, mais cette diminution était non significative sur le plan statistique.

Plus récemment, dans le cadre d'une étude non randomisée, une évaluation « avant–après » d'un programme d'éducation a été réalisée chez 211 femmes enceintes [11]. Les résultats ont été stratifiés en fonction du stade de sévérité de l'asthme. Avant toute séance d'éducation, 45 % des asthmatiques sévères

ne prenaient pas régulièrement leur traitement de fond, contre 31 % des asthmatiques ayant un asthme léger (parmi celles ayant un traitement par CSI au long cours). Le taux de plan d'action écrit n'était pas significativement différent quelle que soit la sévérité de l'asthme. Après les deux séances d'éducation séparées d'une période de trois mois environ, une amélioration significative de la technique d'inhalation, des connaissances sur les médicaments, du nombre de femmes ayant un plan d'action, a été observée. Il n'a pas été noté d'amélioration significative de la fonction respiratoire, des symptômes diurnes, et de la prise médicamenteuse, quel que soit le stade de sévérité. En revanche, une diminution significative des gênes nocturnes, et du traitement de secours, n'a été rapportée que chez les asthmatiques sévères. De plus, 60 % des asthmatiques sévères avaient un suivi de leur prise en charge fondée sur le DEP contre 30 % des asthmatiques légers à modérés.

D'une manière générale, les informations contenues dans les études intégrées de ces différentes méta-analyses ne permettent pas encore de conclure ni sur le cadre conceptuel, ni sur le contenu détaillé des programmes éducatifs.

6. Conclusion

L'éducation thérapeutique en général améliore significativement le nombre de jours sans symptômes, la fréquence des gênes nocturnes, la qualité de vie [12] et diminue le recours aux soins. L'état des connaissances actuelles est en faveur d'une modification de l'effet chez l'enfant et l'adolescent ayant un asthme considéré comme sévère, c'est-à-dire un effet plus marqué chez ces patients. En revanche, chez l'adulte il n'existe pas suffisamment de données dans la littérature pour pouvoir conclure.

Références

- [1] World Health Organisation. Therapeutic patient education: continuing education programs for healthcare providers in the fields of prevention of chronic diseases. In; 1998. Copenhagen; 1998.
- [2] Cousson-Gelie F, Foex C, Gibaud F, Raheison C, Taytard A. Représentation de l'asthme par le patient : résultats préliminaires d'une étude sémiométrique. *Rev Mal Respir* 1998;15(4):513–7.
- [3] Couturaud F, Frachon I, Guillou-Bideau G, Leroyer C. L'éducation thérapeutique de l'adulte asthmatique. *Rev Mal Respir* 2002;19:73–85.
- [4] Cousson-Gélie F, Taytard A. Stratégies d'ajustement habituelles mises en place par les patients asthmatiques. *Rev Mal Respir* 1999;16:353–9.
- [5] Caress A-L, Beaver K, Luker K, Campbell M, Woodcock A. Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax* 2005;60:199–205.
- [6] Vervloet D, Rolland C, et l'association asthme et allergies. Les écoles de l'asthme. *Rev Mal Respir* 2005;22:4S16–4S18.
- [7] Godard P, Chanez P, Siraudin L, Nicoloyannis N, Duru G. Costs of asthma are correlated with severity: a 1-yr prospective study. *Eur Respir J* 2002;19(1):61–7.
- [8] Nguyen L, Raheison C, Bozonnet MC, Lheureux M, Nocent C, Tunonde-Lara JM, Taytard A. Validation d'un questionnaire de connaissances dans l'asthme. *Rev Mal Respir* 2003;20(6 pt 1):871–80.
- [9] Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003(326):1–6.
- [10] Gibson P, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002:3.
- [11] Murphy VE, Gibson PG, Talbot PI, Kessell CG, Clifton VL. Asthma self-management skills and the use of asthma education during pregnancy. *Eur Respir J* 2005;26:435–41.
- [12] Magar Y, Vervloet D, Steenhouwer F, Smaga S, Mechin H, Rocca Serra JP, et al. Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients: "un souffle nouveau". *Patient Educ Couns* 2005;58(1):41–6.