



Reçu le :
14 avril 2016
Accepté le :
13 juillet 2016
Disponible en ligne
13 septembre 2016



CrossMark

L'éducation thérapeutique chez les enfants asthmatiques

Therapeutic patient education for asthmatic children

A. Vallée*, L. Ricard

Université Picardie-Jules-Verne, CHU Amiens-Picardie, chemin du Thill, 80000 Amiens, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise, selon l'Organisation mondiale de la santé, à aider les patients à acquérir ou conforter les compétences nécessaires pour mieux gérer leur vie avec une maladie chronique [1]. C'est une prise en charge globale du patient qui s'organise à travers des activités conçues pour informer sur la maladie, les traitements, les soins et les comportements liés à la santé, ainsi que sur l'organisation hospitalière [2]. Le but de l'ETP est d'aider les patients et leur entourage à mieux comprendre la maladie chronique et ainsi mieux assumer certaines responsabilités dans leur prise en charge afin d'améliorer leur qualité de vie. Dès 2007, l'ETP a été reconnue par la Haute Autorité de santé (HAS) via la publication des recommandations professionnelles sur la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique [3]. La loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a introduit cette notion d'ETP dans le droit français [4].

L'asthme est la pathologie chronique la plus fréquente chez l'enfant, en augmentation depuis plusieurs années [5]. Il est responsable d'une importante morbidité et mortalité chez les enfants [6], et ses symptômes s'expriment de façon intermittente. Le traitement médicamenteux repose généralement sur l'association d'un traitement de fond et d'un traitement contre les manifestations aiguës [7,8]. Malgré tout, il y a encore une mauvaise perception du contrôle de la maladie asthmatique par les parents et une sous-estimation de l'importance des symptômes quotidiens ainsi qu'une mauvaise gestion des traitements par les enfants [9]. Cette pathologie chronique et son mode de traitement peuvent parfaitement s'intégrer dans un programme d'ETP car on attend d'un patient « éduqué » qu'il sache gérer les crises et ses traitements le cas échéant. L'intégration des enfants asthmatiques dans des programmes d'ETP paraît donc indis-

pensable à la réalisation des objectifs thérapeutiques car la prise en charge médicale seule ne semble pas suffire à assurer le contrôle de la maladie asthmatique par les enfants eux-mêmes.

De nombreuses structures d'ETP centrées sur les enfants asthmatiques existent depuis plusieurs années en France. Chez l'adulte, l'amélioration du contrôle de la pathologie après l'intégration dans un programme d'ETP a été démontrée sur une large population [10], mais chez l'enfant encore trop peu d'études se sont intéressées à l'évolution du contrôle de l'asthme dans les programmes d'ETP. Pourtant, plusieurs études françaises ont montré que l'intégration des patients dans un programme d'ETP centré sur l'asthme était associée à une certaine amélioration du suivi de la maladie asthmatique. Ces améliorations portent essentiellement sur une augmentation du nombre de consultations médicales de pneumologie pédiatrique mais aussi sur une nette diminution du nombre d'hospitalisations pour asthme [11]. Parallèlement, la qualité de vie des enfants et le contrôle de l'asthme sont améliorés [12]. Nous pouvons en déduire que les enfants âgés de plus de 6 ans sont réceptifs aux messages véhiculés lors des séances ou ateliers éducatifs. Ces résultats sont confortés par les données de la littérature internationale qui montrent qu'une action éducative chez l'enfant asthmatique entraîne une diminution de la morbidité, du nombre de consultations aux services d'accueil des urgences ainsi que du nombre d'hospitalisations [13,14]. Malgré tout, l'âge des enfants influence beaucoup leur perception des messages éducatifs ainsi que leur motivation [15]. L'ETP est optimale pour des enfants âgés de plus de 5 ans car ils sont en pleine capacité de recevoir les messages et informations éducatifs. Ces résultats sont d'autant plus importants que généralement aucun enfant n'est recruté sur des critères de motivation, quels qu'ils soient, dans les programmes d'ETP. Ils sont généralement inscrits à la suite d'une hospitalisation ou d'une consultation. Le point essentiel est que tous les enfants sont libres d'accepter ou non de

* Auteur correspondant.
e-mail : vallee_alex@yahoo.fr (A. Vallée).

participer à un tel programme, selon les recommandations de la HAS [1,16].

Les programmes d'ETP peuvent proposer des ateliers individuels ou collectifs ou les deux. Plusieurs études ont montré que quelle que soit la méthode choisie, les séances d'ETP amenaient toutes une augmentation des connaissances des enfants sur la maladie asthmatique [11].

La diminution du nombre des hospitalisations et l'amélioration du contrôle de l'asthme suite à l'intégration à un programme d'ETP ont deux causes possibles : une diminution de la gravité de la maladie ou une meilleure gestion de ladite maladie par les enfants. Il est toutefois peu probable que la gravité de la maladie diminue compte tenu de la durée des études sur les programmes d'ETP (2 ans au maximum) [17]. Il paraît donc bien plus probable que des actions la modifient (traitement, ETP, etc.). La diminution significative du nombre d'hospitalisations peut être liée à l'augmentation du nombre de consultations sur rendez-vous pour asthme [11]. En effet, on peut estimer que l'augmentation du nombre de consultations sur rendez-vous peut être une conséquence de l'action de programmes d'ETP et de leurs ateliers. L'ETP peut donc amener des résultats positifs sur la prise en charge de l'asthme par les enfants.

De nos jours, le contrôle de l'asthme est un des objectifs importants d'un programme d'ETP [18]. Cette amélioration peut refléter une meilleure prise en charge médicale de la maladie renforcée par la prise en charge éducative à travers les programmes d'ETP [11]. À noter que dans les études citées les enfants inclus n'ont pas été comparés à un groupe témoin apparié sur le stade de maladie, car il est souvent impossible de réaliser des séances éducatives « placebo ». Il est aussi très difficile de refuser l'accès aux programmes d'ETP à des enfants asthmatiques, compte tenu du caractère recommandé de l'ETP dans les pathologies chroniques [19]. Toutefois, la maladie asthmatique n'évoluant pas rapidement sur une courte période [20], on peut estimer que l'ETP a une action positive sur le contrôle de l'asthme chez l'enfant.

En conclusion, l'action éducative des programmes d'ETP centrés sur l'asthme génère une meilleure prise en charge et un meilleur contrôle de la pathologie par les enfants. L'efficacité de l'ETP diminue cependant avec le temps [20], et il sera donc intéressant de poursuivre les quelques études françaises actuelles sur de plus longues périodes. De même, une étude de la qualité de vie à long terme serait essentielle car un enfant « éduqué » semble mieux gérer sa maladie et donc son quotidien. Une étude coût/bénéfice des programmes d'ETP centrés sur l'asthme pourrait sûrement montrer l'intérêt économique d'une telle approche eu égard au coût de prise en charge hospitalière des enfants asthmatiques.

Financement

Aucune aide financière pour la réalisation de cette étude.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
- [2] Vallée A, Affeltranger B, Joly A. Étude descriptive et analytique de l'offre des programmes d'éducation thérapeutique du patient de la région Picardie. *Educ Ther Patient* 2016;8: 10104.
- [3] Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient—Définition, finalités et organisation—Recommandations. Saint Denis: Haute autorité de santé; 2007.
- [4] Ministère de la santé et des sports. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2009.
- [5] Weitzman M, Gortmaker SL, Sobol AM, et al. Recent trends in prevalence and severity of childhood asthma. *JAMA* 1992; 268:2673-7.
- [6] Albertini M, Bourrier T, Chiche V, et al. Les décès par asthme chez l'enfant. *Arch Pediatr* 1994;1:333-6.
- [7] Warner JO, Naspitz CK, International Pediatric Asthma Consensus Group. Third international pediatric consensus statement on the management of childhood asthma. *Pediatr Pulmonol* 1998;25:1-17.
- [8] British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guidelines on the management of asthma. *Thorax* 2003;58(Suppl. 1):91-4.
- [9] Blanc FX, Postel-Vinay N, Boucot I, et al. Étude AIRE : analyse des données recueillies chez 753 enfants asthmatiques en Europe. *Rev Mal Respir* 2012;19:585-92.
- [10] Magar Y, Vervloet D, Steenhouwer F, et al. Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients: "un souffle nouveau". *Patient Educ Couns* 2005;58:41-6.
- [11] Lebras-Isabet MN, Beydon N, Chevreul K, et al. Impact de l'action éducative des enfants asthmatiques : l'expérience de l'hôpital Robert-Debré. *Arch Pediatr* 2004;11:1185-90.
- [12] Beydon N, Robbe M, Lebras MN, et al. Qualité de vie, contrôle de l'asthme, cotinurie et éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. *Sante Publique* 2012;24:105-19.
- [13] Ronchetti R, Indinnimeo L, Bonci E, et al. Asthma self-management programmes in a population of Italian children: a multicentric study. *Italian Study Group on Asthma Self-Management programs. Eur Respir J* 1997;10:1248-53.
- [14] Madge P, McColl J, Paton J. Impact of a nurse-led home management training program in children admitted to hospital with acute asthma: a randomized controlled study. *Thorax* 1997;52:223-8.
- [15] Schmidt CK. Comparison of three teaching methods on 4-through 7-year-old children's understanding of the lungs in relation to a peak flow meter in the management of asthma: a pilot study. *J Asthma* 2002;39:641-8.
- [16] Gagnayre R, Magar Y, D'Ivernois J. Éduquer le patient asthmatique. Paris: Vigot; 2000.
- [17] Phelan PD, Robertson CF, Olinsky A. The Melbourne asthma study: 1964-1999. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:189-94.
- [18] Deschildre A, Bonnel C, Bott L, et al. Comment évaluer le contrôle de l'asthme. *Arch Pediatr* 2006;13:539-40.

- [19] Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie. Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie; 2005 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/education_therapeutique_de_lenfant_asthmatique_et_de_sa_famille_en_pediatrie_referentiel_2005.pdf].
- [20] Kauppinen R, Vilkkä V, Sintonen H, et al. Long-term economic evaluation of intensive patient during the first treatment year in newly diagnosed adult asthma. *Respir Med* 2001;95:56–63.