

Éducation thérapeutique dans l'asthme

F.-X. Blanc

Les pharmaciens devraient être plus impliqués dans l'asthme

Les idées les plus simples sont souvent les meilleures. Comme on sait que les techniques d'inhalation sont très souvent mal maîtrisées par les patients et que les derniers professionnels de santé que rencontrent les patients avant de prendre leurs médicaments sont les pharmaciens d'officine, il était logique d'étudier l'effet d'une intervention éducative des pharmaciens dans le domaine de l'asthme. C'est ce qu'ont fait H.K. Reddel et coll. en Australie [1]. Dans la région de Sidney, 31 pharmaciens non payés pour cette étude ont participé à un séminaire de formation au cours duquel ont été abordés la technique de mesure du DEP (groupe contrôle, $n = 15$) ou, en plus, la technique de prise des Turbuhaler® et des Diskus® (groupe actif, $n = 16$). Chaque pharmacien a recruté ensuite quelques patients asthmatiques déjà traités par corticoïdes inhalés et a délivré à 5 reprises les informations propres à son groupe ($n = 53$ dans le groupe actif et 44 dans le groupe contrôle). Les patients ont été évalués avant l'intervention, puis à 3 et 6 mois.

Les résultats se sont révélés très intéressants : seulement 23 % des pharmaciens maîtrisaient correctement les techniques de prise des médicaments avant leur séminaire de formation ; tous les ont complètement maîtrisées après. À l'état de base, 29 % des patients sous Turbuhaler® et 56 % des patients sous Diskus® maîtrisaient correctement la technique de prise de leur propre dispositif. Six mois après avoir été inclus dans l'étude, alors qu'ils n'avaient reçu aucune éducation lors des 3 derniers mois, les patients du groupe actif avaient une meilleure technique de prise que ceux du groupe contrôle : pour le Turbuhaler®, 85 % des patients du groupe actif maîtrisaient la technique de prise contre 36 % dans le groupe contrôle ($p = 0,003$) ; pour le Diskus®, 97 % des patients du groupe actif maîtrisaient la technique de prise contre 57 % dans le groupe contrôle ($p = 0,001$). Par ailleurs, 3 mois après le début de l'étude, les

Unité de Pneumologie, Service de Médecine Interne, CHU Bicêtre, rue du Général-Leclerc, Le Kremlin-Bicêtre

Correspondance :
xavier.blanc@bct.aphp.fr

patients du groupe actif avaient notamment une moins grande variabilité de leur DEP ($p = 0,005$), une nette amélioration de leur qualité de vie mesurée par le questionnaire spécifique AQOL ($p < 0,0001$ sous Turbuhaler® et $< 0,01$ sous Diskus®) et un meilleur contrôle perçu mesuré par le score PCAQ ($p < 0,001$ sous Turbuhaler® comme sous Diskus®). À 6 mois, seuls la qualité de vie et le contrôle perçus restaient significativement améliorés dans le groupe actif par rapport au groupe contrôle.

Ces résultats démontrent le rôle important que peuvent jouer les pharmaciens dans l'éducation thérapeutique du patient, notamment dans le domaine gestuel, avec des conséquences non négligeables sur la qualité de vie. Ils soulignent aussi la nécessité de renforcer régulièrement les connaissances faute de quoi certains bénéfices s'estompent. Enfin, ils plaident pour une implication des pharmaciens dans la gestion de l'asthme : on est en droit de se demander quels conseils pouvaient bien donner les 77 % de pharmaciens qui ne maîtrisaient pas correctement les techniques de prise de Diskus® ou de Turbuhaler® au début de l'étude.

Éducation thérapeutique au sein des Services d'Urgences : n'oubliez pas votre kit de sortie

L'hôpital de Cook County à Chicago reçoit surtout des patients défavorisés dont près de 10 000 se présentent tous les ans aux urgences pour asthme ou BPCO. Afin de voir s'il était possible de réduire, chez les asthmatiques sous corticoïdes inhalés, cette fréquentation des urgences et le taux de réadmission hospitalière, J.-J. Shannon et coll. ont eu l'idée de réaliser une étude randomisée contrôlée comportant 2 groupes [2]. Les patients du groupe contrôle ($n = 24$) recevaient des soins standards incluant la remise d'une feuille d'information sur

l'asthme tandis que ceux du groupe intervention ($n = 25$) bénéficiaient en plus d'un programme d'éducation thérapeutique aux urgences. Cette intervention était réalisée au lit du malade par un assistant de recherche clinique et comportait la visualisation d'un CD interactif (« qu'est-ce que l'asthme ? »), la lecture d'un texte très simple sur l'asthme, une évaluation du statut tabagique avec aide proposée, la remise d'un kit de sortie et des rendez-vous de consultation spécialisée à la sortie des urgences ou de l'hospitalisation. Les compétences mises en œuvre concernaient les domaines cognitifs (mécanismes de l'asthme, facteurs déclenchants d'une exacerbation, rôles des médicaments...) et gestuels (réalisation d'un DEP, technique de prise des traitements inhalés). Un plan d'action basé sur les symptômes et le DEP était également expliqué en détail. Le kit de sortie comportait ce plan d'action écrit personnalisé, des rendez-vous de consultation dans les 10 jours auprès d'un spécialiste de l'asthme et dans le mois suivant auprès d'un médecin généraliste, un flacon de salbutamol, un flacon de corticoïde inhalé et 50 comprimés de prednisone 20 mg pour que les patients puissent mettre en œuvre leur plan d'action sans attendre une nouvelle consultation. Le critère de jugement principal associait la survenue d'exacerbations motivant une consultation en urgence dans les 3 mois suivant et une mesure de la qualité de vie à l'aide du mini-questionnaire de Juniper.

Pour connaître le devenir de ces patients, un contact téléphonique a été réalisé à 1, 3 et 6 mois par un assistant de recherche clinique ne connaissant pas le groupe auquel appartenaient les patients. Signalons que, dans chaque groupe, 12 patients avaient déjà été admis en réanimation pour asthme aigu grave et respectivement 7 dans le groupe intervention (28 %) et 6 dans le groupe contrôle (25 %) avaient déjà été intubés auparavant. Les principaux résultats de l'étude sont rapportés dans le *tableau I*. On peut constater que le nombre de consultations et d'hospitalisations pour asthme a été nettement inférieur dans le groupe intervention et que la qualité de

Tableau I.

Principaux résultats de l'étude présentée par J.-J. Shannon et coll. exprimés en valeur absolue et en % (adapté d'après la communication de J.-J. Shannon et [2]).

	Groupe intervention $n = 25$ (%)	Groupe contrôle $n = 24$ (%)	p
Consultations aux urgences dans les 3 mois	1 (4)	14 (58)	0,008
Consultations aux urgences dans les 6 mois	2 (8)	36 (150)	< 0,001
Hospitalisations dans les 3 mois	0	7 (29)	0,026
Hospitalisations dans les 6 mois	2 (8)	14 (58)	0,01
Qualité de vie à 3 mois (Δ par rapport à l'inclusion)	+ 1,4	+ 0,4	0,01
Présence à la consultation spécialisée d'asthme	10 (40)	2/7 (29)	NS
Présence à la consultation de médecine générale	9 (36)	2/7 (29)	NS
Connaissances sur l'asthme à 3 mois (Δ par rapport à l'inclusion)	+ 0,8	+ 1,0	NS
Utilisation de corticoïdes inhalés à 1 mois	14/21 (67)	14/19 (74)	NS
Utilisation de corticoïdes inhalés à 3 mois	6/15 (40)	12/15 (80)	NS

vie a été significativement plus améliorée dans ce groupe par rapport aux contrôles [2]. Toutefois, les auteurs de l'étude n'ont pu trouver aucune explication satisfaisante à ces bons résultats puisque tous les autres paramètres analysés (concernant notamment les prises du traitement de fond et la présence aux consultations programmées) n'étaient pas différents entre les deux groupes ! En tout cas, cette étude a au moins le mérite de confirmer l'intérêt de délivrer une éducation thérapeutique sur l'asthme dès le passage aux urgences.

Asthme : de l'importance du contrôle perçu par le patient

On sait que les facteurs psychosociaux jouent un rôle important dans le devenir des asthmatiques au même titre que chez d'autres patients atteints de maladies chroniques.

Dans une belle étude prospective de cohorte, C.S. Calfee et coll. se sont intéressés à la notion de contrôle perçu dans l'asthme [3]. On pourrait définir le contrôle perçu comme une mesure des croyances des patients à propos de leur capacité à contrôler leur maladie. Il ne s'agit donc pas ici du contrôle de l'asthme tel que les pneumologues l'entendent habituellement mais bien de la façon dont les patients estiment pouvoir gérer eux-mêmes leur maladie chronique.

Dans cette étude réalisée à San Francisco et financée par le *National Institutes of Health*, 865 patients hospitalisés pour asthme ont été contactés par téléphone après leur sortie de manière à recueillir leurs caractéristiques démographiques et l'histoire de leur maladie asthmatique. Ces patients devaient également répondre à un questionnaire spécifique, le *Perceived Control of Asthma Questionnaire* (PCAQ). Un système informatique a ensuite mesuré de manière prospective le nombre de consultations ultérieures aux urgences et les hospitalisations pour asthme dans les 4 années suivantes. La population étudiée avait pour âge moyen 60 ans (SD = 16) et comportait 70 % de femmes, 59 % de personnes de race blanche non hispaniques et seulement 35 % de personnes n'ayant jamais fumé (55 % d'anciens fumeurs, 10 % de fumeurs actifs). Vingt-deux pour cent avaient initialement été admis en réanimation et 32 % avaient eu un diagnostic d'asthme dans l'enfance.

En moyenne, le score PCAQ était de 38 (extrêmes : 18-55 ; SD = 4). Ce score fut positivement corrélé à la fois à l'état phy-

sique et à l'état mental mesurés par le questionnaire SF-12 ($p < 0,0001$ pour chacun) et négativement corrélé à la sévérité de l'asthme, à la qualité de vie spécifique de l'asthme, à la dépression et à la réduction d'activités ($p < 0,0001$ pour chacun). Dans une analyse multivariée, une meilleure perception du contrôle, définie par une augmentation de 2 points du PCAQ, a été associée à un plus faible risque prospectif de consultation aux urgences (hazard ratio ajusté = 0,93 ; 95 % IC [0,87-0,99]) et d'hospitalisations pour asthme (hazard ratio ajusté = 0,88 ; 95 % IC [0,81-0,95]).

En revanche, il n'a pas été retrouvé d'association entre le contrôle perçu et l'utilisation rapportée de corticoïdes inhalés, de β_2 -agonistes de longue durée d'action et d'anti-leucotriènes. De même, l'utilisation d'un débitmètre de pointe, la participation à des séances d'éducation thérapeutique ou la connaissance des plans d'action n'étaient pas associées au contrôle perçu de l'asthme dans cette étude.

Les auteurs en ont conclu qu'un meilleur contrôle perçu entraînait une réduction de l'utilisation des ressources de soins sans passer par une meilleure autogestion de l'asthme. Ils n'ont pas proposé d'explication à cette constatation très intéressante mais envisagent de conduire une autre étude visant à augmenter le contrôle perçu de manière à voir s'il en résultera ou non une diminution des consultations aux urgences et des hospitalisations pour asthme. Notons tout de même que l'observance médicamenteuse n'a pas été recueillie en tant que telle dans cette étude : il aurait pourtant été intéressant de savoir si les patients ayant un meilleur contrôle perçu étaient aussi les plus observants.

Références

- 1 Reddel HK, Bashedi IA, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ : The impact of correcting inhaler technique: improved asthma outcomes with a simple intervention by community pharmacists. *Proc Am Thorac Soc* 2006 ; 3 : A269.
- 2 Shannon JJ, Charles-Damte M, Evans A, Lucas B, Wang Y : Standardized inpatient care for asthmatics reduced relapse rates and improved quality of life: a randomized controlled trial at a large public hospital. *Proc Am Thorac Soc* 2006 ; 3 : A529.
- 3 Calfee CS, Katz PP, Yelin EH, Iribarren C, Eisner MD : The influence of perceived control of asthma on health outcomes. *Proc Am Thorac Soc* 2006 ; 3 : A529.