

Méta-analyse des études de qualité de vie internationales

R. Louis

Département de Pneumologie, CHU Sart-Tilman, Liège, Université de Liège, Belgique.

Introduction

L'asthme est une des maladies chroniques les plus fréquentes dans les pays occidentaux affectant 5 à 10 % de la population. Son coût est estimé à 1 % des coûts totaux des soins de santé [1]. Le *Métaforum* qui s'est tenu à Londres en Avril 2004 a été l'occasion d'une réflexion sur le contrôle de la maladie asthmatique en Europe. À cette occasion furent présentés les résultats d'une méta-analyse centrée sur des études récentes ayant en commun le fait d'avoir interrogé les patients sur la façon dont ils percevaient leur asthme. Le poids de cette étude réside dans le fait qu'elle regroupe 24 enquêtes menées en Europe et aux États-Unis ayant investigué 60.000 patients. La méta-analyse s'est efforcée de prendre en compte des résultats émanant de pays aux horizons culturels très différents puisqu'elle a rassemblé des données venant de Grande Bretagne, de Scandinavie, d'Europe Occidentale, d'Europe de l'Est et d'Europe du Sud. Les objectifs étaient d'obtenir des informations sur la façon dont les asthmatiques perçoivent leur maladie et de confronter cette perception avec celle des acteurs de santé. La méta-analyse s'est efforcée de quantifier dans la mesure du possible les facteurs analysés et s'est aussi fixé comme objectif de réfléchir aux actions possibles à mener.

Connaissances théoriques sur la maladie

Les résultats font apparaître que la majorité des patients ignorent les bases élémentaires concernant les fondements de leur maladie et les principes du traitement. En particulier, seuls 20 % des patients savent que l'asthme est une maladie inflammatoire des voies aériennes [2] et seuls 35 % savent que des phénomènes allergiques peuvent concourir à l'expression clinique de la maladie [3, 4]. Découlant en droite ligne du constat précédent, seuls 20 % des patients savent que la base du traitement de l'asthme consiste à prendre un anti-inflammatoire bronchique. L'asthme est certainement encore une maladie à connotation péjorative qui pousse les patients au déni. Les patients n'acceptent leur diagnostic d'asthme que dans 40 % des cas.

Ce qui est encore plus étonnant, mais qui explique sans doute la méconnaissance des patients, c'est que les acteurs de santé eux-même ont une connaissance très imparfaite de la maladie asthmatique. Ainsi, seuls 30 % des acteurs interrogés savent que l'asthme est, à la base, une maladie inflammatoire des voies aériennes. Le rôle des cystéinyl-leucotriènes en tant que médiateur de l'inflammation [5] est par contre reconnu par 80 % des acteurs de santé. Une majorité d'entre eux pensent que l'asthme est une maladie essentiellement allergique, ce qui est quelque peu réducteur. En ce qui concerne le traitement une majorité de praticiens semble avoir des réticences à prescrire des corticoïdes inhalés. Ils sont plus de 80 % à préférer associer une autre classe d'anti-inflammatoire aux corticoïdes inhalés plutôt qu'à vouloir administrer des hautes doses de corticoïdes inhalés.

Contrôle de l'activité de la maladie

En ce qui concerne l'activité de l'asthme, 90 % des patients rapportent être gênés dans leurs activités quotidiennes par la maladie et 50 % rapportent des symptômes nocturnes. Un tiers des patients a présenté au moins une exacerbation au cours de la dernière année et 5 à 10 % d'entre eux ont du être hospitalisés. Malgré ces éléments démontrant un contrôle insuffisant de la maladie, 80 % des asthmatiques s'estiment être correctement contrôlés et seuls 25 à 30 % des asthmatiques reçoivent régulièrement un traitement anti-inflammatoire [6] ! Lorsque les patients sont interrogés sur le bénéfice qu'ils tirent d'un traitement anti-inflammatoire correctement suivi, ils sont 85 % à affirmer que le traitement leur a été favorable.

Globalement les patients sont 20 à 30 % à se dire insatisfaits du traitement ou à ne pas attendre de bénéfice du traitement. Les patients soulignent aussi un *manque de communication* avec les acteurs de santé et un manque de confiance qui se traduit par une adhésion insuffisante à l'égard des conseils prodigués [7]. Il n'est dès lors pas

étonnant de constater que, très souvent, les patients reconnaissent un manque de compliance au traitement. Ce qui frappe également c'est la méfiance des patients à l'égard des corticoïdes inhalés en raison de leurs effets secondaires.

Bien que traités généralement avec plus d'attention que les adultes, environ un tiers des enfants asthmatiques ressentent des symptômes qui les gênent dans leur vie quotidienne. Les enfants et leurs parents ont, semble-t-il des difficultés à différencier les médications de contrôle de celles de soulagement. Par ailleurs les adolescents sont parfois réticents à l'idée d'utiliser leurs aérosols devant leurs condisciples dans la mesure où cette attitude revient à avouer un certain degré d'insuffisance. Le souhait de trouver des médications efficaces et plus discrètes que les aérosols est partagé par 60 à 70 % des adolescents et/ou parents.

Altération de la qualité de vie et coût

La morbidité de l'asthme reste telle qu'elle affecte significativement la qualité de vie des patients et celle de leur famille. Cependant les patients n'abordent que rarement cet aspect lors de l'entretien avec le médecin. Toutefois, lorsqu'on interroge soigneusement les patients par l'utilisation de questionnaires validés, il apparaît que même les asthmes modérés, peuvent significativement altérer la qualité de vie, un phénomène qui ne se reflète pas dans les paramètres de l'asthme classiquement évalués par les médecins [8]. En particulier l'asthme affecte souvent l'activité professionnelle des patients qui en souffrent mais aussi celle des parents dont les enfants en sont atteints. C'est la raison pour laquelle l'asthme a non seulement un coût direct important mais aussi un coût indirect très significatif.

Visions contrastées des patients et des acteurs de santé

La confrontation des vues des patients et des acteurs de santé permet de dégager un point d'accord à savoir la nécessité reconnue par 40 % d'entre eux de réduire au maximum les effets secondaires des médications anti-asthmatiques. Par contre il existe des divergences au sujet de l'appréciation de l'activité de la maladie. Ceci tient principalement à deux raisons. D'abord il y a le fait que *les médecins et les patients ont des paramètres d'évaluation différents*. En effet le médecin sera attentif à des indices objectifs de fonction respiratoire quand le patient sera surtout attentif à sa qualité de vie. Ensuite il est reconnu que les patients acceptent trop souvent leurs symptômes et/ou qu'ils ne les rapportent pas clairement. En conséquence les médecins pensent à tort que la maladie est sous contrôle. Cependant si les patients ne rapportent pas suffisamment leurs symptômes c'est sans doute aussi parce que les médecins n'ont pas suffisamment explicité les résultats que les patients sont en droit d'attendre d'un traitement. Le manque d'explication des médecins vient en partie du fait que ceux-ci ne possèdent pas toujours les connaissances théoriques suffisantes sur la pathologie asthmatique et n'ont pas toujours conscience des performances thérapeutiques des médications disponibles sur le marché. Une large étude contrôlée récente indique que l'utilisation régulière des médications antiasthmatiques actuelles permet d'obtenir une qualité de vie tout à fait satisfaisante chez la plupart des asthmatiques modérés à sévères [9]. Il y a donc discordance entre la réalité qui ressort des enquêtes et les résultats auxquels on devrait s'attendre vu l'efficacité des médicaments dont nous disposons.

Pistes pour améliorer le contrôle de l'asthme sur le terrain

La méta-analyse souligne sans équivoque le *manque de communication* entre acteurs de santé et patients. La méconnaissance des concepts théoriques récents rend probablement la communication moins efficace mais le *manque de temps consacré au patient* lors des consultations dans le cadre de l'organisation des soins de santé de bons nombre de pays européens est sans doute le facteur essentiel. Une revue récente de la littérature démontre sans équivoque que l'élaboration de plans écrits d'auto-surveillance et de traitement améliore le contrôle de l'asthme [10]. À ce sujet il y a certainement des leçons à tirer de l'*expérience finlandaise* où des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, de pharmaciens et d'infirmières se sont attachées à dépister les asthmes débutants, à les éduquer et à les traiter rapidement par des anti-inflammatoires bronchiques tout en assortissant cette prescription pharmacologique de plan d'auto-surveillance. Cette façon de procéder s'est révélée payante à en juger non seulement par la réduction très importante du taux de mortalité dans ce pays mais aussi par celle des coûts liés à l'asthme.

Conclusion

En dépit d'une réduction incontestable de la mortalité liée à l'asthme en Europe Occidentale au cours des dix dernières années, la maladie reste insuffisamment contrôlée chez la majorité des patients dans la réalité. Ce manque de contrôle est principalement lié à un manque de communication efficace entre acteurs de santé et patients. Remédier à cette lacune impose sans doute une réorganisation structurelle de la façon dont les asthmes sont pris en charge. Les pouvoirs publics doivent certainement contribuer à cette réorganisation!

Références

- 1 Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH publication n° 02-3659. Updated from NHLBI/WHO Workshop Report : Global Strategy for Asthma Management and Prevention issued January 1995. 2002.
- 2 Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Johnson M, Vignola AM : Asthma. From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *Am J Respir Crit Care Med* 2000 ; 161 :1720-45.
- 3 Siroux V, Oryszczyn MP, Paty E, Kauffmann F, Pison C, Vervloet D, Pin I : Relationships of allergic sensitization, total immunoglobulin E and blood eosinophils to asthma severity in children of the EGEA Study. *Clin Exp Allergy* 2003 ; 33 : 746-51.
- 4 Zureik M, Neukirch C, Leynaert B, Liard R, Bousquet J, Neukirch F : Sensitisation to airborne moulds and severity of asthma: cross sectional study from European Community respiratory health survey. *BMJ* 2002 ; 325:411-4.
- 5 Drazen JM, Israel E, O'Byrne PM : Treatment of asthma with drugs modifying the leukotriene pathway. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 197-206.
- 6 Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC : Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000 ; 16 : 802-7.
- 7 Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL : Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *Am J Respir Crit Care Med* 1998 ; 157 : 1810-7.
- 8 Juniper EF, Wisniewski ME, Cox FM, Emmett AH, Nielsen KE, O'Byrne PM : Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis. *Eur Respir J* 2004 ; 23 : 287-91.
- 9 Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Pauwels RA, Pedersen SE : Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170:836-44.
- 10 Gibson PG, Powell H : Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax* 2004 ; 59 : 94-9.