

Analyse du point d'information de l'Assurance Maladies sur l'asthme : « Une maîtrise encore insuffisance de la maladie pour de nombreux patients. L'Assurance Maladie lance un programme d'accompagnement innovant. »

Les medias se sont récemment fait le relais d'un point d'information de l'Assurance Maladie sur le traitement inadéquat de l'asthme [1].

Nous nous réjouissons du coup de projecteur porté sur cette maladie fréquente et parfois grave. Toutefois, ce sont les médias qui nous ont informés du travail intéressant réalisé par l'Assurance Maladie. Nous regrettons simplement de ne pas avoir été associés à cette démarche ce qui aurait pu éviter un certain nombre d'omissions, d'erreurs et de contre-vérités. Une lecture non informée du point d'information de l'Assurance Maladie pourrait ainsi laisser à penser que l'asthme est « sur-traité », ce qui est loin d'être le cas. L'asthme est une maladie sous-diagnostiquée et sous-traitée [2].

Néanmoins l'asthme est une maladie pour laquelle la mortalité a reculé dans les pays industrialisés et notamment en France comme le montre la figure 1 [3]. C'est un élément qu'il est important de souligner. Les explications de ce progrès sont probablement multiples mais en partie le fait d'un meilleur usage des traitements, notamment des corticoïdes et des bêta2mimétiques en association libre ou fixe. La place des corticoïdes inhalés est majeure, comme le montre encore des études récentes [4], puisque ce traitement, même à faible dose, prévient la mortalité par asthme.

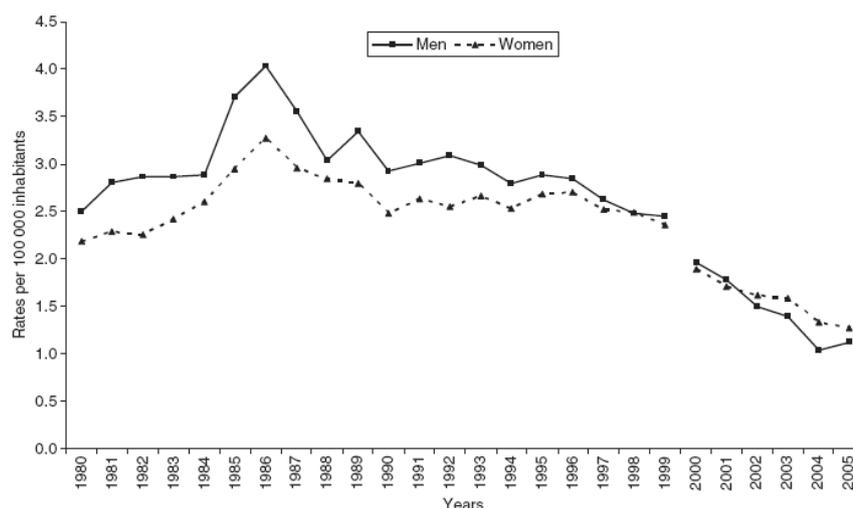


Figure 1. Annual age standardized (to the 1980 French population) rates of death from asthma in Metropolitan France by sex, 1980-1999 (ICD-9) and 2000-2005 (ICD-10) (CépiDc data, INSERM).

Figure 1

La lecture de cette mise au point de l'Assurance Maladie permet de constater le retard constant des recommandations y compris celles de l'HAS par rapport aux progrès thérapeutiques, évaluations et recommandations internationales. Il faut aujourd'hui s'appuyer davantage sur la littérature scientifique ou des recommandations internationales plutôt que sur des avis d'experts, ce qui est fréquemment le cas dans ce document de l'Assurance Maladie. La pluridisciplinarité des avis est essentielle permettant par exemple de confronter la pratique clinique aux données de pharmacologie. Des recommandations régulièrement actualisées, issues d'un groupe de travail pluridisciplinaire tel que celui du GINA [5] doivent être prises en compte. De plus, appliquer des recommandations actualisées implique une formation médicale continue de bon niveau notamment auprès des médecins généralistes

D'un point de vue méthodologique il serait important de préciser comment cette analyse a pu différencier la BPCO d'un asthme. Dans le rappel sur l'asthme, il serait opportun de préciser que l'asthme est caractérisé par un trouble ventilatoire obstructif le plus souvent totalement réversible à l'inverse de la BPCO. Le diagnostic d'asthme apparait donc aléatoire lorsque des études récentes [6, 7] montrent que moins de 50% des asthmatiques dans les pays de l'Europe de l'Ouest ont eu une

mesure de la fonction respiratoire. C'est un élément essentiel, tant pour le diagnostic que pour l'évaluation de la sévérité ou du contrôle de la maladie asthmatique. Ce point est à mettre en exergue puisqu'il fait partie des critères d'adaptation du traitement de fond [8].

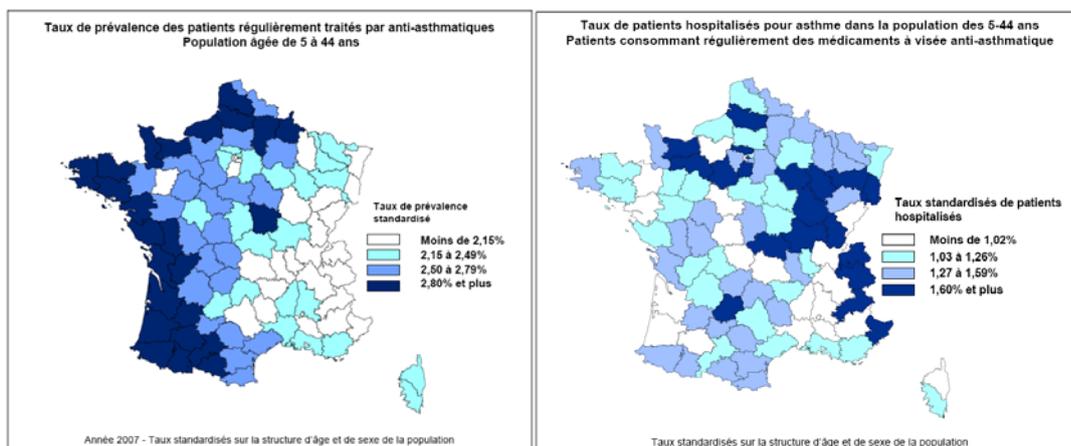
Il serait aussi particulièrement intéressant de savoir comment et avec quelle fiabilité ont été appréciés les stades de sévérité à partir des seules données de prescription. Les données concernant l'épidémiologie de la sévérité de l'asthme sont issues de l'étude du CREDES de février 2000 [9]. Outre le fait que nous sommes en 2008, il faut souligner que nombre de patients n'ont pas eu d'épreuves fonctionnelles respiratoires et que la définition de la sévérité de l'asthme reste difficile. Ces deux éléments rendent ces statistiques critiquables. Il n'y a pas à ce jour de données clairement établies, en dehors du cas des asthmes sévères dont la proportion est de 10%, sur les proportions respectives des niveaux de sévérité.

Il est également dit que selon les experts sanitaires un asthme bien contrôlé correspond à une « absence de symptômes au quotidien ». Sur les recommandations du GINA-2006, réactualisé en 2007, l'asthme totalement contrôlé est une donnée qui paraît plus littéraire que pragmatique et on tend à aller vers un asthme avec contrôle acceptable qui tolère un certain nombre de symptômes [5, 10].

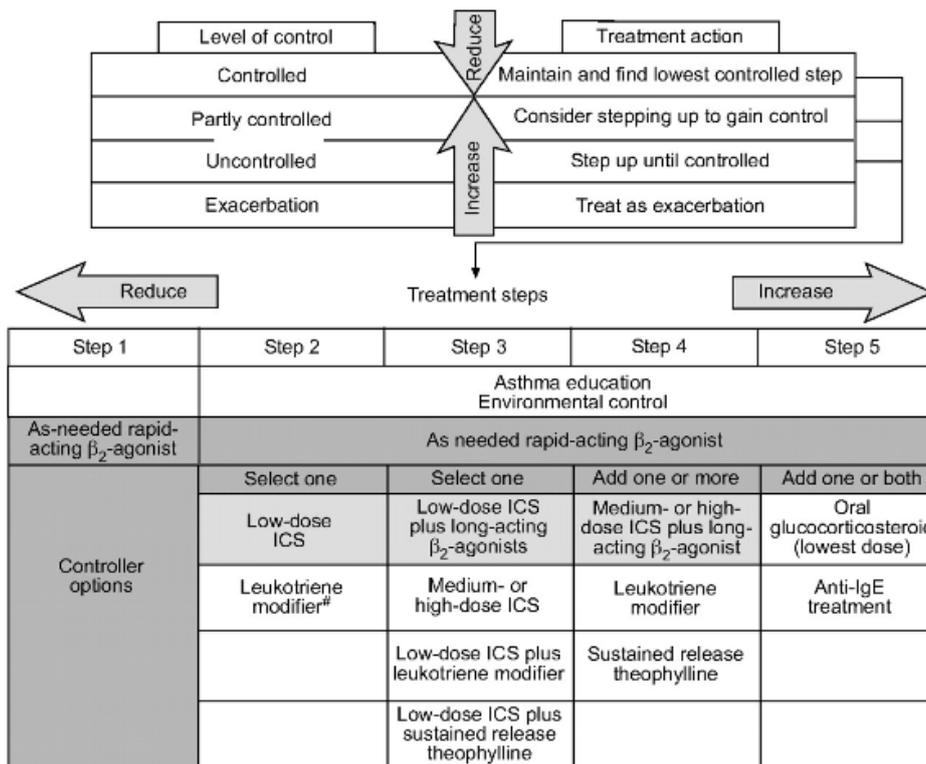
Ces critères de contrôle acceptable sont proposés dans les recommandations de la HAS 2004 et dérivent de recommandations canadiennes [11]. Ce sont ces critères qui sont proposés dans le questionnaire qui sera adressé au malade. Soulignons simplement que ces critères n'ont jamais été scientifiquement validés à la différence du questionnaire de Juniper ou de l'Asthma Control Test (ACT) [12, 13].

Comment affirmer avec certitude qu'une délivrance au moins 4 fois dans l'année de médicaments de la crise définit des asthmes insuffisamment contrôlés ?

Parmi les données d'hospitalisation, il est toujours important de distinguer les patients qui ont été hospitalisés de ceux qui ont simplement fait un séjour aux urgences [14]. Il est par ailleurs frappant de constater en mettant côte à côte les cartes de France montrant la répartition géographique des prescriptions et la répartition géographique des taux d'hospitalisation que, grossièrement, là où les prescriptions sont les plus faibles les hospitalisations sont les plus fréquentes et réciproquement !



Le point central du document de l'Assurance Maladie concerne la prise en charge thérapeutique qui est dite inadaptée. Il est rappelé que les recommandations sanitaires basent le traitement de fond sur le niveau de sévérité de l'asthme. Aujourd'hui, la mise en route du traitement et l'adaptation dans le temps se fait sur l'évaluation du niveau de contrôle de l'asthme et non sur le niveau de sévérité (GINA 2006, réactualisé 2007, HAS 2004) [5, 8, 10]. C'est sur ces données que l'on mettra en place une thérapeutique qui peut faire appel, ou à une corticothérapie de faible dose, ou d'emblée dans des asthmes mal contrôlés, à une association corticothérapie à faible dose avec un traitement additionnel (bêta2mimétiques longue durée d'action, choix préférentiel du GINA puisque plus d'efficacité ou en 2^{ème} intention un antileucotriène) (tableau ci-dessous, GINA 2007 [5]).

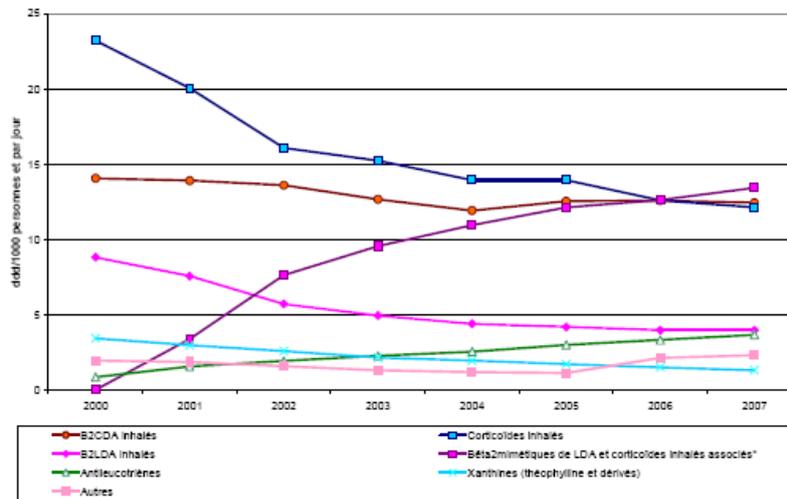


Ces traitements associés permettent une épargne en corticoïdes inhalés. Associés à une dose de corticoïde inhalés, ils sont plus efficaces qu'une double dose de corticoïdes inhalés seuls, sur les symptômes, les exacerbations, l'asthme nocturne, les EFR avec un contrôle plus complet et plus rapide et un moindre recours au traitement de secours [15-23].

De la même façon une nouvelle stratégie incluant plus de 15000 patients [24-26] a montré qu'un traitement par association fixe contenant du formoterol et un corticoïde constitue à lui seul, chez certains patients, à la fois un traitement de fond et un traitement des symptômes. Là aussi, ces éléments nécessitent d'être réactualisés dans la formation médicale continue et d'être pris en considération par l'Assurance Maladie.

La nette progression de prescription des associations fixes se fait clairement au détriment de la corticothérapie inhalée seule et des bêta2mimétiques longue durée d'action seul. Cette évolution est rassurante puisqu'une association fixe améliore l'observance et assure pour partie la prise d'une corticothérapie inhalée [27]. La corticothérapie inhalée reste en effet le traitement dont l'efficacité a le plus haut niveau de preuves dans la prise en charge de l'asthme, mais le bénéfice ajouté d'un traitement additionnel est démontré, quelle que soit la dose de corticoïde inhalé. Cette augmentation des associations fixes est aussi à mettre en parallèle avec la baisse des bêta2mimétiques longue durée d'action. Faut-il rappeler que la « Food and Drug Administration » a reconnu le risque dans l'asthme d'une prise isolée de cette classe médicamenteuse et n'autorise plus la prescription isolée d'un bêta2mimétiques longue durée d'action pour les asthmatiques [23, 28].

Evolution de la consommation de médicaments anti-asthmatiques entre 2000 et 2007
Consommation exprimée en Defined Daily Doses (DDD)* pour 1000 personnes et par jour –
Toutes populations confondues



* Classe ATC R03, à l'exception des médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'asthme : Spiriva®, Pneumorel®, Combivent® et Hypnasmine® (ces deux derniers médicaments ne sont plus commercialisés en 2007).
 * Selon la méthodologie de l'OMS

Souhaitons que les actions de santé ambitieuses et innovantes que propose l'Assurance Maladie dans l'accompagnement des professionnels de santé, s'appuient largement sur des recommandations actualisées (GINA 2007) [5] et sur les données récentes de la littérature. Les pneumologues se sont engagés depuis de nombreuses années dans la promotion d'une amélioration des pratiques de prise en charge de l'asthme. Ils se sont notamment impliqués dans la réalisation du plan asthme, l'élaboration de recommandations de pratique clinique et plus récemment dans la mise à disposition, en partenariat avec la DGS, d'un logiciel d'aide au contrôle de l'asthme. Cet engagement vers des objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins au meilleur coût gagnerait probablement à une analyse conjointe des données et au développement d'échanges formalisés entre l'Assurance Maladie et la pneumologie.

Paris, le 19 septembre 2008

Pr Bruno Housset
 Président de la Fédération française de pneumologie

Références

1. Assurance Maladie. *Asthme: Une maîtrise encore insuffisante de la maladie pour de nombreux patients*. 2008 [cited 19/09/08]; Available from: <http://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/index.php>.
2. Roche, N. and P. Godard, *Le colloque: "Prise en charge de l'asthme: quel bilan a la fin du plan asthme?": introduction et points clés*. Rev Mal Respir, 2005. **22**(2 Pt 3): p. 4S7-12.
3. Tual, S., et al., *Asthma-related mortality in France, 1980-2005: decline since the last decade*. Allergy, 2008. **63**(5): p. 621-3.
4. Suissa, S., et al., *Low-Dose Inhaled Corticosteroids and the Prevention of Death from Asthma*. N Engl J Med, 2000. **343**(5): p. 332-336.
5. Bateman, E.D., et al., *Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary*. Eur Respir J, 2008. **31**(1): p. 143-78.
6. Rabe, K.F., et al., *Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study*. Eur Respir J, 2000. **16**(5): p. 802-7.
7. Rabe, K.F., et al., *Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys*. J Allergy Clin Immunol, 2004. **114**(1): p. 40-7.

8. *Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Septembre 2004.* Rev Mal Respir, 2005. **22**(1 Pt 1): p. 174-84.
9. Com-Ruelle, L., B. Crestin, and S. Dumesnil, *L'asthme en France selon les stades de sévérité.* Rapport CREDES n°1290 et Questions d'Economie de la Santé n°25, février 2000.
10. Bousquet, J., et al., *GINA guidelines on asthma and beyond.* Allergy, 2007. **62**(2): p. 102-12.
11. Boulet, L.P., et al., *Canadian Asthma Consensus Report, 1999.* Canadian Asthma Consensus Group. CMAJ, 1999. **161**(11 Suppl): p. S1-61.
12. Juniper, E.F., et al., *Measurement properties and interpretation of three shortened versions of the asthma control questionnaire.* Respir Med, 2005. **99**(5): p. 553-8.
13. Lim, K.G., et al., *Flunking asthma? When HEDIS takes the ACT.* Am J Manag Care, 2008. **14**(8): p. 487-94.
14. Salmeron, S., et al., *Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France: a prospective study.* Lancet, 2001. **358**(9282): p. 629-35.
15. Pauwels, R.A., et al., *Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. Formoterol and Corticosteroids Establishing Therapy (FACET) International Study Group.* N Engl J Med, 1997. **337**(20): p. 1405-11.
16. Wenzel, S.E., et al., *Efficacy, safety, and effects on quality of life of salmeterol versus albuterol in patients with mild to moderate persistent asthma.* Ann Allergy Asthma Immunol, 1998. **80**(6): p. 463-70.
17. Greening, A.P., et al., *Added salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid. Allen & Hanburys Limited UK Study Group.* Lancet, 1994. **344**(8917): p. 219-24.
18. Bateman, E.D., et al., *Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study.* Am J Respir Crit Care Med, 2004. **170**(8): p. 836-44.
19. Kips, J.C., et al., *A long-term study of the antiinflammatory effect of low-dose budesonide plus formoterol versus high-dose budesonide in asthma.* Am J Respir Crit Care Med, 2000. **161**(3 Pt 1): p. 996-1001.
20. Laloo, U.G., et al., *Budesonide and formoterol in a single inhaler improves asthma control compared with increasing the dose of corticosteroid in adults with mild-to-moderate asthma.* Chest, 2003. **123**(5): p. 1480-7.
21. Rabe, K.F., et al., *Effect of budesonide in combination with formoterol for reliever therapy in asthma exacerbations: a randomised controlled, double-blind study.* Lancet, 2006. **368**(9537): p. 744-53.
22. Bateman, E., et al., *Meta-analysis: effects of adding salmeterol to inhaled corticosteroids on serious asthma-related events.* Ann Intern Med, 2008. **149**(1): p. 33-42.
23. Walters, E.H., et al., *Long-acting beta2-agonists for chronic asthma in adults and children where background therapy contains varied or no inhaled corticosteroid.* Cochrane Database Syst Rev, 2007(1): p. CD001385.
24. Rabe, K.F., et al., *Budesonide/formoterol in a single inhaler for maintenance and relief in mild-to-moderate asthma: a randomized, double-blind trial.* Chest, 2006. **129**(2): p. 246-56.
25. O'Byrne, P.M., et al., *Budesonide/formoterol combination therapy as both maintenance and reliever medication in asthma.* Am J Respir Crit Care Med, 2005. **171**(2): p. 129-36.
26. Vogelmeier, C., et al., *Budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy: an effective asthma treatment option? Eur Respir J, 2005. 26(5): p. 819-28.*
27. Stoloff, S.W., et al., *Improved refill persistence with fluticasone propionate and salmeterol in a single inhaler compared with other controller therapies.* J Allergy Clin Immunol, 2004. **113**(2): p. 245-51.
28. Jaeschke, R., et al., *The Safety of Long Acting Beta Agonists Among Patients with Asthma Using Inhaled Corticosteroids.* Am J Respir Crit Care Med, 2008.