
ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE CHEZ DES ENFANTS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE RESPIRATOIRE : APPROCHE ÉVALUATIVE

Monique FOUROT-BAUZON

La Bourboule

Généralités, introduction

L'Oms classe l'allergie au quatrième rang mondial des affections et la considère comme « un problème majeur de santé publique en termes de qualité de vie, de perte de jours de travail ou d'enseignement, de coûts médicamenteux, voire de mortalité. » La prévalence de l'asthme n'a cessé d'augmenter au cours des 30 dernières années. Les chiffres : 2000 morts par an, 5 à 10% de la population touchée, soit 6 millions de personnes, 80% souffrent d'asthme léger à modéré. En France, les coûts directs de l'asthme ont été estimés (Thirouin et coll.) à 1,2 milliards d'euros dont 767 millions d'euros de coûts directs et 455 millions d'euros de coûts indirects (coûts actualisés 2001).

L'asthme est la première maladie chronique de l'enfant. En France, chez les enfants de 6 à 7 ans, la prévalence est de 7 à 9% ; chez les adolescents de 12 à 15 ans, elle oscille entre 10 et 14%. (Etude ISAAC, *International study of asthma and allergies in childhood*). Plus de 10% des scolaires sont touchés. Quarante-trois p. cent à 52% des enfants présentent un absentéisme scolaire (Etude AIRE, *Asthma insights and reality in Europe*).

Les coûts totaux annuels de l'asthme chez l'enfant ont été calculés à 3 milliards d'euros pour les 25 pays de l'Union européenne (Van des Akker-Van Marle 2005). Le poste médicaments (essentiellement broncho-dilatateurs et corticoïdes inhalés) représente plus de 60% des dépenses.

L'association rhinite/asthme induit une majoration significative des coûts de prise en charge, coût annuel : 7 928 euros par enfant et adolescent présentant un asthme sévère avec rhinite allergique saisonnière (Étude de Shramm, 2003, en Allemagne) contre 6 839 euros pour asthme sévère seul.

Les orientations thérapeutiques de la Bourboule, station thermale et climatique, découlent tout naturellement des propriétés de ses eaux thermo-minérales qui sont bicarbonatées, chlorurées sodiques, arsenicales. Les affections traitées, en priorité les allergies respiratoires et cutanées, expliquent tout naturellement sa vocation pédiatrique. La cure thermale s'intègre dans un schéma thérapeutique, en complément ou en relais d'un traitement de fond, d'une désensibilisation spécifique, en prévention de la survenue d'une autre affection. À la Bourboule, les curistes enfants et adolescents sont, à part égale,

accompagnés par la famille ou accueillis en maisons d'enfants à caractère sanitaire (Mecs) agréées pour cures thermales. En vertu de l'ordonnance du 04/09/2003, les Mecs rentrent dans le cadre du SSROS 3^{ème} génération en qualité d'établissements de santé assurant des soins de suite et de réadaptation.

Enquête épidémiologique

Au cours de l'été 2004, 222 enfants sont admis dans la maison d'enfants « Les Iris » pour suivre une cure thermale à la Bourboule. Chaque dossier comporte un questionnaire administratif et un questionnaire médical rempli par le médecin prescripteur avant l'admission. Les données démographiques sont rapportées dans le tableau I. Les médecins prescripteurs sont en majorité les généralistes (64%), suivis par les allergologues (18%), les pédiatres (8%), les pneumologues (7%), les ORL (3%) et les dermatologues (1%). Par rapport à l'an 2000, on observe un léger déplacement des pneumologues et des ORL vers les allergologues.

Tableau I - Caractéristiques de l'échantillon

Ensemble de l'échantillon (n = 222)	Enfants asthmatiques (n = 182)
<i>Origine géographique</i>	
Antilles : 61 enfants (Guadeloupe 48, Guyane 13, Martinique 0), soit 27 %	Antilles 34%
Métropole : 161 enfants, soit 73 % (Sud-Est Méditerranée 29%, Région parisienne 20% ; Est, Centre 20%, Ouest 16%, Nord 6% ; Auvergne 8%)	Métropole 66%
Sexe : Garçons 56,6% Filles 43,4%	Sexe : Garçons 62% Filles 38%
Moyenne d'âge : 10,19 ans (le groupe le plus important est celui des 12 - 15 ans)	Âge : 3 à 10 ans 21%, 11 à 14 ans 45%, 15 à <18 ans 34%
<i>Catégories socioprofessionnelles</i> (références Insee) : familles en majorité d'origine modeste, idem pour la population générale.	
Nombre de cures : 1 ^{ère} cure : 25% 2 ^{ème} cure : 29% 3 ^{ème} cure : 15% 4 ^{ème} cure et plus : 31%.	Âge de survenue de la maladie (137 réponses) : avant 2 ans : 50%, entre 3 et 6 ans : 28%, entre 6 et 10 ans : 18%, après 10 ans : 4%.
Indications médicales : Allergies : 82% (allergies ORL 37%, asthme 77%, eczéma atopique 20%),	Terrain atopique familial : 83, 5 % Allergies : Pneumallergènes (acariens, poils d'animaux, pollens) : 86% ; Trophallergènes : (arachide, crustacés, kiwi..) 15%
Infections ORL et/ou bronchiques : 18 % .	Médicaments : (aspirine, antibiotiques) 17 % Désensibilisation spécifique en cours : 14 %

Sur les 222 enfants reçus, 182 d'entre eux, soit 81%, présentent un asthme isolé ou associé à une rhinite et/ou une dermatite atopique.

Ces statistiques concernant les enfants asthmatiques sont conformes aux données de la littérature : terrain atopique familial, début précoce, allergie aux acariens, poils d'animaux (chat en particulier), pollens. La sensibilisation pollinique a doublé ces 3 dernières décennies, surtout chez les jeunes enfants. Chez les enfants de plus de 4 ans, asthme et rhino-conjonctivite sont fréquents. L'allergie alimentaire est en nette progression de même que les allergies ou intolérances médicamenteuses, la plus fréquente étant l'intolérance à l'aspirine.

Les conditions de vie de ces enfants asthmatiques au cours des 12 mois écoulés sont indiquées dans le tableau II.

Par rapport à l'étude précédente qui remonte à l'année 2000, on observe une nette diminution du tabagisme passif mais une augmentation du tabagisme actif chez les filles. En revanche, la pratique sportive s'est améliorée.

Seuls 26% des enfants ont bénéficié au cours de l'année écoulée d'une EFR, d'où l'intérêt d'une éducation thérapeutique pendant la cure avec mesure du souffle et spirométrie pour certains.

Plus de la moitié des enfants adressés pour asthme ont un traitement de fond à suivre pendant le séjour : corticoïdes inhalés et/ou broncho-dilatateurs.

Tableau II - Conditions de vie des enfants asthmatiques au cours des 12 mois écoulés. Groupe 1 : 1^{ère} cure et Groupe 2 : 2^{ème} cure.

Hospitalisation en rapport avec l'affection : 11 (6 %) dont 6 chez les primocuristes

Exploration Fonctionnelle Respiratoire : 26 %

Pratique d'un sport : 59 %

Animaux au domicile : 60%

Tabagisme passif ou actif : 26 %

Traitement de fond à suivre : 57%

Consommation	Null	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
<i>B2 mimétiques</i>					
Groupe 1	19%	26%	37%	13%	5%
Groupe 2	16%	37%	39%	8%	néant
<i>Corticoïdes</i>					
Groupe 1	25%	26%	25%	19%	5%
Groupe 2	20%	32%	39%	10%	néant
<i>Antihistaminiques</i>					
Groupe 1	15%	15%	46%	19%	5%
Groupe 2	25%	27%	27%	20%	1%
<i>Antibiotiques</i>					
Groupe 1	37%	44%	11%	8%	néant
Groupe 2	36%	51%	9%	4%	néant

Les réponses sur la consommation médicamenteuse ont été fournies par les médecins prescripteurs qui avaient à choisir entre 5 classes : nulle, faible, moyenne, forte, très forte.

Arguments en faveur de l'efficacité de la cure thermale

Ils sont tirés de la comparaison de la consommation médicamenteuse des enfants ayant effectué une cure thermale avec celle des enfants n'en ayant pas encore effectué (tableau III), et de l'avis des médecins prescripteurs (tableau IV).

Tableau III - Comparaison de la consommation médicamenteuse des asthmatiques (catégorie forte et très forte) au cours de l'année précédant leur cure quand cette cure est la première (Groupe 1) ou la seconde (Groupe 2)

Consommation forte et très forte	Groupe 1	Groupe 2
β2 mimétiques	18%	8%
Corticoïdes	24%	10%
Antihistaminiques	24%	21%
Antibiotiques	8%	4%

On observe une nette diminution de la consommation médicamenteuse chez les enfants ayant déjà effectué une cure thermale, la plus grande différence portant sur les corticoïdes, suivie par les β2 mimétiques.

Tableau IV - Appréciation générale du médecin prescripteur sur les résultats de la cure précédente chez les enfants asthmatiques (124 réponses sur 138 dossiers)

	Nuls	médiocres	satisfaisants	très satisfaisants
Résultats de la cure précédente		8%	61%	31%

En conclusion

« La technique de prise en charge doit permettre au patient de s'approprier sa maladie et les traitements disponibles afin de poser les bases d'une véritable négociation thérapeutique aboutissant non pas à une ordonnance, mais à un choix fait par le patient aidé par son médecin », c'est pourquoi la dimension éducative en maison d'enfants fait partie intégrante du contrat d'objectif et de moyens.

C'est une équipe médicale et éducative qui met en place, sur 3 semaines, 4 modules :

- Éducation thermale spécifique en fonction de la pathologie présentée : explication des techniques thermales et objectifs du traitement ;
- Éducation sanitaire adaptée à l'âge de l'enfant ou de l'adolescent : hygiène des voies respiratoires, du mode de vie ;
- Éducation thérapeutique (École de l'Asthme) : informer, éduquer, changer les comportements ;
- Éducation sportive contrôlée et encadrée : motivation et réentraînement aux activités sportives ou physiques.

Références

1. Étude AIRE. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2000;41,1:3S-4S.
2. Groupe ISAAC – France, Enquête ISAAC France Phase I. *Rev Mal Respir* 1997;14 (Suppl. 4), 72 p.
3. Charpin D, Annesi-Maesano I, Godard Ph, Kopferschmitt-Kubler MC, Ozyszczy MP, Daures JP, Quoix E, Raheison C, Taytard A, Vervloet D. Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC-France, Phase I. *BEH* 1999;13:49-51.
4. CreDES, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. L'asthme en France selon les stades de sévérité. *Bulletin* 2000 ; N° 1290.

