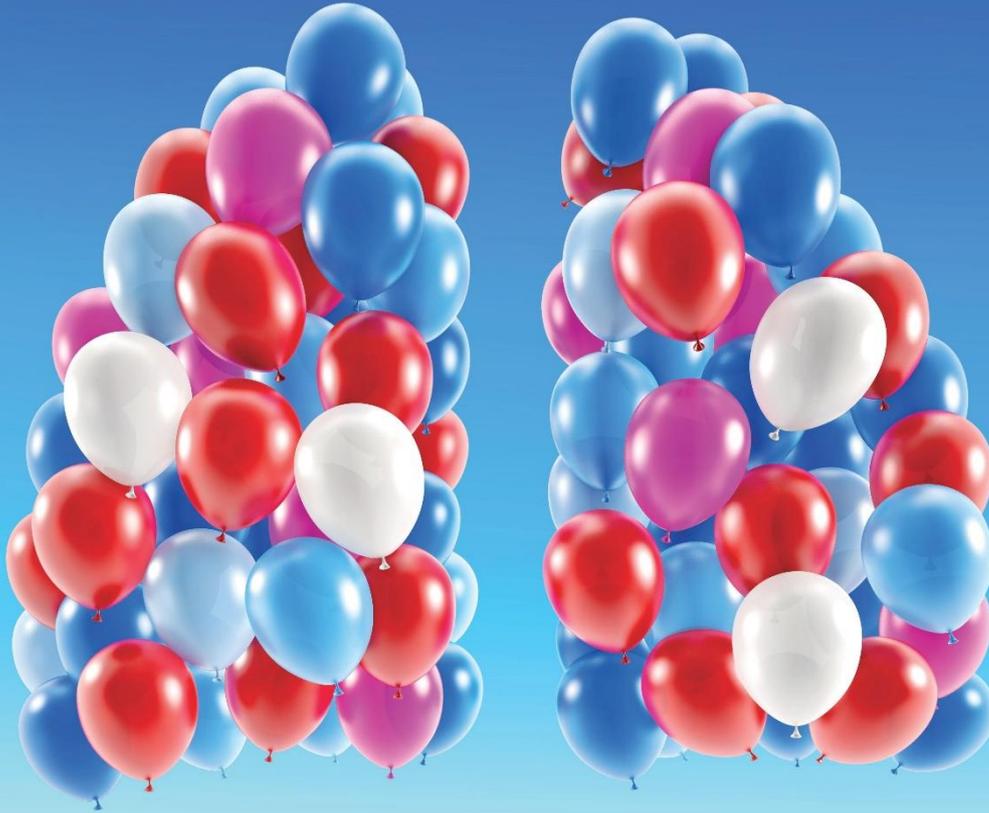


**SEMAINE
DE L'ASTHME**
1^{ère} semaine de mai

ASTHME... URGENCES



AYEZ LES RÉFLEXES

**15
SAMU**

LE SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE
Pour obtenir l'assistance de votre équipe
médicale lors d'une situation de détresse,
appelez le 15 pour être redirigé vers un
organisme de prise en charge de soins.

112

NUMÉRO D'APPEL
D'URGENCE EUROPÉEN

Le 112 offre une aide en français et en anglais
dans un pays de l'Union Européenne.



Pour plus d'information
connectez-vous à notre site
www.lesouffle.org



Avec le soutien de : ALDES, ASTRAZENECA, BOEINGERH INGENLHEIM, CHIESI, GLAXOSMITHKLINE, MUNDIPHARMA, NOVARTIS PHARMA, PUBLICIS HEALTH, ROCHE, SOS OXYGÈNE

ASTHME et URGENCES

Les enjeux d'une meilleure prise en charge et de suivi du patient asthmatique

En 2018, 900 personnes par an succombent encore à une crise d'asthme.

Un constat inacceptable, dès lors que l'on sait que cette mortalité est très largement évitable : pour avoir banalisé une exacerbation plus forte qu'une autre, des accidents surviennent encore.

Sous-diagnostic, retard au traitement, inobservance constituent les principaux facteurs déclenchants d'un engrenage dont l'issue peut être fatale. Un constat partagé malheureusement par Laurence Meyer, dont le témoignage poignant dans ce dossier rappelle que l'asthme est une pathologie potentiellement grave, qu'il ne faut jamais banaliser.

A l'occasion de la Journée Mondiale de l'Asthme, les acteurs majeurs de la communauté des pneumologues* (SPLF – Société de Pneumologie de Langue Française, Fédération Française de Pneumologie, Fondation du Souffle...) **associés aux urgentistes** (SFMU – Société Française de Médecine d'Urgence) et à l'Association Asthme Allergies **se mobilisent pour sensibiliser le grand public, l'ensemble des professionnels de santé** (médecins généralistes, pharmaciens, personnels médicaux) **ainsi que les patients eux-mêmes aux enjeux de cette prise en charge** de l'asthme aux Urgences et en urgence .

Qu'est-ce qu'une crise d'asthme aigu ? Comment est-elle gérée et quelles sont les voies de progrès ?

Quelles synergies peuvent être mises en œuvre ? Quels outils pratiques peut-on proposer aux patients asthmatiques ? Analyse et réponses avec des experts de chaque discipline...

SOMMAIRE

Qu'est ce qu'une crise d'asthme aigu ? Comment la repérer? Que faire en cas d'urgence

Epidémiologie, constat, enjeux, perspectives

Pr Nicolas Roche

Président de la SPLF - Société Française de Pneumologie - Service de pneumologie et soins intensifs respiratoires à l'Hôpital Cochin

Pr Chantal Raheison

Pneumologue au CHU de Bordeaux - Epidémiologiste (INSERM U1219)

Retours d'expériences

Le témoignage d'une maman

"Pour que cela n'arrive plus jamais"

Le point de vue des experts

Dr Gilles Mangiapan

Pneumologue au CHI de Créteil - Auteur d'un rapport SPLF sur Asthme et Urgences

Pr Thibaut Demaistre

Médecin Urgentiste au CHU de Besançon (à préciser) - Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

ERASME

L'étude qui propose des solutions concrètes de suivi entre les services d'urgences, les pneumologues et les professionnels de santé

Education thérapeutique : Gérer son asthme au quotidien et éviter la récurrence

Exemple du CHU de Tours : pionnier dans la mise en œuvre de passerelles pour le suivi des patients asthmatiques

Docteur Jean-Philippe Maffre

Pneumologue au CHU de Tours

En pratique : des dispositifs d'aide aux patients asthmatiques

Une crise d'asthme : la reconnaître et la traiter en urgence, aux Urgences !

L'asthme est une **maladie respiratoire chronique** due à une inflammation permanente des bronches qui se manifeste par des crises, caractérisées par des épisodes de gêne respiratoire (essoufflement), de respiration sifflante, de toux sèche ou de sensation d'oppression dans la poitrine.

L'asthme aigu grave est une crise inhabituellement intense susceptible de mettre la vie en danger. Il peut avoir un début brutal ou faire suite à l'évolution défavorable d'une exacerbation, c'est-à-dire une période d'aggravation sur plusieurs jours.

L'asthme aigu grave est lié à une très forte réactivité des bronches, qui entraîne leur obstruction : l'air ne passe plus, ce qui entraîne un effort intense, pour inspirer et pour expirer, sans réussir à respirer efficacement.

Qui est concerné?

Tous les asthmatiques, quel que soit le degré de sévérité de leur asthme seront confrontés à un moment de leur vie à une crise d'asthme aigu et pourront avoir recours aux urgences.

Ces passages aux urgences induisent beaucoup d'angoisse chez le malade et son entourage et un coût social considérable.

Comment reconnaître un asthme aigu grave ?

Une crise d'asthme sévère s'accompagne de signes repérables : Perçue comme inhabituelle, le patient éprouve une grande difficulté à respirer (respiration rapide et courte, espace entre les côtes et au-dessus des clavicules qui se creuse) et observe une résistance au traitement habituel. Ses lèvres et ses ongles bleuissent, il peut avoir des difficultés à parler ou à marcher pouvant aller jusqu'à la confusion et à la perte de connaissance.

Quel comportement adopter en cas de crise ?

Le patient doit prendre immédiatement 2 bouffées de son bronchodilatateur, s'asseoir droit, rester calme et essayer de respirer lentement et régulièrement.

S'il ne voit pas d'amélioration, il devra reprendre 2 bouffées de son bronchodilatateur.

(Si la crise persiste : jusqu'à 10 bouffées toutes les 20 minutes (3 fois en 1 heure) pour l'adulte et l'adolescent, jusqu'à 5 bouffées toutes les 20 minutes (3 fois en 1 heure) pour l'enfant de – de 6 ans).

S'il n'y a pas d'amélioration rapide (dans l'heure), prendre le corticoïde prescrit par le médecin, appeler le 15 ou le 112 et continuer à prendre ses bronchodilatateurs.

Aux urgences

Le patient doit être mis obligatoirement sous cortisone. En fonction du degré de sévérité, le personnel médical mettra en place un traitement adapté basé sur l'oxygénothérapie, la corticothérapie, un bronchodilatateur

Le suivi du patient dès les urgences et à l'issue de son passage aux urgences est l'objet de ce dossier.

Epidémiologie

Constat, enjeux, perspectives de la prise en charge de l'Asthme aux Urgences Entretiens avec les Pr NICOLAS ROCHE et Chantal RAHERISON

1-Président de la Société de Pneumologie de Langue Française

Service de Pneumologie et Soins Intensifs Respiratoires à l'Hôpital Cochin, AP-HP

2-Pneumologue au CHU de Bordeaux - Epidémiologiste (INSERM U1219)

Epidémiologie de l'asthme

La Journée mondiale de l'asthme met en lumière une pathologie qui concerne 4 millions de Français ;

Parmi eux, beaucoup d'enfants, dont la pathologie s'estompera voire disparaîtra à l'âge adulte. Les études montrent qu'il y a 15% d'enfants asthmatiques vs 8-10% d'adultes concernés par la maladie. Il y a toujours en moyenne 3 enfants asthmatiques par classe.

Les premiers concernés par l'hospitalisation pour asthme en France sont également les enfants¹ ; Les adultes hospitalisés sont le plus souvent ceux qui souffrent d'asthme sévère ou qui ne bénéficient pas de prise en charge optimale, pour des problèmes d'observance, de traitements de fond ou encore d'accès aux soins.

En France, une majorité des asthmatiques est atteinte d'un asthme léger, intermittent, bien contrôlé car des progrès ont été réalisés dans la prise en charge. Il faut garder un regard positif sur cette maladie. Cependant, 7% des patients ont un asthme sévère qui nécessite une prise en charge adaptée.

La survenue des hospitalisations a des caractéristiques saisonnières : il y a deux pics d'hospitalisation dans l'année, l'un pendant la période automno-hivernale, l'autre pendant la période des pollens.

Même si les crises d'asthme concernent toutes les couches socio-économiques, les populations les plus fragiles, en situation de précarité, seront plus sensibles car elles souffrent souvent de comorbidités et ont un accès aux soins plus limité.

La mort par asthme est de nos jours inacceptable !

L'asthme aigu est un motif fréquent de consultation aux urgences. **Sur 4 millions d'asthmatiques** en France, on estime qu'il **représente environ 200 000 passages aux urgences** et qu'il est **responsable d'au moins 100 000 hospitalisations** annuelles, dont 35000 concernent des enfants.

1 M.-C. Delmas-Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France -Annales de Pédiatrie

Même si le nombre de décès par crise d'asthme aigu a diminué², 900 patients décèdent encore des suites de cette exacerbation³. « *Compte tenu des traitements dont nous disposons, ceci n'est pas acceptable, quels que soient l'âge et les comorbidités. On doit être capable de contrôler la maladie suffisamment en amont pour ne pas en mourir* ».

Seulement moins de 10% des patients ont des asthmes authentiquement sévères qui résistent aux traitements ; Les services d'urgences constituent pour eux des « passages obligés » car ils font des exacerbations fréquentes.

« Il vaut mieux aller aux urgences et s'y rendre pour rien, plutôt que d'y renoncer et de laisser les choses s'aggraver. Mais il faut surtout éviter de devoir y revenir ». C'est malheureusement ce qui se passe trop souvent, faute de prise en charge et de suivi adapté après l'hospitalisation.

POURQUOI ARRIVE-T-ON AUX URGENCES ?

L'arrivée aux urgences est généralement la conséquence de 3 paramètres.

- Les malades, ou leur entourage, parfois même le médecin ont pensé – à tort - que la crise serait passagère, comme les autres avaient pu l'être auparavant, alors qu'il peut s'agir d'une urgence vitale. **C'est le sous-diagnostic.**
- En sous estimant sa crise, le malade peut **retarder la prise de son traitement**, ce qui constitue l'autre facteur d'aggravation de la crise. Or, il **ne faut jamais banaliser une crise d'asthme !**
- Enfin, un traitement inadapté, inexistant (certains ignorent qu'ils sont asthmatiques) ou non pris correctement, peut en être la cause : la plupart des malades à risque sont des **patients « inobservants » et/ou utilisant** mal les dispositifs d'inhalation des traitements.

Les facteurs de risque : inobservance /technique de prise et comorbidités

- **En moyenne, 50% des patients sont inobservants...** Ce qui signifie que seulement 50% des traitements que l'on prescrit à un asthmatique vont être pris comme il faudrait. Malheureusement de nombreux patients se « reposent » sur des dispositifs qu'ils croient s'administrer correctement, alors que ce n'est pas le cas. Sans le savoir, ils s'exposent à des risques d'exacerbations. D'autres encore vont oublier de prendre leur traitement, consciemment ou inconsciemment... en étant parfois dans le déni de la maladie. Pour une prise en charge optimale, le spécialiste devra identifier les raisons qui conduisent un patient à être inobservant pour mieux l'accompagner, sans le culpabiliser...

- **La mort par « asthme pur » existe mais est très rare.** D'autres facteurs comme les **comorbidités** sont à prendre en compte dans la compréhension des risques : tabac, obésité, reflux gastro-œsophagien, diabète mais aussi problèmes ORL ou cardio-vasculaires constituent les principales causes de comorbidités. Quelqu'un qui fait une crise d'asthme sévère et qui souffre par ailleurs de problèmes cardiaques sera naturellement plus exposé.

² La conférence de consensus de 1998 évoquait 1 500 à 2000

³ Chantal Raheison : En France, nous manquons de données précises, contrairement aux pays anglo-saxons comme la Grande Bretagne, où les chercheurs ont analysé les cas des patients décédés par asthme. Nos conclusions s'inspirent des leurs et nous avons construit des hypothèses.

PRISE EN CHARGE AUX URGENCES ET VOIES DE PROGRES

Pour prendre en charge correctement un patient asthmatique, potentiellement à risque, il faut avancer sur plusieurs fronts, en étroite coopération avec les services d'urgences et les professionnels de santé.

« Identifier » le malade à risques constitue le b.a.ba. de la prise en charge future

Tout malade qui passe aux urgences pour une crise d'asthme doit être considéré comme « à risque », sachant que la plupart du temps, il sera amené à y revenir. Il y a ensuite ceux qui font des exacerbations fréquentes ou ceux qui sont inobservants. Les repérer (aux urgences, en consultation) est essentiel pour assurer leur suivi.

Une meilleure prise en charge aux urgences : avant-pendant-après !

La prise en charge aux urgences commence dès le transport du patient qui doit être médicalisé. Cela n'est pas toujours le cas, ce qui peut s'avérer dangereux : « *il ne faut jamais tenter de venir à l'hôpital par ses propres moyens en cas de crise d'asthme sévère ou inhabituelle, ni se faire accompagner en voiture par quelqu'un de son entourage. Parce qu'une aggravation brutale en cours de route risque de se produire, et mettra en jeu le pronostic vital* ». ⁴ La crise d'asthme en effet peut être une véritable urgence vitale que les équipes médicales doivent prendre en charge immédiatement !

Une fois sur place, le patient doit recevoir un traitement adapté et repartir avec un traitement « de fond » (préventif de la rechute et de la récurrence) et des corticoïdes oraux, une prescription qui fait souvent défaut. Enfin, ce sont dans les services d'urgences que l'on doit « capter » ces patients pour ensuite les orienter vers une consultation spécialisée et un parcours de soins spécifique pour éviter qu'ils ne repartent et disparaissent une nouvelle fois des « écrans de contrôle ». Des dispositifs de suivi existent déjà dans de nombreux centres hospitaliers mais beaucoup restent à améliorer. C'est tout l'enjeu d'un travail commun que mènent les services de pneumologie avec ceux des urgences.

PREVENIR LE PASSAGE AUX URGENCES

S'il faut savoir aller aux urgences lorsque l'on est atteint d'une crise d'asthme aigu, il faut surtout faire en sorte de ne pas y revenir. Le passage aux urgences doit rester un événement exceptionnel. La prévention est en cela essentielle et doit permettre au patient de se rendre compte que la maladie dont il souffre est chronique afin qu'il se soigne sur le long terme. C'est un message important que les pneumologues voudraient que les malades et leurs médecins s'approprient.

- Eduquer le patient...

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) consiste à lui faire connaître sa maladie, ses médicaments, et le conduire à décider de se traiter préventivement. Elle a prouvé largement son efficacité dans la réduction des exacerbations, l'amélioration du contrôle de l'asthme au quotidien. Son utilisation par les médecins, y compris les pneumologues, est encore trop confidentielle et touche un nombre limité de patients. Un entretien au cours d'un séjour aux urgences avec un professionnel spécialement formé s'avère faisable en pratique et utile pour faire émerger chez le patient le désir d'en savoir plus.

⁴ Voir témoignage de Laurence M- à suivre

RETOURS D'EXPERIENCES

LE TEMOIGNAGE D'UNE MAMAN, Laurence Meyer

« Pour que cela n'arrive plus ! »

En mémoire de David, mort d'une crise d'asthme à 27 ans.....

David, que l'on surnommait Dove, est né en 1979, et décédé en 2006. Cela ne fait que 27 ans de vie, ce n'est pas beaucoup ! Comme son asthme était connu depuis longtemps, il avait avec lui l'ensemble des produits lui permettant de mener une vie normale : rugby, ski, natation, tennis, aucun sport ne lui était interdit. Avant cette journée du 5 juillet 2006, David n'avait jamais eu de crise sévère. Aucun signe particulier ce jour-là, sauf une atmosphère d'été particulièrement caniculaire, assortie d'une pollution intense. David venait de déménager et, avant de s'installer, il était revenu dans la maison familiale.

Voici l'enchaînement des faits, tels que moi, Laurence, sa mère, les ai vécus...

Ils se sont produits il y a bientôt 11 années mais ils restent aussi présents dans ma mémoire que si c'était hier. Une heure au plus s'est écoulée entre l'appel que j'ai passé à Marc, médecin ami d'enfance, et le décès de David.

Le drame s'est joué en 3 actes :

1. Appel de Laurence à Marc : « j'ai quitté la maison ce matin. David déménage et il est venu passer la nuit à la maison, il a soulevé beaucoup de vieux trucs poussiéreux et je trouve qu'il respire mal. Il a appelé SOS médecins. Peux-tu l'appeler ? »

Marc appelle David : « comment te sens-tu ? Bof, ça va, répond David (au téléphone Marc entend cependant que ça ne va pas, la voix est essoufflée). Peux-tu m'appeler quand le médecin sera là ? »

David : « Il vient de partir »

Marc : « Que t'a-t-il dit ? »

David : « D'augmenter la dose de Vento ». Marc : « OK, respire tranquillement. »

Fin du premier acte !

2. **Quelques minutes plus tard**, voyant que la situation de David se dégradait, Marc comprend que le diagnostic d'asthme aigu grave semble plus que probable.

Marc appelle immédiatement Laurence : « c'est urgent, cela ressemble bien à un asthme aigu grave, il faut aller aux urgences immédiatement. L'hôpital est à 10 mn de chez toi. »

Laurence : « OK je fonce à la maison pour l'emmener aux urgences »

Fin du 2ème acte : perte de temps et décision non adaptée : la seule chose à faire aurait dû être d'appeler le SAMU

3. Laurence subit des embouteillages pour aller chercher David, perte de 30 mn au moins avant d'arriver à la maison, l'état clinique s'est aggravé, David monte dans la voiture et nous fonçons vers l'hôpital. Sur le trajet, en passant devant les pompiers, je décide un arrêt en urgence car la respiration devient de plus en plus difficile : mais les pompiers sont dans l'incapacité de prodiguer les soins car il n'y a pas de réanimateur chez eux ni de matériel. Appel au SAMU qui arrive une quinzaine de minutes plus tard : c'est trop tard, irrémédiablement trop tard.

Fin du 3ème acte.

Chacun, en lisant ces lignes, comprend l'enclenchement de la tragédie qui se noue. A posteriori, c'est à chaque acte que l'on a envie de hurler stop ! Rembobinez ! Si on avait fait entrer le SAMU au premier acte, voire au 2ème acte, peut être que l'issue aurait été différente ?

Vous qui lisez ces lignes retenez bien ceci : la crise d'asthme sévère est une urgence vitale ; Tout retard de traitement majore le risque de décès de minutes en minutes.

C'est en mémoire de David que j'ai décidé de créer l'association Dove United, association qui lui permet d'être toujours présent dans nos cœurs, et de générer des fonds pour en aider d'autres.



Laurence /Marc

Son combat aujourd'hui

Depuis la disparition de son fils, Laurence Meyer ne cesse de poursuivre son combat : sauver le plus de vies possibles en parvenant à toucher les 4 millions d'asthmatiques en France, ainsi que leurs proches. « *Je ne pouvais pas rester les bras ballants !* dit celle qui ne cesse de répéter que « *cette pathologie ne doit pas être prise à la légère et peut être extrêmement grave avec des conséquences douloureuses* ».

Le thème « Asthme et Urgences » retenu cette année pour la journée mondiale et la semaine de l'asthme résonne avec une intensité particulière pour elle qui n'a justement pas pu les atteindre, victime d'un engrenage à l'issue fatale: mauvais diagnostic, retard au traitement, prise en charge personnelle pour atteindre les urgences, arrivée à la caserne des pompiers non équipée pour parer à la crise d'asthme aigu grave.

« Le fait que les urgentistes s'associent cette année aux pneumologues est extrêmement encourageant car cela montre que les choses avancent » déclare Laurence Meyer qui martèle ce qui relève de l'évidence : **« les appels au 15 émis par des personnes atteintes de crise d'asthme doivent être des priorités ! »**

LE POINT DE VUE DES EXPERTS

Entretien le Dr Gilles MANGIAPAN ,

PNEUMOLOGUE au CHIR de Créteil - Auteur d'un rapport SPLF sur Asthme et Urgences

Reconnaitre, traiter, prévenir... une crise d'asthme

Pour bien appréhender dans son ensemble (pendant-avant-après l'épisode) une crise d'asthme aiguë, il faut prendre en compte plusieurs paramètres dont la plupart ont été décrits dans les études Asur 1⁵ et 2⁶, de Sergio Salmeron et qui font toujours référence en la matière.

- **Reconnaitre sa gravité**

A quel moment doit-on s'inquiéter, quand et comment doit-on traiter ? Ces éléments-là constituent les fondamentaux des recommandations connues par l'ensemble des professionnels de santé. Celles-ci ont fait l'objet de conférences de consensus, la dernière en date, qui fait toujours référence, **est celle de 1988**.⁷

- **La traiter correctement**

« *Cela semble une évidence mais 40% des asthmatiques qui passent aux urgences ne reçoivent pas de corticoïdes alors que ce devrait être le cas pour 100% d'entre eux ! La plupart du temps, soit la sévérité de l'asthme n'est pas reconnue soit on a peur d'administrer des corticoïdes en cas de pathologies infectieuses associées* ». **C'est ce qui ressort de l'étude ASur₁**, qui démontre qu'une grande partie de patients arrive dans les services d'urgences avec une crise, peut-être sévère et repartent sans traitement (20% sans traitements, 34% sans corticoïdes inhalés-cf ASur₂). «

- **La prévenir**

Si les progrès réalisés dans la prise en charge de la maladie permettent de la traiter correctement dans les services d'urgence, la question qui se pose désormais est celle de la prévention. **Une crise d'asthme est l'expression aiguë** d'une maladie chronique qui implique une prise en charge adaptée, dans la durée. Cela suppose **la mise en place d'un suivi dès la sortie des urgences qui oriente le patient vers une consultation spécialisée**. Faute de dispositif opérationnel entre les services d'urgence et la pneumologie (absence de relais, délais de rendez-vous – voire aucun rendez-vous- avec un spécialiste), ce n'est que rarement le cas. Or c'est fondamental pour éviter la récurrence.

⁵ Etude Asur 1 - S. Salmeron- « Asthme Urgences »-réalisée entre avril 1997 et mars 1998- Publication dans « The lancet » - 25 Aout 2001- 358(9282) :629-35).

⁶ Etude Asur 2- "Application des critères d'hospitalisation de l'asthme aigu »- Vers une standardisation de la prise en charge de l'asthme aigu aux urgences-2005

⁷ Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte, 3e conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence, octobre 1988 - Gajdos, Reanim Urg 1989 ;5 :25-31), révisée en 2002 : L'Her réanimation2002 ;11 :1-9 .

Sans traitement, sans suivi, le patient asthmatique verra sa situation s'aggraver : 30% des patients qui sortent des urgences voient leur situation se dégrader le mois d'après et la plupart d'entre eux y reviendront.

« Si des progrès ont été accomplis – avant, il ne se passait pas un jour sans que ne se présente aux urgences un malade atteint d'une crise d'asthme et les cas sévères relevant d'urgence vitale étaient fréquents. Il faut poursuivre nos efforts pour que ceux qui arrivent aux urgences soient bien identifiés et traités comme il faut ».

Entretien le Pr Thibault DESMETTRE

MEDECIN URGENTISTE au CHU de Besançon - Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Le patient est au cœur de nos préoccupations. Notre objectif est faire en sorte que **chaque patient pris en charge** - au téléphone, en pré-hospitalier, en régulation du centre 15 ou dans le temps de transfert vers un hôpital, ou vers un cabinet médical- **bénéficie d'une prise en charge spécifique** la plus aboutie possible.

« On ne peut que constater les réels progrès effectués sur la prise en charge au long cours »

Dépasser le cadre de l'urgence

Si les urgentistes sont là pour soulager une crise, ils se projettent aussi dans ce qui va se passer après le passage du patient dans leur service. **« C'est là où réside notre valeur ajoutée et c'est un point fondamental pour les urgences ».**

Ceci implique de se poser les bonnes questions pour comprendre ce qui a conduit le patient à venir aux urgences : « Pourquoi est-il arrivé là ? N'y a-t-il pas un « loupé » dans son parcours médical... ? Est-ce que ce patient a anticipé sa crise, ou pas ? Etais-ce inéluctable ? Avait-il un plan thérapeutique ou fait-il partie de ceux qui échappent aux parcours de soins ?

Intégrer le patient dans la bonne filière de soins

Le rôle de l'urgentiste est d'aller au-delà de la simple prise en charge pour soulager ponctuellement le patient en l'orientant dans le bon parcours de soin afin qu'il puisse bénéficier de l'attention des bonnes personnes.

Au-delà de la question de l'organisation au sein même du service se pose celle de la coordination entre les différentes disciplines, en fonction de la pathologie concernée et de l'intégration du patient dans le parcours de soins, incluant l'éducation thérapeutique.

Garder un regard positif sur le chemin accompli

Des progrès ont cependant été effectués dans la prise en charge au long cours .

« En 25 ans, j'ai vu évoluer les choses. Avant il y avait de nombreux patients asthmatiques en réanimation, une population en situation gravissime mais on accueille désormais moins de gens en état de crise d'asthme aiguë grave. Leur nombre a diminué car on a commencé ce formidable travail de suivi avec les pneumologues ! »

Il reste quand même une centaine de patients qui meurt à domicile pour asthme et que l'on n'arrive pas à contrôler : ce sont souvent des sujets jeunes qui méconnaissent leur maladie et qui restent en dehors des filières de prise en charge.

Jusqu'où aller ?

Une des grandes questions pour les services d'urgence est de savoir jusqu'où aller dans le suivi du patient. Est-ce ce que l'urgentiste est bien dans son rôle quand il parle d'éducation thérapeutique ?

La réponse se trouve dans le projet ERASME qui met en synergie les expertises respectives des urgentistes et des pneumologues, pour le bénéfice du patient.

ERASME

L'étude qui propose des solutions concrètes de suivi entre les services d'urgences, les pneumologues et les professionnels de santé

(Echanges croisés entre les différents experts intervenant sur ce dossier)

Urgentistes et pneumologues partagent ce double constat : un patient qui vient aux urgences, victime d'une crise d'asthme ne doit pas être seulement traité. Il doit avoir accès à une consultation spécialisée et être intégré dans un parcours de soin.

L'enjeu ? Faire de la prévention pour éviter la récurrence !

Pour réfléchir aux pistes de progrès, la Société française de médecine d'urgence, en liaison avec la Société de pneumologie de langue française et la Fédération française de pneumologie s'est mobilisée autour d'un projet commun : ERASME.

Cette étude multicentrique nationale a suivi 320 patients, sur une période de 10 mois allant de septembre 2016 à Juin 2017, dans 28 centres en France (CHU -CHR)

Le principe

Dès le service des urgences, des patients préalablement identifiés ont été soumis à un questionnaire détaillé pour vérifier la manière dont ils géraient- ou pas- leur asthme et se sont vus proposer un suivi téléphonique dont ils ont bénéficié pendant 6 mois.

Le comité scientifique, composé d'urgentistes et de pneumologues, s'est fait pour cela assister d'une société spécialisée dans le rappel téléphonique des malades.

Les appels étaient initiés par des infirmières dédiées et formées, qui délivraient aux patients des conseils de gestion de leur maladie, au quotidien.

Elles ont rappelé les patients sur le tempo suivant : à J+15 jours, J+ 30 jours (1mois), J+90 jours (3 mois), J+180 jours (6mois)

Les enseignements de l'étude :

L'étude, **dont les résultats vont être publiés prochainement**, a permis d'observer que le taux de reconsultation aux urgences des patients asthmatiques était **inférieur à 10%** en 6 mois et qu'ils reconsultaient leur généraliste ou leur pneumologue dans 75% des cas. Ils ont pu faire part de leur grande satisfaction quant au suivi téléphonique et aux conseils prodigués.

Les orientations concrètes

- **La mise en place d'une consultation spécialisée**

Quelle que soit l'heure à laquelle le patient sort des urgences, le patient doit les quitter avec en main une date de rendez-vous en consultation de pneumologie dans les meilleurs délais. Des créneaux disponibles doivent lui être proposés, que ce soit à l'Hôpital ou en structure privée. **L'essentiel étant que les patients puissent être revus dans un circuit pneumologique intégré.**

Le principe existe dans certains hôpitaux, il suffit de les réactiver sinon de les mettre en place

- **L'éducation thérapeutique**

La plupart du temps, le malade est inobservant et n'utilise pas son traitement de manière correcte, voire l'oublie. L'éducation thérapeutique va aider le patient atteint d'asthme à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec la maladie chronique.

Il va également apprendre à reconnaître les signes de gravité d'une crise et à la gérer en attendant les secours sans attendre de se trouver dans une situation extrême, parce qu'il aura laissé trainer les choses.

- **La mise en œuvre d'un dispositif opérationnel**

L'étude s'est appuyée sur des centres hospitaliers où des dispositifs de communication entre services d'urgences et consultations spécialisées préexistaient et se déroulaient dans de bonnes conditions.

La prochaine étape est d'envisager la manière de poursuivre dans cette voie en réactivant des initiatives ou en initiant de nouvelles pistes en termes de suivi spécialisé incluant l'éducation thérapeutique.

L'objectif est de mettre en place un véritable réseau de professionnels : médecins généralistes-urgentistes et pneumologues, personnels d'éducation thérapeutique – et de sensibiliser les patients à ces nouvelles possibilités de prise en charge pérennes. « *Plus généralement, il convient d'appliquer des recommandations qui existent depuis... des années !* » souligne le Dr Mangiapan.

L'enjeu ? Une adhésion collective à un projet d'envergure nationale permettant à chaque discipline de ne pas travailler isolément mais en synergie d'expertises, dans l'intérêt du patient.

Cette voie de progrès va dans le sens plus global d'une politique de prévention qui s'intègre parfaitement dans les politiques de santé publique⁸.

⁸ <http://solidarites-sante.gouv.fr> : 25 mesures phares en matière de prévention pour la santé, annoncées le 26 mars 2018

EDUCATION THERAPEUTIQUE : Gérer son asthme au quotidien et éviter la récurrence

L'exemple du CHU de Tours, pionnier dans la mise en œuvre de passerelles pour le suivi des patients asthmatiques

Entretien avec le Docteur Jean-Philippe Maffre

Pneumologue libéral à Tours, Président de l'Espace du Souffle, Fondation du Souffle Val de Loire

S'il est un exemple concret de bonne pratique dans la prise en charge d'un patient asthmatique aux urgences et de son suivi en consultation spécialisée, via l'éducation thérapeutique, c'est bien celui du CHU de Tours et du lien avéré qui s'est créé avec l'école de l'asthme, elle-même intégrée à l'espace du souffle.

Jean-Philippe Maffre fait figure de pionnier dans la profession. Un succès qu'il partage avec son homologue du service des Urgences, Véronique Derogis, sans laquelle explique-t-il, « *rien ne serait possible* » !

Ici, on applique depuis longtemps les principes dictés par le projet Erasme : Entretien très élaboré de 1 heure avec un patient, avant sa sortie des urgences via un questionnaire ad hoc et compréhension de la problématique personnelle du patient. « *Un élément essentiel pour l'efficacité du traitement* », explique le pneumologue. A l'issue de cet échange, le patient est suivi, orienté vers l'école de l'asthme où il bénéficiera de plusieurs séances d'éducation thérapeutique, associant différentes disciplines : kiné, psy, diététiciens... L'enjeu, c'est de permettre au patient de devenir autonome et de se responsabiliser. « Il ne doit pas rester passif mais bien être acteur de sa maladie. Cela suppose une évolution des mentalités ! ».

Les raisons de ce succès

Rien n'arrive par hasard et si ce lien entre les services d'urgences et de pneumologie existe, il est dû à un investissement majeur de ses acteurs. Pour convaincre les malades de suivre un parcours personnalisé, il faut les appeler ! La directrice de l'école de l'asthme consacre une partie de son temps à effectuer un suivi téléphonique pour s'assurer de leur implication.

Ensuite, « les soignants sont là pour soigner » ! Pour Jean-Philippe Maffre, « *on est loin des solutions impersonnelles de l'ordonnance remise sans explications ou de l'appli smartphone et de ses algorithmes* ».

Enfin, l'ensemble des professionnels de santé sont mobilisés. Deux fois par an, médecins et infirmières font leur retour d'expérience. Confortées dans leur démarche, ces dernières sont devenues des expertes reconnues dans l'accompagnement des malades asthmatiques.

Cet investissement global se traduit par une augmentation de la fréquentation de l'école de l'asthme, qui enregistre une croissance à 2 chiffres. Les 2/3 des patients de l'école de l'asthme sortent des urgences, ce qui n'était pas le cas auparavant ou nombre de personnes venant dans les locaux n'étaient pas celles qui étaient directement concernées. « *Nous avons même réussi à sensibiliser les populations difficiles, les plus défavorisées, qui ont généralement le plus besoin de soins* ».

Les limites de l'exercice

Elles sont de deux ordres : économiques, d'une part : Il est évident que tout ce dispositif a un coût et que l'équilibre budgétaire est loin d'être trouvé. Il faut par ailleurs travailler au changement des mentalités dans la prise en charge de la maladie. Le patient ne doit plus la subir mais bien en être acteur ! La route est encore longue !

EN PRATIQUE

Des dispositifs d'aide aux patients asthmatiques

Pour bien utiliser son inhalateur

Il est essentiel pour les patients d'apprendre à utiliser correctement leur(s) inhalateur(s). Leur mauvaise utilisation est en effet une cause majeure de leur inefficacité dans le traitement de l'asthme : plus de 50% des patients font au moins une erreur d'utilisation de leur inhalateur et 10% une erreur grave ! , plus d'un quart des patients ne reçoivent pas de formation à leur utilisation...

- **Zéphir, un outil pour l'éducation thérapeutique à destination des professionnels de santé**

Le guide Zéphir est un outil pour l'éducation thérapeutique à destination des professionnels de santé. Il s'agit d'un annuaire des différents types de dispositifs classé par indications, classes thérapeutiques, DCI et enrichi de vidéos de démonstration de l'utilisation des traitements inhalés de l'asthme, **réalisées sous l'égide de la SPLF ;**

<https://splf.fr/videos-zephir/>

- **Forminhal,**

A l'initiative du Professeur Mathieu Molimard (service de pharmacologie Médicale du CHU de Bordeaux-Université de Bordeaux-Inserm CR12219), **des vidéos démonstrations à l'usage des patients sont disponibles sur le site <http://forminhal.formedoc.org/>.**

Où trouver Les écoles de l'asthme ?

Les écoles de l'asthme ont été créées par **l'Association Asthme & Allergies pour aider les malades via l'éducation thérapeutique. Elles ont obtenu l'agrément des autorités de santé (ARS).**

A ce jour, on compte 98 écoles de l'asthme, réparties sur le territoire français (métropole et DOM-TOM). Dans chacune d'elle, des outils d'éducation permettent aux éducateurs (infirmiers(ères), psychologues, kinésithérapeutes...) de proposer des approches pédagogiques et ludiques adaptées à des modules en groupes ou à des séances individuelles.

www.asthme-allergies.org

Informer, conseiller, orienter le patient asthmatique

- **Sophia, le service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance Maladie**

Le service Sophia aide les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications.

En relais des recommandations du médecin traitant, il propose **un soutien, des informations et des conseils personnalisés**, adaptés à la situation et aux besoins de chacun. Il permet aussi les partages d'expérience des patients et des professionnels de santé.

Il suffit de s'inscrire pour bénéficier de l'accompagnement spécialisé : **www.ameli.fr**



Une application mobile

Pour rappeler aux asthmatiques les mesures à prendre en cas d'urgence et les 5 règles à suivre, Laurence Meyer a développé une carte ainsi qu'une application mobile « Asthme agir » qui va prochainement s'enrichir du référencement et de la géolocalisation des centres d'urgence sur le territoire. Un outil particulièrement utile pour les adolescents asthmatiques, à l'aise avec les nouvelles technologies mais la plupart du temps inobservants, ce qui les classe dans les catégories à risque !

#Asthmeagir sur l'Appstore et Googleplay

Une association pour aider la recherche médicale



Dans la suite logique de de son engagement, Laurence Meyer a créé l'association, DOVE United, une association de bénévoles, à but non lucratif, régie par la loi de 1901, dont les principaux objectifs sont de rechercher et de lever des fonds pour financer des projets dans la recherche médicale.

Pour poursuivre ses missions, l'association fait appel aux bonnes volontés !
Association Dove United – 12, rue Sevin Vincent, 92110 Saint-Cloud