

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2013

n°

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**AL DANDACHI Ghanima**  
Née le 20 Novembre 1981 à Paris XIème

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2013*

\_\_\_\_\_

**FAISABILITÉ D'UN PROTOCOLE DE SUIVI DES  
PATIENTS ASTHMATIQUES SORTANT DES URGENCES  
APRÈS UNE CRISE**

Président de thèse : Professeur Patrick PLAISANCE

Directeur de thèse : Docteur Jennifer TRUCHOT

**DES Médecine Générale**



Année 2013

n°

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**AL DANDACHI Ghanima**  
Née le 20 Novembre 1981 à Paris XIème

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2013*

\_\_\_\_\_

**FAISABILITÉ D'UN PROTOCOLE DE SUIVI DES  
PATIENTS ASTHMATIQUES SORTANT DES URGENCES  
APRÈS UNE CRISE**

Président de thèse : Professeur Patrick PLAISANCE

Directeur de thèse : Docteur Jennifer TRUCHOT

**DES Médecine Générale**

**A mon Maître et Président de Thèse**

**Monsieur le Professeur Patrick Plaisance**

Professeur de Médecine d'Urgences et d'Anesthésie – Réanimation

Service des Urgences

Centre Hospitalier Universitaire Lariboisière (Université Paris 7)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Vous m'avez transmis votre savoir et l'envie de devenir urgentiste.

Vous m'avez appris à travailler dans le respect de l'autre mais aussi de moi-même.

Vous m'avez accordé votre confiance et j'espère ne jamais vous décevoir.

Pour toutes ces raisons et bien d'autres, je vous prie de bien vouloir trouver ici l'expression de mon profond respect.

**A mon Maître et Directeur de Thèse**

**Madame le Docteur Jennifer Truchot**

Praticien Hospitalier Contractuel

Service des Urgences

Centre Hospitalier Universitaire Lariboisière (Université Paris 7)

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail, malgré toutes tes obligations.

Je te remercie de ton encadrement et de tes enseignements.

Permetts-moi de t'exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude.

**A mes Maîtres et Juges**

**Monsieur le Professeur Bertrand Renaud**

Professeur d'Anesthésie – Réanimation

Service des Urgences

Centre Hospitalier Universitaire Cochin- Hôtel-Dieu, Paris

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

**Monsieur le Professeur Philippe Juvin**

Professeur d'Anesthésie – Réanimation

Service des Urgences

Centre Hospitalier Universitaire Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Veillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

A l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service des Urgences de Lariboisière. J'hâte de revenir à la maison, vous me manquez ! Une mention spéciale pour Bertrand, Nora, Johana, Saïd. Vous êtes là depuis mes balbutiements, vous avez vu mes premiers pas et vous m'avez aidé à me relever de mes chutes. Merci pour votre savoir et votre présence. Une pensée très forte pour Abdheramane, Agathe, Albéric, Cécile, Céline, Kamal, Karima, Myriam, Nicolas, et tous les autres ....

A Fatima, mon Gimini criquet, merci pour votre aide si précieuse depuis toutes ces années.

Aux équipes que j'ai rencontrées et qui m'ont tant appris : le CTB, la gériatrie, la pneumo... à tout jamais vous êtes gravés dans ma mémoire.

Au Docteur Philippe Denoyelle. Rien ne me prédisposait à aimer la médecine de ville, ça c'était sans compter sur vous ! Merci de m'avoir fait découvrir un art si différent, mais tout aussi passionnant. Vous êtes mon maître de la médecine générale.

Au Docteur Thierry Mazars. Merci d'avoir été un tuteur si compréhensif et patient. Vous avez toujours su m'écouter et m'encadrer au cours de mon long DES.

Au SMUR de Lariboisière, qui m'a « élevé » et m'a vu grandir. Merci pour vos enseignements.

A mes co-externes avec qui je me suis bien marrée.

A mes co-internes qui m'ont rendue la vie douce pendant mes différents stages.

A tous ceux qui m'ont formée.



A toi ma maman. La plus courageuse des personnes que je connaisse, tu es une guerrière, merci de t'être battue pour nous. Tu es ma lumière, mon souffle. Merci de m'avoir tant soutenue mon autre, sans toi je n'en serais pas là. Je t'aime.

Mamie, soutien indéfectible malgré les étapes de la vie. Merci pour ce que tu es, ne change pas, reste pour toujours à côté de moi ! Les gardes me semblent si douces avec tes gâteaux! Je t'aime.

Quentin, mon amour, il n'existe pas de mot assez fort pour te remercier d'avoir tant supporté depuis ces longues années. Ca y est, on y est et VDM.com s'est terminé! Ma moitié, je t'aime.

Maiwenn, le plus beau cadeau que la vie m'ait offert, tu illumines chaque jour ma vie. Merci d'avoir permis à ta maman de travailler si dur. Je t'aime.

Sylvie, super belle maman, merci pour ta présence et ton soutien malgré les kilomètres.

A la famille Dalcq-Lucien-Rosset, car même si nous sommes si différents nous sommes du même sang.

A Pénélope, Luna, Ludwig, Cerise, MiniPouss et Pepsie.

A Grand-Pas. Tu me manques tellement. J'espère que tu es fier de là haut. Grand mamie aussi.

Jojo et Loïc. Merci jojo depuis toutes ces années d'avoir partagé le pire, le meilleur, le drôle, le triste. Longue vie à nous tous et à vos 9 futurs enfants !

Julie et Zélie. Mes amies de toujours, envers et contre tous, merci d'accepter ce que je suis sans jamais m'en vouloir. Une pour toutes, toutes pour une ! Merci Julie d'avoir transformé tableau en chiffre!

Elise, pourquoi tu pars maintenant que j'ai fini ?

Judith j'suis la dernière mais ça y est, c'est fait, on va boire un coup ?

A Tho, Gabriel, Alexis et Thomas. Deux P1 et 14 ans plus tard, tous différents mais tous ensemble... c'est bon de vous savoir toujours là.

A Héloïse et Eric, pour votre bonne humeur constante.

A Ciloul, à ce M2 que je n'oublierai jamais souricette !

A Méli-Mélo, Aldine et Juju merci d'avoir gardé le contact 20 ans après !

## Liste des abréviations

ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CépiDC	: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CV	: Capacité Vitale
DEP	: Débit Expiratoire de Pointe
EFR	: Explorations Fonctionnelles Respiratoires
FeNO	: Fraction Expirée de Monoxyde d'Azote
GINA	: Global Initiative for Asthma
IgE	: Immunoglobuline E
IOA	: Infirmière Organisatrice de l'Accueil
NO	: Monoxyde d'Azote
O <sub>2</sub>	: Dioxygène
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SAUV	: Salle d'Accueil des Urgences Vitales
TVO	: Trouble Ventilatoire Obstructif
UHU	: Unité d'Hospitalisation des Urgences
VEMS	: Volume Expiratoire Maximale à une Seconde

## Table des matières

<b>I. Introduction</b>	14
A. L'asthme : enjeu de santé publique	14
1. Enjeu épidémiologique	14
2. Enjeu économique	15
B. Définition	16
1. Physiopathologique	16
2. Diagnostic clinique	17
3. Diagnostic paraclinique	18
C. Prise en charge	19
1. Relation médecin-malade	19
2. Gestion des facteurs de risques	21
3. Traitement de fond	21
a. Contrôle de l'asthme	21
b. Adaptation thérapeutique	23
4. Traitement de la crise	26
a. Définition de l'exacerbation	26
b. Prise en charge thérapeutique	27
D. Rechute	28
E. Lien Hôpital- Ville	30
F. Hypothèse de travail et objectifs	32
<b>II. Matériel et méthodes</b>	33
A. Lieu et durée de l'étude	33
B. Population	34
1. Critère d'inclusion	34
2. Critères de non inclusion	34
C. Déroulement de l'étude	34
D. Critères de jugement	36
1. Critère de jugement principal	36
	12

2. Critères de jugement secondaires	37
E. Statistiques	37
<b>III. Résultats</b>	38
A. Données démographiques	38
B. Consultation	38
C. Clarté du protocole	39
D. Autres paramètres de faisabilité du protocole	39
E. Observance	40
F. Rechute	40
<b>IV. Discussion</b>	41
A. Interprétation des résultats	41
B. Limites de l'étude	43
<b>V. Conclusion</b>	45
<b>Bibliographie</b>	46
<b>Annexes</b>	49
Annexe 1. Ordonnance de sortie standardisée	49
Annexe 2. Conseils de sortie standardisés	50
Annexe 3. Lettre au médecin traitant	51
Annexe 4. Fiche d'inclusion et de renseignements	52
Annexe 5. Formulaire d'information pour le patient participant au protocole de recherche	53

## **I. INTRODUCTION**

Avec 300 millions d'asthmatiques dans le monde, l'asthme reste plus que jamais un enjeu de santé publique (1).

Si la prise en charge aux Urgences est actuellement bien codifiée, il n'en reste pas moins qu'un tiers des patients s'y présentant pour une crise rechutera dans le mois qui suit (2). Parmi les facteurs de risque de rechute, on retrouve l'absence de lien entre l'hôpital et la ville.

Il semble exister une zone grise entre le passage aux Urgences et la rechute précoce sur laquelle le médecin urgentiste et le médecin traitant ont pour mission d'intervenir. Les moyens pouvant ainsi réduire les rechutes sont nombreux : une éducation thérapeutique, une information claire, un lien entre l'hôpital et la ville ainsi que des recommandations strictes de sortie.

L'hypothèse générale de notre étude est que l'optimisation du lien hôpital-ville par la réalisation d'un protocole de suivi standardisé, à la sortie des Urgences, permettrait une diminution du taux de rechute à un mois.

L'objectif principal de ce travail a été de vérifier la faisabilité d'un protocole de suivi standardisé des patients asthmatiques à la sortie des Urgences dans les suites d'une décompensation aiguë.

### A. L'asthme : enjeu de santé publique

#### 1. Enjeu épidémiologique

Dans les années 2000, selon l'OMS, l'asthme touchait 300 millions de personnes dans le monde dont 30 millions en Europe et 3,5 millions en France. Cette pathologie concernait pour un tiers les enfants. Sa prévalence

actuelle, en France, est estimée entre 6 et 7% (1) et semble en constante augmentation (3, 4).

Les patients asthmatiques ont plus de comorbidités, ce qui augmente leur risque vital. Les exacerbations sont toutes potentiellement graves, quelque soit le stade de sévérité de la maladie (3).

La mortalité par asthme représente 250 000 décès par an dans le monde, dont 925 en 2010 en France (données CépiDC) (5). Ceux-ci seraient le plus souvent évitables (6). On observe tout de même une diminution globale de la mortalité depuis les années 90 pouvant être liée à l'impact des recommandations internationales, des programmes nationaux et l'amélioration des traitements (6, 7).

## 2. Enjeu économique

Le coût de l'asthme s'exprime en termes de coûts directs (totalité des dépenses médicales) et de coûts indirects (pertes de productivité liées aux arrêts de travail). En moyenne annuelle, la dépense de soins ambulatoires par patient asthmatique d'Ile de France âgé 10 à 44 ans, tous stades de sévérité confondus, était de 1190 euros en 2000. De plus, le coût de la prise en charge de l'asthme augmente avec le niveau de sévérité de la maladie, les consommations médicales liées à un asthme sévère représentant un montant de 5 à 10 fois supérieur à celui d'un asthme intermittent (8).

En 2001, l'asthme représentait 1,5 milliards d'euros en France, en termes de dépenses médicales et sociétales. Le remboursement des antiasthmatiques à eux seuls représentait 970 millions d'euros en 2007 (contre 608 millions d'euros en 2000), la moitié concernant des associations fixes. Devant cette sur-prescription d'association corticoïdes inhalés + bêta-2 mimétiques de longue durée d'action et la sous-prescription des corticoïdes inhalés seuls (un

tiers des patients traités régulièrement n'ont pas de corticoïdes inhalés en traitement de fond), l'Assurance maladie a lancé un programme d'accompagnement des patients et des professionnels de santé. Ce programme consiste à inciter les patients à mieux évaluer leur maladie et à rencontrer les médecins afin de promouvoir les bonnes pratiques et le respect des recommandations (9).

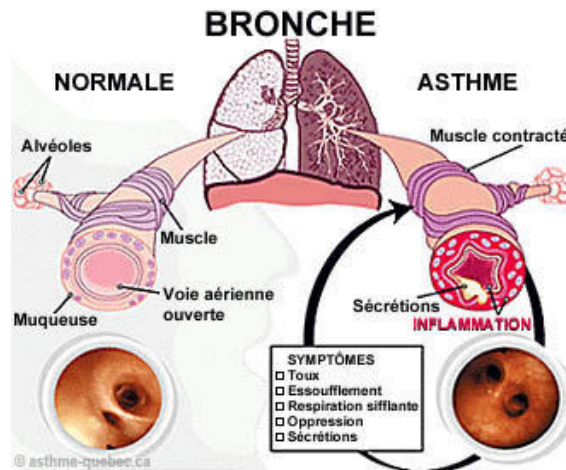
Une prise en charge thérapeutique optimale permettrait de réduire le nombre de passages aux Urgences et d'hospitalisations et de diminuer les coûts de santé publique (10). Pour se faire, une bonne compréhension de la physiopathologie de l'asthme et de son traitement, qu'il soit de fond ou de la crise, est indispensable.

## B. Définition

### 1. Physiopathologique

L'asthme est « une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes dans lesquelles de nombreuses cellules et éléments cellulaires jouent un rôle. L'inflammation chronique est associée à une hyperréactivité bronchique qui mène à des épisodes récurrents de sifflements, difficultés respiratoires, oppression thoracique, toux, particulièrement la nuit ou au petit matin. Ces épisodes sont habituellement associés à une obstruction des voies aériennes souvent réversible spontanément ou après traitements » (11).





**Figure 1.** Comparaison entre une bronche normale et une bronche de patient asthmatique (<http://fr.maieutapedia.org/picture/asthme1290456455.jpg>) (12)

On retrouve dans cette définition le trépied physiopathologique de l’asthme qui repose sur :

- l’inflammation bronchique chronique (interventions cellulaires des mastocytes, éosinophiles et lymphocytes)
- la production de mucus avec une obstruction bronchique réversible
- l’hyperréactivité bronchique à des stimulations variées

Cette inflammation chronique se traduit par une symptomatologie du patient asthmatique qui peut être plus ou moins typique et nécessite d’être objectivée par des examens complémentaires, permettant de confirmer le diagnostic d’asthme (13).

## 2. Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique d’asthme est suggéré par des symptômes tels que les épisodes de gêne respiratoire avec sifflements récurrents, une toux à prédominance nocturne, une sensation d’oppression thoracique. Ceci est

d'autant plus vrai si cela survient après une exposition à un allergène, si les symptômes varient avec les saisons ou s'il existe une histoire familiale d'atopie (11, 14).

Le diagnostic d'asthme peut être évoqué devant une symptomatologie typique, il est néanmoins nécessaire de conforter le diagnostic clinique par des examens complémentaires (11).

### 3. Diagnostic paraclinique

Les Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR) montrent :

- un trouble ventilatoire obstructif (TVO) c'est-à-dire un rapport de Tiffeneau (VEMS/CV)  $< 0,75-0,8$  ou un rapport inférieur à la limite inférieure de la normale (15).
- ce TVO est réversible après administration de bêta-2 mimétiques de courte durée d'action, c'est-à-dire qu'on observe une augmentation de 12% ou de 200 ml du VEMS (15).

La recherche d'une hyperréactivité bronchique par un test à la méthacholine doit être réalisée si le patient présente des symptômes d'asthme sans TVO retrouvé aux EFR (13).

L'augmentation de la fraction expirée de monoxyde d'azote (FeNO), témoigne d'une inflammation locale qui conduit à la production de NO par les cellules épithéliales et peut être un témoin de la maladie asthmatique (16).

La recherche d'une hyperéosinophilie dans les expectorations induites, comme un biomarqueur de l'inflammation des voies aériennes, peut être également envisagée à visée diagnostique (17), mais est peu réalisée en pratique courante.

Le statut allergique, par des tests cutanés et/ou le dosage des Ig E, bien que non spécifique dans le diagnostic d'asthme, reste intéressant.

Dès lors que le diagnostic d'asthme est posé, il est essentiel de savoir que la prise en charge du patient asthmatique s'articule autour de quatre composants majeurs (18) :

- le développement de la relation médecin-patient
- l'identification et la réduction de l'exposition aux facteurs de risque
- l'évaluation, le traitement et la surveillance de l'asthme
- la gestion des exacerbations

## C. Prise en charge

### 1. Relation médecin-malade

L'éducation est une part intégrante de l'interaction médecin-patient qui peut se développer selon différentes méthodes : discussion avec le médecin ou une infirmière spécialisée, atelier de travail (école de l'asthme) mais aussi support écrit. L'éducation thérapeutique est l'élément déterminant de la qualité des mesures d'auto-gestion de la maladie.

De nombreuses études ont montré l'intérêt des plans d'autogestion de la maladie asthmatique. Ces plans permettent au malade de modifier son traitement de façon indépendante, en fonction du niveau de contrôle de sa maladie, authentifié par les symptômes et la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP). Ces mesures sont d'autant plus efficaces si elles font partie d'un plan écrit.

**Votre asthme est-il bien maîtrisé?**

	<b>OUI</b> Vo souvent	<b>NON</b> Toux, respiration sifflante, essoufflement, sensations de poitrine, symptômes de stress, de la grippe ou d'allergie	<b>PAS DU TOUT</b> Essoufflement lorsqu'on prend la marche ou l'exercice
1. Symptômes diurnes	RAREMENT Moins de 4 jours/semaine	RÉGULIÈREMENT Plus de 3 jours/semaine	FREQUÈMENT Tous les jours
2. Symptômes nocturnes	AUCUN	Quelques nuits	Plusieurs nuits
3. Prise de médicament de soulagement rapide	Moins de 4 fois/semaine (incluant une dose par jour avant l'exercice)	4 fois par semaine ou plus ce soulagement qui ne dure plus aussi longtemps (incluant une dose par jour avant l'exercice)	Soulagement durant moins de 2 heures
4. Activité physique	Normale	Limitée	Difficulté à marcher ou à parler
5. Facilité / débit expiratoire de pointe	DEP égal ou supérieur à _____	DEP entre _____ et _____	DEP entre _____ et _____

**Que faire?**

Section à remplir avec votre médecin

CONTINUEZ À PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT RÉGULIÈREMENT			AJUSTEZ VOTRE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX*			MESURE D'URGENCE*		
Médicament (nom, couleur)	Dose	Fois/jour	<input type="checkbox"/> Ajouter _____ à la dose de _____ inhalations/comprimés _____ fois par jour pendant _____ jours.			<b>Rendez-vous au service des urgences le plus proche</b>  <b>En attendant les soins médicaux, continuez à prendre votre médicament de soulagement rapide.</b>		
Ne réduisez pas la quantité de médicament que vous prenez habituellement et n'interrompez pas votre traitement sans en parler avec votre médecin.			<input type="checkbox"/> Ajustez la dose de _____ à _____ inhalations/comprimés _____ fois par jour pendant _____ jours.					
<input type="checkbox"/> On n'a jamais connu utiliser mon dispositif d'inhalation.			<input type="checkbox"/> Autres instructions : _____			<input type="checkbox"/> Veuillez contacter _____ si vous ne vous sentez pas mieux dans _____ jours.		

\* Ce plan d'action a pour but de compléter les renseignements que vous a fournis votre médecin. Veuillez le remplir avec l'aide de ce dernier. Ce document n'est pas censé servir à remplacer les soins médicaux que vous recevez habituellement pour votre asthme.

**Figure 2.** Exemple de plan d'autogestion d'un patient asthmatique (<http://www.aplca.com/article142.html>)

Une revue du groupe Cochrane (19) s'est focalisée sur l'intérêt potentiel de ces programmes d'auto-éducation et des consultations régulières des patients asthmatiques chez leur médecin généraliste. Prenant en compte 36 études qui ont comparé des groupes de patients ayant bénéficié de programmes d'auto-éducation, par rapport à ceux qui n'en avaient pas, les résultats montraient dans le premier groupe une réduction du taux d'hospitalisation, des consultations aux Urgences et en urgences en ville, de l'absentéisme à l'école ou au travail, d'asthme nocturne avec une amélioration de la qualité de vie. Malheureusement, les auteurs retrouvaient peu d'éléments précisant les paramètres de ces programmes, le dénominateur commun étant néanmoins le monitoring régulier du débit expiratoire de pointe ainsi que des consultations régulières chez le médecin traitant et la prescription d'un plan d'action détaillé.

S'il semble évident que les soins proactifs associés à un plan d'action écrit améliorent le devenir du patient asthmatique, il n'en reste pas moins que sa mise en œuvre peut être difficile à gérer en ville (20, 21).

## 2. Gestion des facteurs de risques

De nombreux patients asthmatiques réagissent aux facteurs environnementaux, qui sont le plus souvent ubiquitaires et difficilement contrôlables. Parmi ceux-ci on retrouve (18) :

- le tabac
- certains aliments et médicaments
- les allergènes intérieurs (blattes, acariens, poils d'animaux..), extérieurs (pollens ...) et les polluants (particules de diesel...)

Des mesures simples d'hygiène de vie permettent cependant de limiter l'exposition des asthmatiques à ces facteurs de risque (arrêt du tabagisme actif et limitation du tabagisme passif, lutte contre l'humidité, aération et propreté des lieux de vie).

L'identification de ces facteurs, favorisant l'apparition de crise d'asthme, permet une réduction des thérapeutiques.

## 3. Traitement de fond

La sévérité de l'asthme correspond à l'histoire de la maladie asthmatique sur une longue période. C'est l'intensité de la maladie sous-jacente avant traitement.

Le contrôle de l'asthme est la réponse adéquate au traitement.

Il est actuellement recommandé de centrer le suivi et d'orienter le traitement de fond sur les critères de contrôle de l'asthme et non sur sa sévérité (14, 22).

## a. Contrôle de l'asthme

Selon les recommandations françaises (22), le contrôle de l'asthme se définit par la fréquence ou la valeur de certains paramètres cliniques (Tableau 1) :

- les symptômes diurnes
- les symptômes nocturnes
- l'activité physique
- les exacerbations
- l'absentéisme professionnel ou scolaire
- l'utilisation de bêta-2 mimétiques d'action rapide
- le VEMS ou DEP (Débit Expiratoire de Pointe)
- les variations nyctémérales du DEP

**Le contrôle inacceptable** est défini par la non satisfaction d'un ou plusieurs critères de contrôle.

Il est **acceptable** lorsque tous les critères sont satisfaisants.

Il est dit **optimal** lorsqu'on a obtenu le meilleur compromis pour le patient entre le degré de contrôle, l'acceptation du traitement et la survenue de complications.

Paramètres	Valeur ou fréquence <u>moyenne sur la période d'évaluation du contrôle (1 semaine à 3 mois)</u>
1- Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
2- Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
3- Activité physique	Normale
4- Exacerbations	Légères*, peu fréquentes
5- Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
6- Utilisation de bêta-2 mimétiques d'action rapide	< 4 doses/semaine
7- VEMS ou DEP	> 85 % de la meilleure valeur personnelle
8- Variation nyctémérale du DEP (optionnel)	< 15 %

\* Exacerbation légère : exacerbation gérée par le patient, ne nécessitant qu'une augmentation transitoire (pendant quelques jours) de la consommation quotidienne de bêta-2 agoniste d'action rapide et brève.

**Tableau 1.** Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme selon les recommandations ANAES de 2004 (22)

Les recommandations américaines utilisent les mêmes critères de contrôle qu'en France, en dehors du DEP et de l'absentéisme, pour définir un niveau de contrôle de l'asthme (asthme contrôlé, partiellement contrôlé ou non contrôlé) (Tableau 2) (14).

Critères des niveaux de contrôle de l'asthme (selon GINA 2010)			
Critères	Contrôlé (tous les critères suivants)	Partiellement contrôlé (1 des critères ci-dessous présent durant n'importe quelle semaine)	Non contrôlé
Symptômes diurnes	≤ 2/semaine	> 2 fois/semaine	3 ou plus de critères de l'asthme partiellement contrôlé présents dans n'importe quelle semaine <sup>a,b</sup>
Symptômes ou réveils nocturnes	Aucune	Présente	
Recours au traitement de secours variabilité	≤ 2/semaine	> 2 fois/semaine	
Limitation des activités	Aucune	Présente	
Fonction pulmonaire (DEP, VEMS) <sup>c</sup>	Normale	< 80% de la valeur prédite ou de la meilleure valeur personnelle (si connue)	

**Tableau 2.** Critères de niveaux de contrôle de l'asthme selon GINA 2010 (14)

La détermination du niveau de contrôle de la maladie asthmatique permet au praticien d'adapter le schéma thérapeutique afin d'obtenir une prise en charge optimale et de diminuer le nombre d'exacerbations.

#### b. Adaptation thérapeutique

Le traitement de fond du patient asthmatique repose sur des paliers thérapeutiques (Tableau 3).

**Palier 1 :** Réservé à l'asthme contrôlé ne nécessitant pas de traitement de fond. La seule thérapeutique à envisager est un bêta-2 mimétique d'action rapide, à réserver aux exacerbations.

**Palier 2 :** En cas de perte de contrôle, la première mesure à mettre en œuvre est l'introduction d'un corticoïde inhalé à faible dose (exemple : 200 µg de budésonide par 24h). Une alternative possible est l'utilisation d'anti-leucotriènes.

**Palier 3 :** L'étape suivante repose sur la majoration du traitement de fond avec en première intention la prescription d'une association d'un corticoïde inhalé avec un bêta-2 mimétique de longue durée d'action. D'autres alternatives sont possibles comme : majorer la corticothérapie inhalée avec des doses moyennes (400 à 800 µg /j de budésonide) à élevées (800 à 1600 µg/j de budésonide), rester à des faibles doses de corticoïdes inhalés mais y ajouter des anti-leucotriènes ou de la théophylline.

**Palier 4 :** En cas de mauvais contrôle, malgré les thérapeutiques de palier 3, l'action recommandée est la majoration du corticoïde inhalé (corticoïde inhalé à forte dose) associé aux bêta-2 mimétiques de longue durée d'action ou l'introduction d'anti-leucotriènes ou de théophylline selon l'option choisie au palier 3.

**Palier 5 :** Le dernier palier s'adresse aux patients atteints d'un asthme sévère et non contrôlé malgré les mesures ci-dessus. Le recours à la corticothérapie orale est indispensable. Les anticorps monoclonaux anti-IgE humanisés sont une alternative possible mais ont des indications encore très restreintes.

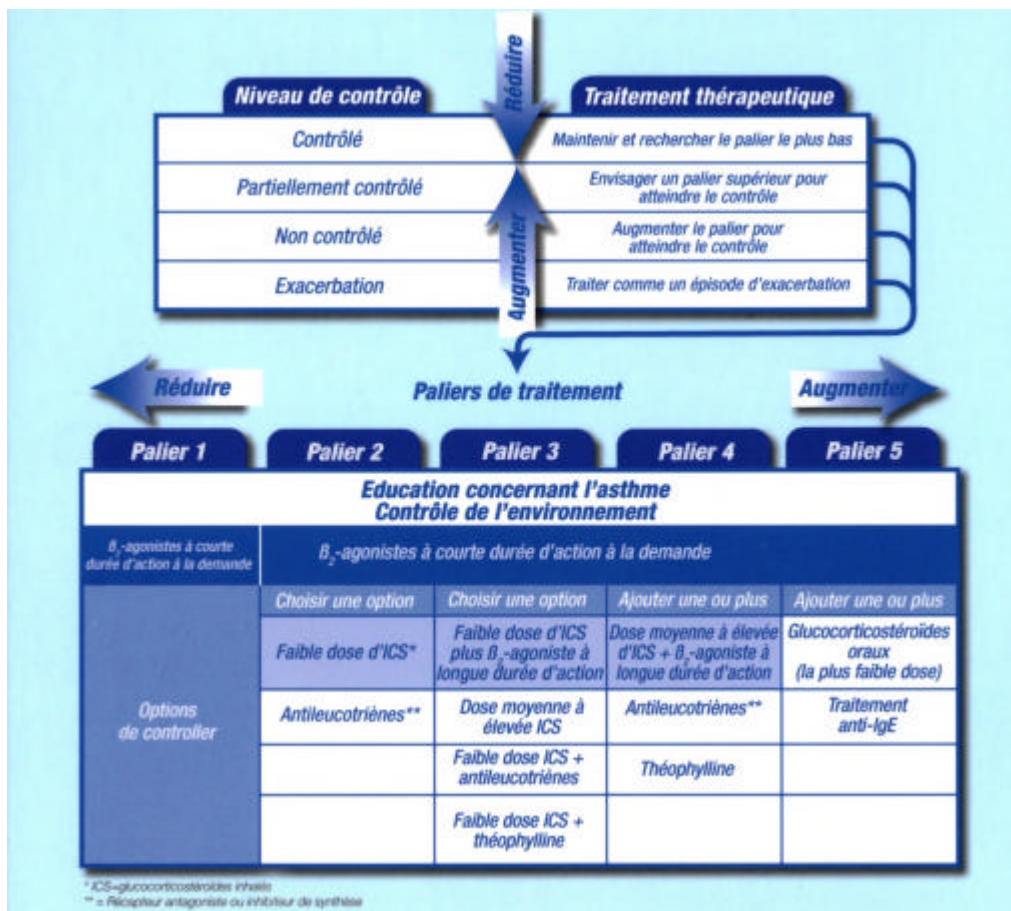
Les objectifs de prise en charge à long terme du patient asthmatique sont :

- Obtenir et maintenir le contrôle des symptômes
- Prévenir les crises et exacerbations
- Minimiser le besoin de bêta-2 agoniste de courte durée d'action
- Limiter les visites en urgence et les hospitalisations
- Maintenir des activités normales incluant l'exercice



- Maintenir une fonction respiratoire aussi proche que possible de la normale
- Au prix d'un minimum d'effets secondaires des médicaments

Devant un asthme contrôlé, la recherche du traitement minimal efficace implique une décroissance du traitement avec des paliers thérapeutiques d'environ 3 mois.



**Tableau 3.** Démarche de prise en charge thérapeutique fondée sur le contrôle de l'asthme selon GINA 2006 (<http://www.pediamed.be/GINA-2006.jpg>) (12)

Il arrive cependant que le patient, même stable, nécessite une majoration ou une modification de son traitement de fond lors d'une exacerbation.

## 4. Traitement de la crise

### a. Définition de l'exacerbation

L'exacerbation correspond à des épisodes, d'augmentation progressive, de « souffle court », toux, sifflements et douleur thoracique à type de compression.

**L'exacerbation légère** correspond à un DEP > 80 % du DEP de base, associé à des réveils nocturnes et une augmentation de la consommation de bêta-2 mimétiques de courte durée d'action (11, 14).

**L'exacerbation modérée** se définit par un DEP entre 60 et 80% du DEP de base, sans pour autant avoir des signes de gravité. Elle peut être gérée en ville ou en milieu hospitalier (11, 14).

**L'exacerbation sévère** se définit par un DEP entre 30 et 50% du DEP de base et nécessite une prise en charge hospitalière (11, 14).

**L'asthme aigu grave (AAG)** fait l'objet de recommandations en France tant sur son diagnostic que sur sa prise en charge thérapeutique (23).

Les critères de gravité d'un AAG reposent sur :

- les signes cliniques de gravités extrêmes : troubles de la conscience, pause respiratoire, collapsus, silence auscultatoire,
- les facteurs liés au terrain : asthme instable, antécédents d'hospitalisation en réanimation et/ou d'intubation oro-trachéale,
- les facteurs liés aux faits récents : augmentation de la fréquence et de la sévérité des crises, moindre sensibilité aux thérapeutiques usuelles,
- les facteurs liés au caractère de la crise :

- crise ressentie comme inhabituelle par le patient, par son évolution rapide et/ou par la présence de signes cliniques de gravité

- la difficulté à parler, l'orthopnée, l'agitation, les sueurs, la cyanose

- les contractions permanentes des muscles sterno-cléido-mastoïdiens

- la fréquence respiratoire supérieure à 30 par minute
- la fréquence cardiaque supérieure à 120 par minute
- le DEP inférieur à 150 L/min ou à 30% de la valeur prédite ou habituelle
- la normo ou l'hypercapnie

#### b. Prise en charge thérapeutique

Le traitement de l'**exacerbation légère** peut être géré en ville et repose sur les bêta-2 mimétiques de courte durée d'action associés à une corticothérapie orale (11).

L'**exacerbation modérée** peut être gérée en milieu extra ou intra-hospitalier (11).

L'**exacerbation sévère** ou l'**asthme aigu grave** doivent être gérés en milieu hospitalier et le traitement repose sur (11, 23) :

- des nébulisations de bêta-2 mimétiques : 2,5 à 7,5 mg de salbutamol ou 5 mg de terbutaline sous O<sub>2</sub> pendant 15 minutes à répéter toutes les 20 minutes pendant la 1<sup>ère</sup> heure puis 5 mg toutes les 6 heures ou 2,5 mg/heure pendant 6 heures
- l'oxygénothérapie si la saturation percutanée en oxygène est inférieure à 94%
- la corticothérapie per os 1 à 2 mg/Kg (si l'administration per os est impossible, choisir la voie intraveineuse)
- les anticholinergiques : bromure d'ipratropium 500 µg x 3 en 1 heure couplés aux bêta-2 mimétiques
- le sulfate de Magnésium uniquement en traitement de deuxième intention dans les formes sévères résistantes (2 g en intraveineux lent sur 20 minutes)

En 2001, le groupe ASUR (4000 patients dans 40 services d'Urgence en France) avait pour but de faire l'épidémiologie des patients asthmatiques venant aux Urgences pour une crise d'asthme. Ce travail a montré que la prise en charge aux Urgences des patients asthmatiques n'était pas optimale, avec un non respect des recommandations de l'époque. En effet il existait une sous-utilisation des corticoïdes per os : prescription faite dans 49 à 68% des cas aux Urgences selon la sévérité de l'exacerbation et seulement dans 54% des cas à la sortie des Urgences. Il était également retrouvé un taux d'hospitalisation de 54% soit un taux beaucoup plus important que ceux retrouvés à l'échelle internationale (environ 40% en Grande Bretagne et 30% aux Etats Unis) (24).

Une deuxième étude ASUR, sur 3000 patients, a comparé deux protocoles de prise en charge en clusters (Critères de réponses selon les recommandations de Bethesda versus un arbre décisionnel simplifié de Mc Fadden), l'hypothèse étant qu'un algorithme plus simple serait mieux appliqué et permettrait peut-être de diminuer le taux d'admission. La réévaluation des pratiques par ASUR 2 a montré une diminution de 40 % du taux d'admission à H4 mais aussi que malgré un travail de standardisation des pratiques et une prise en charge adaptée au sein des Urgences, près d'un tiers des patients ayant consulté pour un asthme était victime d'une nouvelle crise dans le mois suivant (2).

#### D. Rechute

Le taux de rechute des patients asthmatiques, après un passage aux Urgences pour une crise d'asthme, est croissant dans le temps. En effet, on retrouve un taux de rechute variant entre 9% à 7 jours et jusqu'à 33% à un mois (2, 25, 26). Dans ces études, la rechute est définie comme la nécessité d'avoir recours à un traitement urgent pour l'asthme (visite imprévue aux Urgences pour une exacerbation, consultation urgente en soins primaires) (25, 26).

L'évaluation trop précoce d'une rechute (avant le 7<sup>ème</sup> jour) peut porter à confusion, en correspondant à l'évolution naturelle de la première crise, sans constituer en soi une rechute (27).

En 1981, Fischl établissait un index prédictif de rechute reposant sur 7 items (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pouls paradoxal, DEP, dyspnée, utilisation des muscles accessoires respiratoires et présence de sibilants), permettant de repérer les patients à risque (28). Cet index fut invalidé par la suite notamment par Mac Carren (29).

De nombreuses études se sont intéressées aux différents facteurs pouvant être incriminés dans la rechute des patients asthmatiques, qui peuvent être classés en deux grandes parties :

- les facteurs non modifiables :
  - le sexe (30)
  - l'âge (25, 27)
  - l'origine socio-démographique (31, 32)
- les facteurs modifiables :
  - l'existence d'un traitement de fond adapté diminue le risque de rechute du patient asthmatique (27, 29, 30, 33, 34)
  - le nombre de visites antérieures aux Urgences est un élément défavorable dans le cadre de la rechute, plus un patient à consulter aux Urgences plus il a de risques de rechuter (25, 27, 29, 31-34)
  - l'utilisation des corticoïdes per os. En effet lors d'une exacerbation, la prescription d'une corticothérapie orale a clairement démontré un bénéfice sur la réduction du taux de rechute (26, 35) et doit, à l'heure actuelle, faire partie du traitement de l'exacerbation de la maladie asthmatique.
  - l'éducation est décrite comme un composant essentiel de la gestion de l'asthme et la prévention de la récurrence est le focus de l'éducation du

patient asthmatique. Malgré cela, les études portant sur le bénéfice d'une éducation ciblée, notamment à la sortie des Urgences, n'a pas montré de bénéfice sur le nombre de nouvelles consultations à un an (36) ni à 2 ans (20).

La relation entre l'hôpital (les Urgences) et la ville (le médecin traitant) reste un pivot d'action central pour le suivi du patient asthmatique après une décompensation aiguë. Elle pourrait permettre une diminution du taux de rechute après un passage aux Urgences (33).

#### E. Lien hôpital ville

Les recommandations Bethesda de 1997 (37) conseillent aux patients asthmatiques de consulter leur médecin traitant dans les 3 à 5 jours qui suivent une consultation aux Urgences (33, 37) tandis que le groupe GINA propose un suivi entre 2 semaines et un mois après une exacerbation(18).

Un mois après un passage aux Urgences pour une décompensation aiguë, seulement la moitié des patients ont consulté leur médecin traitant comme recommandé, mais près de 75% le font lorsqu'un rendez vous est proposé dès la sortie des Urgences. Il n'y a cependant pas d'impact sur le nombre de consultations aux urgences, le nombre d'hospitalisation ni sur l'utilisation régulière de corticoïdes inhalés (38).

Au total, il est reconnu que l'admission des patients en crise d'asthme après passage aux Urgences est un marqueur important de sévérité de la maladie, d'un risque élevé de réadmission et de mortalité (39). Le taux d'hospitalisation pourrait être significativement réduit si les patients avaient un plan d'action détaillé, une meilleure connaissance de leur maladie ainsi que des signes d'alerte, une meilleure adhésion à leur traitement de fond et au plan d'auto-

gestion dès le début d'une décompensation (40). Cette éducation vient du médecin généraliste et du pneumologue. L'évolution de l'éducation médicale du médecin urgentiste a permis de mieux appréhender le traitement de la crise aiguë et d'avoir des critères permettant de réduire l'hospitalisation post-urgence. Le lien hôpital-ville est très ténu et l'éducation du patient dans cette zone grise, qui est située entre la sortie d'une crise et le retour à la stabilité du traitement de fond, appartient réellement au médecin des Urgences. Les études effectuées jusqu'à maintenant ne retrouvent que peu d'actions au niveau des services d'Urgence mais plutôt au niveau des pneumologues ou des médecins de ville. D'autre part, les programmes employés dans les études n'étaient pas complets et tous les paramètres éducatifs n'étaient pas mentionnés. Si l'on ajoute à cela qu'il n'a pas été prouvé jusqu'à ce jour un réel impact de l'éducation sur le taux de nouvelles consultations aux Urgences (bien qu'il semble y avoir une tendance) (41), qu'en France 50% des patients venant pour crise d'asthme aux Urgences vont ressortir directement et que plus du tiers des patients revient à 30 jours pour nouvelle crise, on peut penser qu'il y a une fenêtre à explorer sur l'impact d'une éducation « post-interventionnelle » sur ce taux de récurrence. L'intérêt d'une étude prospective est d'ailleurs une des conclusions du groupe Cochrane (41). L'optimisation du lien entre les Urgences et le médecin traitant par un protocole de suivi standardisé du patient asthmatique sortant des Urgences après une crise pourrait permettre de réduire le nombre de consultations en soins primaires post urgences et de diminuer le taux de rechute.

Avant de mettre en place une étude à grande échelle comparant 2 groupes de patients sortant des Urgences pour crise d'asthme, non admis dans l'hôpital, l'un des 2 recevant un protocole standardisé comportant une ordonnance type, des recommandations écrites, une lettre au médecin traitant avec aide au suivi durant le premier mois ainsi qu'un suivi du patient par le service des Urgences, la première étape a été d'en analyser la faisabilité.

## F. Hypothèse de travail et objectif

L'hypothèse générale de travail est que l'optimisation de ce lien hôpital-ville par la réalisation d'un protocole de suivi standardisé à la sortie des Urgences permettrait une diminution du taux de rechute à un mois.

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer la faisabilité d'un protocole de suivi standardisé des patients asthmatiques à la sortie des Urgences après une crise.



## **II. MATERIEL ET METHODES**

### A. Lieu et durée de l'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale prospective, qui s'est déroulée du 18 avril au 18 juin 2013, aux Urgences de l'Hôpital Lariboisière, Paris Xème.

Cet hôpital est situé dans Paris entre deux gares majeures, la gare de l'Est et la gare du Nord, dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement. Le service accueille en moyenne 72000 passages par an. Il est divisé en quatre secteurs :

- le secteur médecine : prise en charge des patients consultant pour un motif dit « médical ».
- le secteur traumatologie qui s'occupe de toutes les consultations traumatologiques.
- La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) avec 6 box.
- le secteur « unité d'hospitalisation des urgences » (UHU) pour la surveillance et l'hospitalisation de courte durée des patients venant des autres secteurs.

Un patient consultant pour une dyspnée sifflante, une crise d'asthme est rapidement installé dans le box de l'une des infirmières organisatrices de l'accueil (IOA). Elle réalise la prise des paramètres vitaux et classe le patient selon la classification CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences). Dans le service des Urgences de Lariboisière toutes les suspicions de crise d'asthme, quelque soit leur degré de sévérité, sont ensuite orientées vers la SAUV.

## B. Population

### 1. Critères d'inclusion

Étaient inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans s'étant présentés aux Urgences pour une crise d'asthme inaugurale ou non et qui avaient, en fin de prise en charge, les critères de non hospitalisation.

### 2. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus les patients :

- ayant une autre étiologie pouvant expliquer leur dyspnée :
  - insuffisance cardiaque
  - broncho-pneumopathie obstructive
  - pneumopathie
- présentant un contexte social difficile : patient ne parlant pas français, étant sans domicile fixe ou n'ayant pas de numéro de téléphone
- ayant l'indication d'hospitalisation (hors UHCD) après passage aux Urgences

## C. Déroulement de l'étude

Cette étude s'est faite sur une période de 2 mois (d'avril à juin 2013). Après avoir reçu un traitement adapté à la sévérité de son exacerbation, laissé à la discrétion du médecin urgentiste mais en accord avec les recommandations actuelles, le patient était réévalué par le médecin qui l'avait pris en charge. S'il présentait des critères de retour à domicile, il était alors inclus dans l'étude.

Avant la sortie des Urgences, le patient inclus recevait une information orale et écrite standardisée sur sa maladie et la surveillance de celle-ci (annexe 2), qui stipulait la nécessité de consulter dans la semaine son médecin traitant.

Le traitement de sortie (annexe 1), élaboré en conjonction avec un pneumologue indépendant expert dans la maladie asthmatique et référent du groupe ASUR, comportait une corticothérapie standardisée à la dose de 40 mg par jour (soit une dose moyenne entre 0,5 et 1 mg/Kg) pendant 7 jours. En effet la corticothérapie orale lors d'une exacerbation est bénéfique sur la rechute lorsqu'elle est prescrite pour 7 à 10 jours (30). Le choix de 7 jours a été fait pour optimiser la compliance des patients. Le reste du traitement de sortie était à la discrétion du médecin des Urgences ayant pris en charge le patient, adapté néanmoins aux recommandations actuelles.

Le patient recevait, à sa sortie, une enveloppe à remettre à son médecin traitant lors de la consultation de contrôle. Celle-ci contenait une lettre standardisée (annexe 3) ainsi que le compte-rendu de passage du patient aux Urgences.

La lettre destinée au médecin traitant avait pour objectif d'informer celui-ci du passage aux Urgences du patient et de la nécessité de vérifier la bonne prise et compréhension des traitements par le patient ainsi que de programmer des EFR.

Pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, une consultation sans rendez-vous avec un médecin généraliste à la Policlinique de l'Hôpital Lariboisière ou de l'hôpital Saint-Louis (second site du groupe hospitalier, qui possède également une consultation de pneumologie) était proposée.

Les patients étaient contactés à J7, J15 et J30 afin de savoir :

- s'ils avaient consulté leur médecin traitant
- s'ils étaient observants (l'observance était déclarative et portait exclusivement sur la prise quotidienne du traitement prescrit par le médecin urgentiste, dont la corticothérapie orale)

- s'ils avaient récidivé. La récurrence était définie comme la nécessité de consulter de façon urgente un médecin en ville ou aux Urgences (25-27).

Le médecin traitant, dont les coordonnées avaient été préalablement recueillies par le médecin urgentiste, était contacté à J7, J15 ou J30 selon le moment où le patient avait consulté. S'il n'y avait pas eu de consultation de contrôle le médecin traitant n'était pas contacté. Il leur était demandé si :

- le patient avait bien consulté
- le patient semblait observant (l'observance étant défini par la prise quotidienne du traitement prescrit à la sortie des urgences, dont la corticothérapie orale)
- le protocole de suivi leur semblait clair (réponse binaire : oui/non)
- s'il avait des remarques (réponse ouverte)

Par ailleurs, tous les patients ont reçu une feuille d'information concernant leur libre participation à cette étude et leur droit à se rétracter avant la fin de celle-ci.

## D. Critères de jugement

### 1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la faisabilité du protocole de suivi, défini par :

- la clarté du protocole pour le médecin traitant. Le mode de réponse était binaire (oui/non).
- la remise de l'ensemble des documents au patient lors de sa sortie.
- la possibilité des médecins des Urgences de délivrer une information au patient et la bonne compréhension de ces recommandations par le patient.
- la possibilité de contacter au 7<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 30<sup>ème</sup> jour le patient.
- la possibilité de contacter les médecins traitants.

## 2. Critère de jugements secondaires

Il existait deux critères de jugement secondaires :

- l'observance déclarative des patients et le contrôle de l'observance présumée par le médecin traitant.
- le taux de rechute, qui était évalué au 7<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 30<sup>ème</sup> jour selon la déclaration du patient.

### E. Statistiques

Les données quantitatives ont été exprimées en médiane, interquartile et valeurs extrêmes.

Les données catégorielles ont été exprimées en nombre ou pourcentage.

L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Excel.

### III. RÉSULTATS

#### A. Données démographiques

Caractéristiques	Médiane [1 <sup>er</sup> quartile, 3 <sup>e</sup> quartile] ou nombre
Age (ans)	39,5 [30,75-48]
Sexe ratio H/F	1,85/1

**Tableau 4.** Données démographiques sur les patients asthmatiques inclus (n=20)

Sur la période de notre étude, 20 patients ont été inclus.

#### B. Consultation

15 patients ont déclaré avoir consulté leur médecin traitant dans le mois suivant leur passage aux Urgences, dont 5 la première semaine.

14 patients ont effectivement consulté leur médecin traitant, après vérification auprès de ceux-ci.

Sur les 6 patients n'ayant pas consulté de médecin généraliste, 2 ont été perdu de vue (1 dès le début et 1 à 30 jours), 4 ont fait le choix de ne pas consulter.

Sur les 20 patients, 4 ont été adressés à la Polyclinique de Lariboisière (aucun vers la polyclinique de Saint-Louis). Trois ne se sont jamais présentés à la consultation et une avait finalement un médecin traitant qu'elle a consulté.

Jour de la consultation	Patients (en nombre)	Patients (en %)
Consultation J+7	5	26%
Consultation J+15	5	32 %
Consultation J+30	4	22 %

**Tableau 5.** Nombre de consultation effective auprès du médecin traitant au 7<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 30<sup>ème</sup> après le passage aux Urgences

### C. Clarté du protocole

Sur les 14 médecins généralistes effectivement consultés par les patients, 13 ont pu être contactés :

- neuf ont été satisfaits du protocole et le trouvaient utile dans leur pratique courante
- deux n'avaient jamais reçu le protocole (oubli du patient de leur remettre)
- deux ne se souvenaient plus du contenu et/ou n'y avaient pas prêté attention

Les conseils à l'intention du médecin traitant, dans le courrier qui lui était destiné, n'étaient pas utiles pour l'ensemble des médecins généralistes consultés. A contrario, l'ensemble des médecins interrogés trouvaient utile le compte rendu de passage aux Urgences surtout lorsque celui-ci était détaillé (prise en charge, traitements reçus et évolution aux urgences, traitements de sortie).

### D. Autres paramètres de faisabilité du protocole

L'ensemble des documents ont été remis pour chaque patient inclus au moment de sa sortie.

La possibilité des médecins des Urgences de délivrer une information adaptée au patient et la bonne compréhension de ces recommandations par le patient n'ont finalement pas été évaluées.

L'ensemble des patients ont pu être contacté au 7<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 30<sup>ème</sup> jour. Un patient n'a jamais donné suite aux contacts. Deux ont été perdus de vue à 1 mois mais avaient répondu au 7<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> jour.

Les médecins traitants ont tous pu facilement être joignables aux heures ouvrables (moins de 2 appels par médecin en moyenne).

## E. Observance

Sur la déclaration des patients, plus de 90% d'entre eux ont affirmé suivre le traitement prescrit à la sortie des Urgences.

Après contact avec leur médecin traitant, 3 se sont révélés être inobservants (mauvaise prise de leur traitement quotidien) et 2 patients avaient une observance douteuse (médecin incapable d'affirmer ou d'infirmar la prise correcte du traitement prescrit).

Observance J+7	17	89%
Observance J+15	19	100%
Observance J+30	16	94%

**Tableau 6.** Observance déclarées par les patients au 7<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 30<sup>ème</sup> jour après leur passage aux urgences

## F. Rechute

Le nombre déclaratif de rechutes était nul au 7<sup>ème</sup> jour, de deux au 15<sup>ème</sup> jour et nul à un mois.

Parmi les 2 rechutes observées au 15<sup>ème</sup> jour, un patient avait vu son médecin traitant à 15 jours, semblait observant mais était considéré comme un asthmatique instable par son médecin traitant. Le 2<sup>ème</sup> patient était une femme, ayant une observance et un suivi aléatoire avec l'absence de consultation de son médecin traitant à 30 jours malgré une consultation déclarée à 15 jours.



## **IV. DISCUSSION**

Notre étude a montré que l'élaboration d'un protocole standardisé de suivi du patient asthmatique, sortant des Urgences après une décompensation aiguë, est réalisable.

### A. Interprétation des résultats

Ce type de protocole semble clairement représenter une aide pour le médecin généraliste, notamment lorsque le patient ressort avec son compte-rendu détaillé (prise en charge, traitements reçus et évolution aux Urgences, traitements de sortie). Les conseils à l'intention du médecin traitant, dans le courrier qui lui était destiné, ne semblent pas, à contrario, représenter une utilité pour l'ensemble des médecins généralistes consultés. En effet ces derniers ne modifient pas leur prise en charge malgré la lettre induisant la prescription d'EFR et la vérification de la bonne compréhension du traitement par le patient. Il semble cependant que la prise en charge en soins primaires ne soit pas encore optimale (7, 10).

Le taux de consultation auprès du médecin traitant, après un passage aux Urgences, par les patients asthmatiques de notre étude, est plus élevé que dans la littérature ( 70% au lieu de 50%) (38). Ceci peut s'expliquer par une information orale et écrite exposant l'importance de cette consultation mais également par le rappel des patients au 7<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 30<sup>ème</sup> jour. Plutôt que d'adresser par courrier le compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant, le fait de le remettre au patient incite probablement celui-ci à consulter son médecin référent le premier mois si ce n'est la première semaine.

La plupart des études sur le suivi des patients asthmatiques après un passage aux Urgences consistent en de multiples rappels auprès des patients (36, 38). Nous avons utilisé le même procédé que nous avons complété par un appel auprès du médecin traitant, à la fois pour connaître son avis sur le protocole et pour vérifier les dires du patient. Cet appel a permis d'alerter le médecin référent sur la possibilité que son patient asthmatique soit à risque de récidiver. L'étude de Noble a montré que l'identification de patients à risque par le médecin généraliste permettait de réduire le nombre d'hospitalisations et de diminuer les coûts de santé publique (42).

Le taux d'observance particulièrement élevé de notre étude (plus de 90%) est probablement lié :

- d'une part à la définition même de l'observance dans notre étude, celle-ci était jugée sur la prise quotidienne du traitement prescrit à la sortie des Urgences (dont la corticothérapie orale), mais elle n'incluait pas le suivi par le DEP. La plupart des patients ne savent pas utiliser un débitmètre de pointe et il faut une longue éducation par le médecin de ville avant que l'utilisation soit concluante.
- d'autre part aux rappels téléphoniques qui insistaient sur l'importance de la bonne prise médicamenteuse afin d'améliorer les symptômes et de diminuer le risque de récurrence.

Nous avons observé deux rechutes à 15 jours sur 20 patients inclus, dont 19 avaient participé jusqu'à ce stade de l'étude, soit près de 11 % de rechute, ce qui est concordant avec les données actuelles de la littérature, qui retrouvent un taux de rechute entre 14 et 17 % à 2 semaines (26, 27). Nous n'avons observés aucune rechute supplémentaire entre J15 et J30, mais deux patients ont été perdus de vue ce qui fait un taux de rechute à un mois de près de 12%, ce qui est bien moindre que les 30% des études ASUR (2, 24). Cela peut s'expliquer par le

rappel régulier du patient (3 fois en l'espace d'un mois) avec une question relative à son observance au cours de l'entretien téléphonique, mais également par le fort taux de consultations des patients auprès de leur médecin traitant.

## B. Limites de l'étude

Sur la période de notre étude, 91 patients se sont présentés aux Urgences de l'hôpital Lariboisière pour une crise d'asthme. Parmi ces 91 patients, un est parti avant d'avoir été vu par un médecin, 16 ont été hospitalisés dans l'établissement ou transférés dans un autre hôpital, 14 ont été hospitalisés à l'UHU.

Sur les 60 patients sortis après les soins, 20 ont été inclus dans notre étude, soit un tiers d'inclusion, ce qui est concordant avec le taux de participation retrouvé dans la littérature.

Le faible nombre de patients inclus a toutefois rendu difficile l'interprétation des résultats, qui doivent rester nuancés. La période d'inclusion fut de courte durée et l'étude représentait un temps de travail supplémentaire pour le médecin urgentiste travaillant dans un service lourd en termes de passages journaliers (220 passages par jour en moyenne).

Sur nos vingt patients, 3 ont été perdus de vue avant la fin de l'étude, soit 15%, ce qui aurait pu modifier nos résultats finaux.

Une proportion non négligeable de patients consultant aux Urgences ne sait pas utiliser un débitmètre de pointe et il faut une longue éducation par le médecin de ville avant que l'utilisation soit concluante. Malgré les recommandations, visant à encourager l'auto-surveillance du DEP par le patient asthmatique, nous avons fait le choix, dans le cadre de cette étude, de ne pas utiliser celui-ci comme un élément de suivi.

Dans l'évaluation de la faisabilité de notre protocole de suivi nous n'avons pas établi de critères d'évaluation de la qualité de l'information transmise, qui peut être altérée par le flux important de patients, ni la bonne compréhension de cette information par le patient.

L'adhésion du patient à son traitement et aux éléments de surveillance de sa maladie, tel que le DEP, est primordial. Mais il semble également fondamental d'accentuer l'adhésion du médecin traitant à un protocole de suivi des patients asthmatiques en post-Urgences. Le développement des relations entre les Urgences et les médecins généralistes par le biais de réunion interactives semble une alternative possible.

## **V. CONCLUSION**

Notre étude a montré, que la mise en place d'un protocole de suivi formalisé des patients asthmatiques sortants des Urgences après une décompensation aiguë est tout à fait concevable et réalisable. De plus il semble présenter un intérêt pour le médecin traitant dans le cadre du suivi de son patient asthmatique.

Ce travail est la phase préliminaire d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) dont l'objectif est d'évaluer l'impact sur le taux de récurrence à un mois d'un protocole formalisé de suivi des patients asthmatiques sortis des Urgences après une crise.

Quelques points sont cependant à améliorer. Le renforcement préalable des liens entre les Urgences et les généralistes des arrondissements alentours, avec la réalisation d'une note d'information générale, pourrait améliorer l'adhésion des médecins traitants au protocole de suivi. Des réunions pluridisciplinaires comportant des urgentistes, des généralistes et des pneumologues, pour optimiser la prise en charge du patient asthmatique, notamment au décours d'une décompensation aiguë, pourraient favoriser le développement du lien hôpital-ville.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Delmas MC, Fuhrman C. [asthma in france: A review of descriptive epidemiological data]. *Rev Mal Respir* 2010;27:151-159.
2. Salmeron S. [asur-asur2: An overview of the standardisation of treatment of acute asthma in intensive care]. *Rev Mal Respir* 2005;22:4S30-31.
3. Com-Ruelle L. L'asthme en france selon les stades de sévérité. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé; 2000.
4. Janson C, Anto J, Burney P, Chinn S, de Marco R, Heinrich J, Jarvis D, Kuenzli N, Leynaert B, Luczynska C, et al. The european community respiratory health survey: What are the main results so far? European community respiratory health survey ii. *Eur Respir J* 2001;18:598-611.
5. [www.cepidc.vesinet.inserm.fr/](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/).
6. Tual S, Godard P, Bousquet J, Annesi-Maesano I. [the decrease in asthma-related mortality in france]. *Rev Mal Respir* 2008;25:814-820.
7. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005. In: ministère de l'emploi et de la solidarité mdals, editor. France; 2002.
8. Gadenne S, Pribil C, Chouaid C, Vergnenegre A, Detournay B. [the costs of asthma in france and the economic implications of its level of control]. *Rev Mal Respir* 2011;28:419-426.
9. assurance m. Asthme : Une maîtrise encore insuffisante de la maladie pour de nombreux patients. L'assurance maladie lance un programme d'accompagnement innovant; 2008.
10. Neville RG, Clark RC, Hoskins G, Smith B. National asthma attack audit 1991-2. General practitioners in asthma group. *BMJ* 1993;306:559-562.
11. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, Gibson P, Ohta K, O'Byrne P, Pedersen SE, et al. Global strategy for asthma management and prevention: Gina executive summary. *Eur Respir J* 2008;31:143-178.
12. . Available from: <http://www.pediamed.be/GINA-2006.jpg>.
13. Busse WW. What is the best pulmonary diagnostic approach for wheezing patients with normal spirometry? *Respir Care* 2012;57:39-46; discussion 47-39.
14. O'Byrne PM. Global guidelines for asthma management: Summary of the current status and future challenges. *Pol Arch Med Wewn* 2010;120:511-517.
15. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Crapo RO, Burgos F, Casaburi R, Coates A, van der Grinten CP, Gustafsson P, Hankinson J, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J* 2005;26:948-968.
16. Kharitonov SA, Chung KF, Evans D, O'Connor BJ, Barnes PJ. Increased exhaled nitric oxide in asthma is mainly derived from the lower respiratory tract. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:1773-1780.

17. Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, Boushey HA, Busse WW, Casale TB, Chanaz P, Enright PL, Gibson PG, et al. An official american thoracic society/european respiratory society statement: Asthma control and exacerbations: Standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180:59-99.
18. GINA. 2010. Available from: [http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA\\_Pocket\\_2010a\\_1.pdf](http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_2010a_1.pdf).
19. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD001117.
20. D'Souza WJ, Te Karu H, Fox C, Harper M, Gemmell T, Ngatuere M, Wickens K, Crane J, Pearce N, Beasley R. Long-term reduction in asthma morbidity following an asthma self-management programme. *Eur Respir J* 1998;11:611-616.
21. Zwar NA, Comino EJ, Hasan I, Harris MF. General practitioner views on barriers and facilitators to implementation of the asthma 3+ visit plan. *Med J Aust* 2005;183:64-67.
22. ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. ANAES; 2004.
23. L'Her E. [revision of the 3rd consensus conference in intensive care and emergency medicine in 1988: Management of acute asthmatic crisis in adults and children (excluding infants)]. *Rev Mal Respir* 2002;19:658-665.
24. Salmeron S, Liard R, Elkharrat D, Muir J, Neukirch F, Ellrodt A. Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in france: A prospective study. *Lancet* 2001;358:629-635.
25. Emerman CL, Cydulka RK. Factors associated with relapse after emergency department treatment for acute asthma. *Ann Emerg Med* 1995;26:6-11.
26. Rowe BH, Villa-Roel C, Sivilotti ML, Lang E, Borgundvaag B, Worster A, Walker A, Ross S. Relapse after emergency department discharge for acute asthma. *Acad Emerg Med* 2008;15:709-717.
27. Emerman CL, Woodruff PG, Cydulka RK, Gibbs MA, Pollack CV, Jr., Camargo CA, Jr. Prospective multicenter study of relapse following treatment for acute asthma among adults presenting to the emergency department. Marc investigators. Multicenter asthma research collaboration. *Chest* 1999;115:919-927.
28. Fischl MA, Pitchenik A, Gardner LB. An index predicting relapse and need for hospitalization in patients with acute bronchial asthma. *N Engl J Med* 1981;305:783-789.
29. McCarren M, McDermott MF, Zalenski RJ, Jovanovic B, Marder D, Murphy DG, Kampe LM, Misiewicz VM, Rydman RJ. Prediction of relapse

- within eight weeks after an acute asthma exacerbation in adults. *J Clin Epidemiol* 1998;51:107-118.
30. Rowe BH, Spooner CH, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW. Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbations of asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD000195.
  31. Adams RJ, Smith BJ, Ruffin RE. Factors associated with hospital admissions and repeat emergency department visits for adults with asthma. *Thorax* 2000;55:566-573.
  32. Ducharme FM, Kramer MS. Relapse following emergency treatment for acute asthma: Can it be predicted or prevented? *J Clin Epidemiol* 1993;46:1395-1402.
  33. Emerman CL. Relapse following treatment of acute asthma in the emergency department. *J Asthma* 2000;37:701-708.
  34. Rowe BH, Bota GW, Clark S, Camargo CA. Comparison of canadian versus american emergency department visits for acute asthma. *Can Respir J* 2007;14:331-337.
  35. Ornato JP. Treatment strategies for reducing asthma-related emergency department visits. *J Emerg Med* 2007;32:27-39.
  36. Smith S, Mitchell C, Bowler S. Standard versus patient-centred asthma education in the emergency department: A randomised study. *Eur Respir J* 2008;31:990-997.
  37. The national asthma education and prevention program. Expert panel report (epr-2) : Guidelines for the diagnosis and management of asthma. 1997. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>.
  38. Baren JM, Boudreaux ED, Brenner BE, Cydulka RK, Rowe BH, Clark S, Camargo CA, Jr. Randomized controlled trial of emergency department interventions to improve primary care follow-up for patients with acute asthma. *Chest* 2006;129:257-265.
  39. Martin AJ, Campbell DA, Gluyas PA, Coates JR, Ruffin RE, Roder DM, Latimer KM, Luke CG, Frith PA, Yellowlees PM, et al. Characteristics of near-fatal asthma in childhood. *Pediatr Pulmonol* 1995;20:1-8.
  40. Ordonez GA, Phelan PD, Olinsky A, Robertson CF. Preventable factors in hospital admissions for asthma. *Arch Dis Child* 1998;78:143-147.
  41. Tapp S, Lasserson TJ, Rowe B. Education interventions for adults who attend the emergency room for acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD003000.
  42. Noble MJ, Smith JR, Windley J. A controlled retrospective pilot study of an 'at-risk asthma register' in primary care. *Prim Care Respir J* 2006;15:116-124.



## ANNEXES

### Annexe 1. Ordonnance de sortie standardisée

#### Ordonnance de sortie

Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, Hôpital Lariboisière

Mme, Mr \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 1 - TRAITEMENT CORTICOÏDE

- SOLUPRED 40 mg orodispersible le matin pendant 7 jours  
A poursuivre même en cas d'amélioration ou de disparition des symptômes.

#### 2 - TRAITEMENT DE FOND

Votre traitement habituel est :

- Médicament : \_\_\_\_\_.
- Dose : \_\_\_ bouffées matin et soir
  
- Médicament : \_\_\_\_\_.
- Dose : \_\_\_ bouffées matin et soir

A la place, vous prendrez pendant le premier mois :

- Médicament : \_\_\_\_\_.
- Dose : \_\_\_\_\_ inhalations matin et soir, puis se rincer la bouche.
  
- Médicament : \_\_\_\_\_.
- Dose : \_\_\_ bouffées matin et soir

#### 3 - EN CAS DE GÊNE RESPIRATOIRE ou RECIDIVE DE LA CRISE :

Médicament : \_\_\_\_\_.

Dose : 2 bouffées en cas de gêne respiratoire, à renouveler après 15 minutes si nécessaire.

Si la gêne persiste après 8 (4x2) bouffées (soit 1h), contacter un médecin.

**En cas de gêne respiratoire importante ou inhabituelle, sensation d'étouffement, faites le 15 ! (112 sur un mobile)**

**DANS TOUS LES CAS, PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE MEDECIN DANS LES 8 JOURS APRES VOTRE PASSAGE AUX URGENCES.**

## Annexe 2. Conseils de sortie standardisés

### Conseils de sortie.

---

#### Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, Hôpital Lariboisière

---

Madame, Monsieur,

Vous avez consulté aux urgences pour une crise d'asthme. Le traitement administré vous permet de rentrer au domicile. Cependant, cette consultation signifie une instabilité sérieuse de votre maladie et doit être signalée dès que possible à votre médecin. Nous venons de vous remettre un courrier concernant votre passage aux Urgences qui lui est destiné.

Vous trouverez dans cette feuille quelques conseils afin d'éviter que cette crise ne se renouvelle dans les jours qui viennent.

- **Votre traitement a été renforcé.** Il est indispensable de le poursuivre de façon régulière jusqu'à la prochaine consultation médicale.
- **N'arrêtez jamais votre traitement** sans un avis médical, même si vous vous sentez mieux. Les symptômes réapparaissent souvent insidieusement.
- **Prenez rapidement contact avec votre médecin traitant** (dans la semaine qui suit).
- **Certaines situations peuvent favoriser les crises d'asthme :**
  - Le tabac est à proscrire, il est toujours nocif, qu'il soit actif ou passif.
  - Evitez le contact avec les allergènes connus auxquels vous êtes sensibles.
  - Evitez le contact avec les substances irritantes, fumée, poussière, solvants...
  - En cas de rhinite, signalez là votre médecin, son traitement peut vous aider.
- Il est indispensable de **mesurer quotidiennement votre « Peak-Flow »** ou DEP, et de consigner les valeurs dans un carnet de surveillance dans le mois qui suit la visite aux urgences.
- Ne laissez pas une infection respiratoire s'installer (« rhume », bronchite, sinusite...).
- **Si vous voyagez, pensez à emporter votre traitement avec vous.**

- **Votre asthme doit être contrôlé !** Consultez votre médecin en cas réapparition des gênes respiratoires et d'augmentation des prises de votre broncho-dilatateur d'action rapide ( Ventoline®, Bricanyl®).

## Annexe 3. Lettre au médecin traitant



HÔPITAL LARIBOISIÈRE  
2 rue Ambroise-Paré  
75475 PARIS Cedex 10  
Standard : 01 49 95 65 65

### SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Chief de Service  
Pr Patrick PLAISANCE  
[patrick.plaisance@aphp.fr](mailto:patrick.plaisance@aphp.fr)  
Secrétaire  
Tél : 01 49 95 63 91  
Fax : 01 49 95 85 45

Cadre Supérieur de Santé  
Chantal LECAT  
[chantal.lecat@aphp.fr](mailto:chantal.lecat@aphp.fr)  
Tél : 01 49 95 64 54

Cadres de Santé  
Tél : 01 49 95 64 54

Accueil-Gestion des dossiers  
Tél : 01 49 95 64 43 / 64 45  
Fax : 01 49 95 90 49

Assistantes Sociales  
Tél : 01 49 95 64 44 / 86 56

UNITÉ D'HOSPITALISATION  
Secrétariat :  
Tél : 01 49 95 83 47 / 82 42  
Hospitalisation : 01 49 95 64 48

POLICLINIQUE  
Soins Extérieurs  
Tél : 01 49 95 81 24 / 81 28  
Fax : 01 49 95 82 38

Cher Confrère,

Votre patient(e) vient de consulter aux urgences pour une crise d'asthme qui n'a pas nécessité d'hospitalisation.

Il/Elle sort des Urgences avec un traitement renforcé qu'il faudra réévaluer dans le mois. La bonne prise et compréhension de celui-ci doivent être vérifiées et des EFR de contrôle programmé prochainement.

Nous savons qu'un tiers des patients consultant aux urgences pour une crise d'asthme, rechute dans le mois qui suit leur passage aux urgences. Le manque de lien entre les urgences et les médecins généralistes contribue à ce taux de rechute si important. Ainsi la réalisation d'un protocole de suivi des patients asthmatiques sortant des urgences après une crise permettrait de diminuer les rechutes. Ce protocole comporte des conseils de sortie (dont la consultation avec le médecin traitant dans la semaine suivant l'épisode aigu), une ordonnance standardisée ainsi qu'un compte rendu et une lettre d'information destiné au médecin traitant.

Nous vous recontacterons dans le mois qui suit afin de connaître votre avis sur ce protocole de suivi qui vise à renforcer le lien hôpital-ville et diminuer le taux de rechute des asthmes aigues à un mois.

Veillez trouver ci-joint le compte rendu de passage aux urgences de votre patient(e).

Très cordialement,

Docteur.....

## Annexe 4. Fiche d'inclusion et de renseignements

### PROTOCOLE DE SUIVI DES PATIENTS SORTANT DES URGENCES APRES UNE CRISE

#### Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, Hôpital Lariboisière

Etiquette patient
-------------------

NUMERO PORTABLE et/ou FIXE
----------------------------

#### INCLUSION

- ☐ Crise d'asthme
- ☐ Age > 18 ans

#### NON INCLUSION

- ☐ Autre étiologie de la dyspnée (insuffisance cardiaque, ...)
- ☐ Ne parlant ou ne comprenant pas le français
- ☐ SDF
- ☐ Pas de numéro de téléphone disponible

#### EXCLUSION

- ☐ Hospitalisation (DEP < 70% de sa théorique à H8)

#### COORDONEES MEDECIN TRAITANT ++++++

- NOM
- ADRESSE (au moins arrondissement)
- NUMERO DE TELPEHONE (si possible)
- Si pas de médecin traitant, adresser le patient vers la polyclinique avant J7 et cocher cette case ☐

#### DOCUMENT REMIS

- ☐ Ordonnance standardisée à remplir
- ☐ Pour le patient **information orale + recommandations + lettre d'information**
- ☐ Enveloppe destinée au médecin traitant contenant courrier + CR de passage

## Annexe 5. Formulaire d'information pour les patients participant au protocole de suivi

### **Formulaire d'information pour les patients adultes participant à la recherche biomédicale**

---

**Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, Hôpital Lariboisière**

Madame, Monsieur,

Vous êtes asthmatique et avez consulté aux urgences pour une crise d'asthme.

Après un traitement adapté aux urgences, un retour à domicile est le plus souvent possible avec un ajustement de votre traitement de fond.

On sait, actuellement, que plus de 30% des patients consultant aux urgences pour une crise d'asthme et qui rentre à domicile sans avoir été hospitalisé, vont faire une rechute (c'est-à-dire une nouvelle crise) dans le mois qui suit.

Différents facteurs favorisant cette rechute ont été mis en évidence dont l'absence de lien entre l'hôpital (les services d'urgences) et la ville (votre médecin traitant) à la sortie des urgences.

Pour cela nous mettons en place un protocole de suivi des patients asthmatiques ayant consulté aux urgences pour une crise et n'ayant pas nécessité une hospitalisation à l'issue de leur consultation.

Ainsi vous allez recevoir des conseils écrits et oraux de sortie mais aussi un courrier à remettre à votre médecin traitant dans la semaine qui suit votre sortie afin de l'informer de votre passage aux urgences, des traitements que vous avez reçus et de les modifications éventuelles de votre traitement habituel.

Afin d'évaluer la clarté de ce protocole et son impact sur la récurrence nous vous contacterons par téléphone ainsi que votre médecin traitant au 7ème, 15ème et 30ème jour.

## **Durée de la participation**

Votre participation à la recherche durera le temps de la prise en charge aux urgences jusqu'à un mois après votre sortie des urgences. La recherche est prévue sur 6 mois.

## **Dispositions réglementaires**

Votre participation à cette recherche biomédicale n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire par rapport à ceux que vous auriez dans le suivi habituel de cette maladie.

Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

A cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales ou les trois premières lettres de votre nom. Conformément aux dispositions de la CNIL (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Votre participation à cette recherche est libre. De plus, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »





## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université .....

Le Professeur Patrick PLAISANCE

**Pr. Patrick PLAISANCE**

*Chef de Service*  
SERV. DES URGENCES  
Hôpital LARIBOTSIÈRE  
75015 PARIS CEDEX 10  
Tél: 01 49 95 63 91  
Fax 01 49 95 85 45  
N° Finess : 75010042

Date 17/07/2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

## **Faisabilité d'un protocole de suivi des patients asthmatiques sortants des Urgences après une crise.**

**Introduction.** Un tiers des asthmatiques se présentant aux urgences pour une crise rechutera dans le mois qui suit. On retrouve comme facteur de risque de rechute l'absence de lien entre l'hôpital et la ville. L'hypothèse générale de travail est que l'optimisation de ce lien hôpital-ville par un protocole de suivi à la sortie des urgences permettrait une diminution du taux de rechute à un mois. L'objectif principal de ce travail est de vérifier la faisabilité de ce protocole.

**Patients Méthodes.** Notre étude s'est déroulée sur 2 mois aux Urgences de l'Hôpital Lariboisière et concernait les patients majeurs se présentant pour une crise d'asthme et ne nécessitant pas une hospitalisation. Ces patients sont sortis avec un protocole formalisé et ont été contactés à J7, J15 et J30 afin de connaître le taux d'observance, de récurrence et de consultation chez le médecin traitant. Ce dernier a été contacté afin de savoir si le protocole de suivi lui semblait un lien utile dans sa pratique courante.

**Résultats.** 20 patients ont été inclus. 5 ont consulté leur médecin traitant la 1<sup>ère</sup> semaine, 5 la 2<sup>ème</sup> semaine et 4 à 30 jours. Sur les médecins interrogés, 9 ont trouvé un intérêt dans le courrier qui leur avait été remis, 2 n'y avait pas prêté attention. Aucune récurrence n'a été retrouvée à J7 et J30, 2 ont été déclarées à J15. L'observance variait entre 89 et 100% selon la période donnée.

**Conclusion.** L'existence d'un protocole de suivi du patient asthmatique post urgences semble présenter un intérêt pour le médecin traitant et diminuer le taux de récurrence un mois après le passage aux urgences.

**Mots clés :** Asthme, suivi, médecin traitant, rechute.