

Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme

(Janvier 2002)

L'asthme touche près de 3,5 millions de personnes. Il tue même encore ; pourtant la plupart de ces décès sont en grande partie évitables. De plus la prévalence de l'asthme est en constante augmentation en raison probablement de nombreux facteurs environnementaux. Il s'agit d'une pathologie multifactorielle qui nécessite que nous apportions des réponses globales et une organisation des soins coordonnée. L'asthme est une priorité de santé publique.

En matière de prévention, il faut prendre en compte l'ensemble des facteurs déclenchants bien connus : les allergènes en particulier dans l'environnement intérieur, le tabagisme passif, les virus, la pollution, ... Il convient aussi d'améliorer l'information tant il apparaît que les connaissances des patients asthmatiques sur leur maladie sont insuffisantes.

L'organisation des soins est perfectible. L'asthme doit être pleinement reconnu comme une maladie chronique qui appelle un traitement de fond et ne doit pas se limiter à la gestion de la crise aiguë. La prise en charge de l'asthmatique doit reposer sur la prescription médicamenteuse, le contrôle de l'environnement et l'éducation thérapeutique. Il faut former, informer les personnes malades et leur permettre de devenir des acteurs actifs de leur traitement. J'espère que ce programme contribuera à développer l'éducation thérapeutique dans notre pays.

Enfin, je souhaite la mise en place d'une réelle politique de prévention, de prise en charge et de reconnaissance de l'asthme professionnel qui touche essentiellement les boulangers, les peintres, les coiffeurs, les professionnels de santé, ... Ici encore, une politique globale doit être conduite afin de réduire les agents sensibilisants, d'informer les professionnels et d'améliorer le traitement des personnes concernées.

Je connais la mobilisation des professionnels dans ce domaine ; j'espère que ce programme permettra de réduire la fréquence de l'asthme et de répondre pleinement aux besoins des personnes qui en souffrent.

Bernard Kouchner

Le programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme

Etat des lieux

Cinq objectifs

1- Développer l'information sur l'asthme

1. Améliorer l'information des patients asthmatiques et du grand public
2. Développer le métier de conseillers en environnement intérieur

2- Améliorer la qualité des soins

1. Améliorer la prise en charge de l'asthme aigu grave
2. Améliorer le suivi des patients asthmatiques
3. Favoriser le repérage et l'accueil des enfants asthmatiques en milieu scolaire

3- Développer l'éducation thérapeutique

4- Mieux prendre en charge et prévenir l'asthme professionnel

5- Mettre en place une surveillance et développer la veille sur l'asthme et ses facteurs de risque

Annexes

1. [Définition de l'asthme](#)
2. [Etudes réalisées par l'Assurance Maladie](#)
3. [Asthme & Allergies Infos Service](#)
4. [Synthèse du rapport DAUTZENBERG sur le tabagisme passif](#)
5. [Diplôme d'Université de Conseiller médical en environnement intérieur](#)
6. [Enquêtes ASUR](#)
7. [Programme hospitalier de recherche clinique sur l'asthme de la région Languedoc Roussillon](#)
8. [Le Projet d'Accueil Individualisé \(PAI\)](#)
9. [Recommandations ANAES : Education thérapeutique du patient asthmatique – adulte et adolescent](#)
10. [Asthme professionnel - principaux agents étiologiques](#)
11. [Asthme professionnel – circuit de déclaration](#)
12. [Asthme professionnel – droit d'un salarié ayant un asthme professionnel](#)

Etat des lieux

1. L'asthme est une maladie inflammatoire bronchique, complexe et hétérogène dans ses manifestations. C'est une maladie chronique dont la prise en charge nécessite :

- un diagnostic et une évaluation précoce ;
- une organisation rationnelle des soins, en particulier pour les manifestations aiguës et les hospitalisations, mais aussi pour le suivi au long cours des malades les plus sévères ;
- une autonomisation des patients dans la gestion de leur maladie, par le développement de l'éducation thérapeutique.

2. L'asthme concerne entre 2,5 et 3 millions de personnes. La prévalence annuelle de l'asthme en France est de 5 à 7 % chez l'adulte, de 10 à 15 % chez les jeunes adultes (20 à 24 ans) et les adolescents de 13-14 ans. Entre 2 et 4 % de ces adolescents ont une crise grave d'étouffement dans l'année. Le nombre de décès par asthme est voisin de 2000 par an en France, il reste stable (Inserm).

3. La prévalence de l'asthme augmente ; elle était de 2 à 3 % il y a 15 ans, contre 5 à 7 % actuellement. Il semble exister une augmentation première de la prévalence de l'allergie (actuellement aux alentours de 35 à 40 % dans le monde occidental, dont la France), puis de la rhinite allergique (aux environs de 30 à 35 %) et enfin de l'asthme. Globalement la prévalence annuelle de l'asthme en France est de 5 à 7 % chez l'adulte, de 10 à 15 % chez les adultes jeunes (20 à 24 ans) et les adolescents de 13-14 ans. Entre 2 et 4 % de ces adolescents ont une crise grave d'étouffement dans l'année. Il est difficile de démontrer que le nombre d'asthmes sévères augmente. Il est clair par contre que le nombre de décès par asthme reste stable et voisin de 2000 par an en France. L'augmentation de la prévalence au cours des dernières années milite en faveur du rôle de facteurs environnementaux plus que génétiques.

4. L'atopie (c'est à dire l'aptitude qu'a un sujet à se sensibiliser vis à vis des allergènes de l'environnement) est un des principaux facteurs de risque de l'asthme. Chez l'enfant, 95 % des asthmes sont d'origine atopique, 70 à 80% chez l'adulte, ce pourcentage diminuant avec l'âge. La théorie dite hygiéniste souligne l'importance du

contact avec les bactéries banales de l'environnement dans la petite enfance sur l'évolution du système immunitaire dans un sens favorable qui s'oppose à l'atopie. Les autres facteurs de risque de survenue d'un asthme sont mal connus et font l'objet de recherches.

5. Les facteurs déclenchants des exacerbations et des crises sont bien identifiés. Ils sont nombreux : les allergènes, les virus, le tabagisme actif et passif (in utero , chez l'enfant et l'adolescent), la pollution chimique ou particulaire, l'effort, le stress, certains médicaments. Il est important de souligner le rôle des hormones, en particulier chez la femme, ou encore des influences psychologiques, notamment chez l'adolescent.

6. Plusieurs études récentes sur la population générale, permettent de situer la fraction des asthmes attribuables à des étiologies professionnelles entre 5 et 10%. Sur la base de cette évaluation, sachant que l'incidence annuelle de l'asthme dans la population adulte est comprise entre 1 et 2‰, on estime entre 1250 et 5000 le nombre de nouveaux cas d'asthme professionnel chaque année en France. Il existe une importante sous-déclaration des cas reconnus en maladie professionnelle. D'après les données de l'Observatoire National des Asthmes Professionnels (ONAP), les agents biologiques représentent 48,6% des agents étiologiques des asthmes professionnels, les agents chimiques, 42,8% et les métaux, 2,5%. La farine et les isocyanates constituent les causes principales d'asthme chez les hommes alors que les persulfates alcalins et le latex sont les agents étiologiques les plus fréquemment évoqués pour les femmes. Les métiers les plus à risque sont, la boulangerie, la peinture et la coiffure.

7. Le caractère multifactoriel de cette pathologie rend encore difficile les actions collectives de prévention primaire (diminuer le risque de sensibilisation) et secondaire (diminuer le risque d'apparition d'un asthme chez les sujets sensibilisés).

8. Des recommandations sur le diagnostic et le traitement de l'asthme ont été publiées par l'ANAES et par des instances internationales (OMS) ou nationales (Canada, Angleterre). Ces publications permettent de proposer certaines attitudes consensuelles pour le diagnostic et le traitement. Les recommandations relatives au suivi de cette maladie chronique mériteraient d'être clarifiées.

9. La prise en charge de l'asthme en France est loin d'être optimale. Plusieurs études montrent que le traitement de l'asthme ne respecte pas toujours les recommandations de bonnes pratiques. Au delà des prescriptions, il convient également de souligner les problèmes liés aux difficultés d'observance thérapeutique dans le non contrôle de l'asthme. C'est une des raisons majeures pour lesquelles l'éducation thérapeutique doit être intégrée aux soins comme le recommande l'ANAES.

10. Une récente étude française réalisée dans les services d'urgences montre que les trois quart des patients ayant consulté aux urgences avaient des critères de gravité, dont un quart présentait un asthme aigu grave. La prise en charge médicale de ces crises sévères était trop souvent insuffisante : l'hospitalisation n'était pas systématique et les corticoïdes trop peu utilisés.

11. Les données épidémiologiques sur l'asthme sont nombreuses même si l'effort dans ce domaine doit être soutenu, voire accentué. La CNAMTS, le CREDES, l'INSERM ont fourni récemment des données importantes sur cet aspect. Les sociétés savantes ainsi que l'Observatoire National des Asthmes Professionnels (ONAP) ont également contribué à une meilleure connaissance de l'asthme, en particulier l'asthme professionnel (L'ONAP – Observatoire National des Asthmes Professionnels - fournit à ce sujet des chiffres importants). Enfin des initiatives individuelles, comme par exemple l'évaluation de la prise en charge de l'asthme aux urgences ou le coût de l'asthme en fonction de la sévérité, permettent d'avoir des données assez précises sur les hospitalisations, les dépenses médicales liées à la pathologie asthmatique. Toutefois, il apparaît important dans l'avenir de coordonner

ces études et de développer la surveillance afin notamment d'évaluer l'impact des pour obtenir un suivi de différents marqueurs de santé publique et juger ainsi les actions entreprises.

12. Depuis quelques années des réseaux Asthme ont été développés, dans différentes régions villes ou départements de France, c'est-à-dire dans l'Eure (Résalis), la Picardie autour d'Amiens (action asthme), les Pyrénées à Tarbes (Pic 65), ou encore à Angers. Il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions précises en matière d'amélioration des soins ou des dépenses de santé. Mais les évaluations intermédiaires semblent favorables, en particulier en termes de diminution des hospitalisations. Il apparaît clairement qu'une organisation très précise en réseau est indispensable.

13. Le montant total des dépenses médicales et sociales de l'asthme était évaluée à 7 milliards de francs (1,1 Milliard d'Euros) en 1994. En 2001, ces dépenses peuvent être estimées à 1,5 Milliards d'Euros.

Cinq objectifs

A partir de ce constat, Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé a décidé de proposer un programme d'actions de prise en charge et de prévention de l'asthme articulé sur 5 objectifs.

1- Développer l'information sur l'asthme

1. [Améliorer l'information des patients asthmatiques et du grand public](#)
2. [Développer le métier de conseillers en environnement intérieur](#)

2- Améliorer la qualité des soins

1. [Améliorer la prise en charge de l'asthme aigu grave](#)
2. [Améliorer le suivi des patients asthmatiques](#)
3. [Favoriser le repérage et l'accueil des enfants asthmatiques en milieu scolaire](#)

3- Développer l'éducation thérapeutique

4- Mieux prendre en charge et prévenir l'asthme professionnel

5- Mettre en place une surveillance et développer la veille sur l'asthme et ses facteurs de risque

Chefs de projet du programme de prévention et de prise en charge de l'asthme :

- Pr. Philippe Godard, CHU de Montpellier
- Mme Jocelyne Boudot, adjoint au sous-directeur : pathologie et santé – Direction générale de la santé
- Mme Martine Vacarie, chef du bureau Maladies chroniques, enfants et vieillissement
- Direction générale de la santé

Ce programme national a été élaboré en collaboration avec :

- Pr Jacques Ameille, Hôpital Raymond Poincaré
- Pr. Pierre Duroux, CNMRT
- Pr. Pierre Scheinmann, Hôpital Necker
- Pr. Manuel Tunon de Lara, CHU de Bordeaux,
- Pr. Daniel Vervloet, Hôpital Sainte Marguerite de Marseille
- Dr. Christian Carmes, SAMU 14-Centre 15 du Calvados
- Dr. Philippe Carré, CH Tours
- Pr. Frédéric de Blay, CHU Strasbourg
- Dr. François Martin, CHG Dreux

- Dr Yan Martinat, médecin libéral
 - Dr. Françoise Neukirch, INSERM – U408
 - Dr. Jean-Pierre Orlando, CHG Aubagne
 - Dr. Anne Prud'homme, CH Tarbes
 - Dr. Sergio Salmeron, Hôpital Saint-Joseph
 - Dr. Philippe Serrier, médecin libéral
 - Mme Marie Dominique Leborgne, association Asthme 37
 - Mme Christine Rolland, association Asthme et Allergies
 - Mme Isabelle Vincent, Comité Français d'Education pour la Santé
- Avec des représentants de l'ANAES, de l'InVS et du ministère de l'éducation nationale.

La mise en place de ce programme sera assurée par un comité de suivi piloté par la direction générale de la santé (DGS).

I – Développer l'information sur l'asthme

1. Améliorer l'information des patients asthmatiques et du grand public

Contexte :

Les études réalisées par l'Assurance Maladie en 1999 et 2000 sur la prise en charge en ambulatoire des asthmatiques dans plusieurs régions de France sont convergentes et relèvent une insuffisance des connaissances des asthmatiques sur leur maladie, de leur implication dans la prise en charge, et de l'observance du traitement ([voir annexe 2](#)). En France, la connaissance de l'asthme et de son traitement reste des plus fragmentaires chez les malades, même lorsque la maladie est sévère ou ancienne. Le rôle de certains facteurs dans l'exacerbation de l'asthme a été bien établi : il en est ainsi de l'exposition aux allergènes, en particulier ceux de l'environnement intérieur, dont l'effet peut être potentialisé par l'exposition aux polluants chimiques, au premier rang desquels il faut citer la fumée de tabac. Chez les asthmatiques, le tabagisme passif entraîne un mauvais contrôle des symptômes. La consommation de soins (médicaments, consultations, hospitalisations) augmente. La qualité de vie est détériorée. Ces effets délétères sont particulièrement nets chez l'enfant asthmatique. De plus le tabagisme passif favorise une sensibilisation précoce in utero et dès les premiers mois de la vie (augmentation significative et précoce des IgE). Le tabagisme maternel est un facteur de risque de pérennité de l'asthme de l'enfant au-delà de 6 ans. Pour les personnes sensibilisées, l'éviction des allergènes de leur environnement et de leur alimentation est un enjeu important voire vital. L'étiquetage des denrées alimentaires est encore très insuffisant et ne permet pas aux patients allergiques de se protéger efficacement. Sous l'impulsion de la France, la Communauté européenne a été saisie pour faire évoluer les obligations en matière de réglementation.

Le programme national nutrition santé 2001-2005 s'est fixé, également, comme objectif de limiter le risque de développement des phénomènes d'allergie alimentaire. Enfin, de nombreux produits présentés comme permettant de lutter contre la présence des acariens ou des moisissures sont disponibles sur le marché. Il n'existe pas actuellement de labellisation pour ce type de produits qui garantisse aux acheteurs le respect des performances annoncées.

Objectifs :

- Rendre plus accessible l'information sur la maladie, ses traitements et sa prévention ;
- Améliorer l'information sur la composition des denrées alimentaires afin de protéger les patients allergiques vis-à-vis des allergènes favorisant les crises ;
- Informer sur les risques liés au tabagisme passif ;
- Garantir l'efficacité des produits anti-allergiques.

Mesures :

1. Mise en place d'un numéro vert sur l'asthme (0 800 19 20 21) : " Asthmes et allergies infos services " ([cf. annexe 3](#)). La gestion de ce numéro sera assurée par l'association Asthme et Allergies de manière anonyme et gratuite. L'inauguration de ce numéro vert aura lieu en février 2002.
2. Création d'un portail internet <http://www.asmanet.com> sur l'asthme et l'allergie qui proposera des informations de qualité et validées ainsi que des liens vers les sites des sociétés savantes. Ce portail sera géré par l'association Asthme et Allergies.
3. Renforcement de la lutte contre le tabagisme passif suite au rapport remis à Bernard Kouchner par le professeur DAUTZENBERG en mai 2001 ([cf. annexe 4](#)) . Les principales propositions du rapport seront mises en œuvre. Elles concernent :

- la protection des jeunes :

- * le contrôle du tabagisme et de la protection des non fumeurs sera inscrit dans le règlement intérieur des établissements scolaires, y compris des universités
- * les démarches écoles sans tabacs seront soutenues
- * toute dérogation faites à l'installation de fumeurs dans les lycées seront supprimées.

- le milieu du travail

- * les inspecteurs du travail se verront confier la mission de protection des non-fumeurs ;

- les lieux publics avec notamment l'inscription de points concernant la protection des non-fumeurs dans le classement des restaurants touristiques du ministère du tourisme.

4. Amélioration de l'étiquetage des denrées alimentaires (2002). Une expertise a été demandée à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFFSA) sur le projet de directive européenne sur l'étiquetage afin de s'assurer que les dispositions envisagées seront de nature à éclairer le public sur les risques. Dans ce contexte, l'AFSSA a, d'ores et déjà élaboré un premier rapport sur l'allergie alimentaire. Ce rapport dresse un état des lieux de ce sujet en France et à l'étranger et formule des propositions en terme de prévention afin d'améliorer l'information des personnes allergiques ainsi que celles des professionnels de santé. Ce rapport vient d'être transmis aux ministères de la santé, de l'agriculture et de la consommation.
5. Mise en place d'un groupe de travail sur la labellisation des produits permettant de lutter contre la présence des acariens ou des moisissures associant les consommateurs, les industriels et les administrations concernées.

Partenaires :

Association Asthme et Allergies, Comité Français d'Education pour la Santé, Sociétés Savantes de pneumologie et d'immuno-allergologie clinique, Ministère des Finances (DGCCRF), Ministère de l'industrie, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments.

Coût :

Numéro vert et site internet : 50 000 euros

2) Développer le métier de conseillers en environnement intérieur

Contexte :

Au cours des quinze dernières années, la mise au point de méthodes de mesure des allergènes domestiques a permis des études épidémiologiques démontrant les liens entre exposition allergénique et symptômes. Le contrôle de l'environnement et l'éviction des facteurs déclenchants reconnus diminue la pression thérapeutique nécessaire au contrôle des symptômes. Ainsi, l'éviction des allergènes est apparue comme une méthode de traitement de l'asthme allergique. Cependant pour être cliniquement efficace, seule la réduction de tous les réservoirs d'allergènes en contact avec le patient devait être pratiquée. Cette réduction la plus exhaustive possible ne peut être réalisée par des médecins car ils n'ont ni le temps ni la formation nécessaire.

Les conseillers en environnement intérieur ([voir annexe 5](#)) sont des professionnels capables de se rendre au domicile du patient, de réaliser un audit de qualité de l'environnement intérieur, de proposer des conseils d'éviction en fonction des niveaux d'exposition mesurés et des habitudes culturelles du malade. Ils aident les médecins à la fois dans le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires et allergiques liés à l'environnement intérieur en reliant une histoire clinique évocatrice et une présence inconstante d'un bio-marqueur à la mise en évidence du polluant suspecté dans l'habitat du patient. Leur activité contribue à l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques dont le contenu a été défini par l'ANAES en juin 2001. En ce qui concerne le contrôle de l'environnement, l'éducation thérapeutique doit en particulier amener le patient asthmatique à agir sur la présence de facteurs asthmogènes dans son environnement domestique et sa vie sociale et professionnelle.

Objectifs :

- Développer la prévention des risques liés à l'habitat dans les activités publiques et privées.
- Offrir aux personnes asthmatiques une aide pour supprimer l'exposition aux facteurs asthmogènes dans leur environnement intérieur.

Mesures :

- Mise en place d'un groupe de travail chargé de définir le cadre d'action du conseiller en environnement intérieur, les débouchés potentiels et leur évolution, d'adapter le contenu de la formation et d'identifier les structures et les moyens d'élargir l'offre de formation (2002 – 2003)
- Recrutement à partir de 2003 de conseillers en environnement intérieur dans les structures chargées de l'éducation thérapeutiques des patients asthmatiques.

Partenaires :

Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'équipement et du logement, Ecole Nationale de Santé Publique, Sociétés savantes, Association Asthme et Allergies

Crédits :

30 000 Euros pour l'étude sur le nouveau métier de conseiller en environnement intérieur

400 000 Euros pour le financement à partir de 2003 de 10 postes de conseillers en environnement intérieur dans le cadre des réseaux asthmes.

II – Améliorer la qualité des soins

1. Améliorer la prise en charge de l'asthme aigu grave

Contexte :

L'asthme aigu grave est une urgence vitale. Toute crise d'asthme est susceptible d'évoluer vers un asthme aigu grave, mais plus particulièrement les asthmes sévères, les asthmes instables ou mal contrôlés. L'enquête multicentrique prospective ASUR1 ([cf. annexe 6](#)) a montré que les crises d'asthme vues aux urgences étaient le plus souvent graves : les asthmes aigus graves représentaient 26% des asthmes vus aux urgences et les exacerbations sévères 49%. La prise en charge de ces patients aux urgences était souvent inadaptée et les indications d'hospitalisation mal posées par rapport aux recommandations internationales. Ainsi près de 25% des asthmes aigus graves n'ont pas donné lieu à hospitalisation faisant courir un risque à ces patients. La prise en charge aux urgences est plus efficace si le malade est traité dès le début de la crise au domicile, même si cela n'évite pas toujours le recours à une hospitalisation. Le SAMU14 - centre 15 du CALVADOS a proposé que soit établi un registre " des patients à risque " de façon à accélérer leur prise en charge par les services d'urgence. Ce dispositif expérimental doit permettre de commencer le traitement au domicile et d'orienter directement le patient vers le service adéquat. Enfin, une étude en cours dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique de la région Languedoc Roussillon montre que 60 % des malades atteints d'asthme "difficile " ont une mauvaise observance du traitement de fond ([cf. annexe 7](#)). Or un traitement de fond adapté et régulièrement suivi permet d'éviter la survenue de crises aiguës ou tout au moins, d'en amoindrir la gravité.

Objectifs :

- Mieux prendre en charge les patients asthmatiques graves lors des interventions d'urgence, diminuer le nombre d'hospitalisations d'urgence et leur durée,
- Améliorer le contrôle de la maladie chez les patients ayant eu un épisode d'asthme aigu grave.

Mesures :

- Tous les services d'accueil et d'urgences devront mettre en place des protocoles de prise en charge des asthmes aigus graves (2003-2005). L'enquête ASUR 2, en évaluant dans cinquante services d'urgence l'application des critères d'hospitalisation, après administration d'un traitement standardisé de l'asthme aigu aux urgences, a pour objectif de comparer deux stratégies de prise en charge. Les résultats devraient être disponibles fin 2002. Cette étude permettra de finaliser les protocoles à proposer aux services d'urgence.
- Extension de l'expérience du SAMU de Caen à cinq départements, dans le cadre d'une étude de faisabilité (2002-2004).
- Prise en charge prioritaire des patients ayant fait un asthme aigu grave en éducation thérapeutique.

Partenaires :

SAMU, CNAMTS, Centres 15, ANAES, DGS, DHOS

2. Améliorer le suivi des patients asthmatiques

Contexte :

L'étude coordonnée par la CNAMTS ([annexe 2](#)) a montré une insuffisance d'évaluation et de réévaluation des patients : un patient sur trois n'a jamais fait d'épreuves fonctionnelles respiratoires et pour une partie des malades, le traitement

n'est pas conforme aux recommandations existantes. Une enquête téléphonique récente⁽⁴⁾ réalisée en Europe auprès de patients asthmatiques met en évidence un écart important entre la perception par le patient du contrôle de son asthme et la réalité décrite à travers ses symptômes. Ainsi, 50% des patients ayant des symptômes persistants graves considèrent que leur maladie est bien contrôlée. Pour ces patients, un interrogatoire détaillé sur les symptômes est indispensable pour permettre au praticien d'adapter le traitement. Cette enquête montre également que 60% des enfants et 45% des adultes interrogés n'avaient jamais eu d'épreuve fonctionnelle respiratoire. En ce qui concerne les traitements, des écarts sont constatés avec les recommandations sans que l'on puisse en discerner la cause : prescription inadaptée ou mauvaise observance.

Objectifs :

- Améliorer le contrôle de l'asthme, en particulier de l'asthme sévère
- Réduire les hospitalisations et le recours inopiné aux soins
- Améliorer la qualité de vie des asthmatiques ;
- Diminuer l'absentéisme scolaire et professionnel.

Mesures :

- Impulsion aux développements de réseaux "asthme", pluridisciplinaires, qui auront pour objectifs de créer une dynamique entre les différents acteurs, de favoriser les référentiels de prise en charge, de développer l'éducation thérapeutique, d'apporter une réponse adaptée à la prise en charge des patients et de contribuer à l'organisation des soins en fonction des possibilités locales et de sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques. Cette impulsion se traduira par :
 - la réalisation d'un cahier des charges des réseaux asthmes, afin de promouvoir leur développement ;
 - le financement de 10 réseaux dès 2002. La création de réseaux va être facilitée par la loi relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui contiennent des dispositions rénovant le dispositif de financement et le pérennisant. La mise en place des réseaux de santé reposera désormais sur un cadre formalisé, géré au niveau régional, à partir d'une enveloppe unique Assurance Maladie.

Le schéma régional d'éducation pour la santé pourrait être le cadre permettant d'identifier les besoins et de coordonner les moyens tout en prenant en compte les spécificités des modes d'organisation régionales.

- Elaboration de recommandations sur les modalités de suivi optimal d'un patient asthmatique par l'ANAES et les sociétés Savantes (2003) ;
- Sensibilisation des médecins généralistes et diffusion de ces recommandations de bonnes pratiques de traitement et de suivi en partenariat avec les URLM ;
- Mobilisation des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sur le suivi des enfants asthmatiques en situation de précarité qui présentent des risques accrus de morbidité en raison d'une part, de difficultés d'accès à des soins réguliers et d'autre part, de conditions de vie peu favorables ;
- Elaboration d'un guide de recommandations pour les industriels, véritable cahier des charges pour les logiciels médicaux, afin d'y intégrer les recommandations professionnelles. Les logiciels commercialisés devraient ainsi inclure la collecte d'informations minimum véritable "noyau dur de l'asthme" et les fonctions de rappels réguliers basées sur les recommandations de prise en charge et de suivi des asthmatiques.

Partenaires :

ARH, URCAM, ANAES, association Asthme et Allergie, Comité français d'éducation pour la santé, URLM, Sociétés Savantes et associations professionnelles.

Coûts :

10 Réseaux en 2002 = 3 millions d'euros

ANAES = 45 000 euros

3) Favoriser le repérage et l'accueil des enfants asthmatiques en milieu scolaire**Contexte :**

De 8 à 10 % des enfants d'âge scolaire sont asthmatiques. Des expériences développées dans différentes académies montrent que la fréquence des asthmes non diagnostiqués dans cette population reste importante. Il en est de même pour les "équivalents d'asthme" tels que, par exemple, une toux nocturne ou des bronchites récidivantes. Il en résulte, pour les enfants, des traitements inappropriés, un retard staturo-pondéral, un absentéisme à l'école, une mauvaise qualité de vie. La circulaire du ministère de l'éducation nationale du 10 novembre 1999 relative à l'accueil des enfants atteints de pathologies chroniques encourage la mise en place de projets d'accueil individualisés (PAI) – [cf. annexe 8](#). Cette circulaire est en cours de révision afin d'en étendre la portée à toutes les structures accueillant des enfants et adolescents.

Objectifs :

- Repérer en milieu scolaire les enfants asthmatiques non diagnostiqués ;
- Favoriser les prises en charge appropriées ;
- Améliorer l'accueil des enfants asthmatiques en milieu scolaire

Mesures :

- Organiser le repérage des asthmes non diagnostiqués, lors du bilan de santé de la 6^{ème} année, dans des départements volontaires et évaluer cette expérimentation en vue de son extension. Le rôle du médecin de l'éducation nationale serait de convaincre les parents de l'intérêt d'une consultation médicale et de la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires confirmant ou infirmant le diagnostic d'asthme.
- Rédaction et publication de la nouvelle circulaire interministérielle sur l'intégration de l'enfant atteint de maladie chronique. Un groupe de travail interministériel est actuellement réuni à cet effet par le ministère de l'éducation nationale (2002). Une attention particulière sera portée à la mise en place du projet d'accueil individualisé, en particulier d'un projet d'accueil simplifié pour les enfants asthmatiques n'ayant pas une maladie sévère. La question des relations entre asthme et sport sera traitée afin de réduire les abus d'interdit. et ainsi diminuer les dispenses de sport non fondées qui sont préjudiciables à la santé de l'élève.

Partenaires :

Ministères de la santé, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, de l'intérieur, de l'agriculture, associations de parents d'élèves.

III – Développer l'éducation thérapeutique**Contexte :**

Les différentes enquêtes indiquent que de nombreux asthmatiques ne suivent pas le traitement qui leur est prescrit. Au delà des prescriptions, il importe donc aussi d'aider le malade et son entourage à bien connaître et à comprendre les mécanismes et les

causes de sa maladie ainsi que les effets des traitements. C'est le rôle de l'éducation thérapeutique, intégrée au traitement, qui doit tenir compte de la représentation de l'affection par le patient, de sa perception des symptômes, de son projet de vie face à sa maladie.

L'éducation thérapeutique vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie asthmatique, son traitement et les modalités de coopération avec les soignants. Elle repose sur l'acquisition de compétences en partenariat avec les soignants. Elle est reconnue comme capitale pour l'observance thérapeutique et permet de diminuer l'incidence des hospitalisations et le recours inopiné aux soins. Elle représente un des trois fondements de la prise en charge de l'asthme, à côté de la prescription médicamenteuse et du contrôle de l'environnement, qui améliorent la qualité de vie.

Actuellement cette éducation thérapeutique est réalisée de façon très inégale sur le territoire national. Elle peut être, soit individuelle menée par le médecin traitant du patient (pneumologue ou généraliste), soit collective regroupant plusieurs patients. A ce jour, on dénombre une soixantaine d' " écoles de l'asthme ", situés essentiellement dans des services hospitaliers, où interviennent différents professionnels de spécialités tels que médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, conseillers en environnement intérieur, psychologues, assistants sociaux, etc..

Des recommandations concernant l'éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent ont été élaborées par l'ANAES en 2001. Ces recommandations reposent sur une démarche éducative en plusieurs étapes. Cette démarche comporte au minimum, une évaluation de l'asthme, un apprentissage à l'autogestion du traitement par le patient, une identification des difficultés de vécu de la maladie. L'éducation du patient doit être renouvelée régulièrement. Toutefois, les professionnels de santé médicaux et paramédicaux sont actuellement peu familiarisés avec le concept même d'éducation thérapeutique et avec les méthodes mises en œuvre. C'est pourquoi une réflexion globale sur le développement de l'éducation thérapeutique, a été lancée, portant notamment sur la définition d'une typologie de l'éducation thérapeutique, la prise en compte de cette activité par le budget hospitalier et sur la formation des intervenants.

Objectifs :

- Renforcer l'offre en matière d'éducation thérapeutique sur le plan qualitatif et quantitatif
- Favoriser la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique
- Initier des travaux de recherche clinique en éducation thérapeutique

Mesures :

- Attribution de moyens en personnel pour les services à orientation pneumologique qui souhaitent développer une éducation thérapeutique structurée pour les asthmatiques et financement de l'éducation thérapeutique dans le cadre des réseaux ;
- Elaboration par l'ANAES des recommandations de bonne pratique pour l'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques (2003).
- Adaptation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles aux patients asthmatiques. A la suite de la publication des recommandations concernant l' " éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent ", le conseil scientifique de l'ANAES a validé la proposition d'élaboration d'un document destiné aux patients asthmatiques. Ce document sera diffusé aux professionnels impliqués et aux patients notamment dans les structures pratiquant l'éducation thérapeutique et sera mis en ligne sur les

sites destinés aux professionnels (ANAES, sociétés savantes) et aux patients asthmatiques (www.asmanet.com).

Partenaires :

ANAES, Caisses d'assurance maladie, comité français d'éducation pour la santé, sociétés savantes et associations professionnelles impliquées, associations de malades.

Coût :

ANAES : 46 000 euros

DHOS : 915 000 euros

IV - Mieux prendre en charge et prévenir les asthmes professionnels

Contexte :

L'asthme est l'une des maladies respiratoires d'origine professionnelle les plus fréquentes dans les pays industrialisés. L'asthme professionnel affecte des patients jeunes et actifs et peut avoir des conséquences socio-économiques importantes pour le patient.

Le pronostic médical des asthmes professionnels n'est pas bon. Après suppression de l'exposition à l'agent causal, moins d'un cas sur deux évolue vers la guérison. Le pronostic social est souvent mauvais. De très nombreux patients atteints d'asthme professionnel subissent un important préjudice professionnel lié à leur maladie (perte d'emploi, chômage, déqualification).

Au sein des CHU, les services ou unités de pathologie professionnelle constituent des structures originales où les examens nécessaires au diagnostic sont réalisés en collaboration avec les services de pneumologie. Les malades y trouvent en outre une assistance pour la constitution et le suivi de leurs dossiers de maladies professionnelles ainsi que des conseils.

Les cas d'asthme professionnel sont presque toujours la conséquence de conditions de travail inadaptées et peuvent dans une large mesure être évités. L'évaluation des risques auxquels les salariés sont exposés relève de l'employeur qui doit prendre toutes les mesures de prévention nécessaires. Les médecins du travail participent à cette évaluation des risques.

L'Observatoire National des Asthmes Professionnels (ONAP) a été créé en 1996 par la Société Française de Médecine du Travail (SMT) et par la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) dans l'objectif de mieux connaître l'épidémiologie des asthmes professionnels et les agents responsables afin de promouvoir la prévention primaire. Il s'appuie sur un réseau de professionnels de santé qui déclarent sur une base volontaire tout nouveau cas d'asthme d'origine professionnelle. L'ONAP a permis de confirmer le phénomène de sous-déclaration et de hiérarchiser les étiologies et les situations professionnelles génératrices de la maladie, désignant ainsi des cibles prioritaires pour des actions de prévention primaire. La prévention des asthmes au latex et aux isocyanates ainsi que la prévention des asthmes chez les coiffeurs figurent parmi ces cibles prioritaires ([annexe 10](#)).

Pour faciliter la prévention pour les utilisateurs, l'information sur les risques doit figurer sur les produits. Les modalités d'étiquetage et la nature des informations obligatoires sont définies par une réglementation communautaire. Aujourd'hui, pour les cosmétiques, cette réglementation ne prévoit pas une information précise sur les risques allergéniques (absence de fiche de sécurité pour les cosmétiques).

Objectifs :

- Diminuer l'incidence des asthmes professionnels ;
- Renforcer la capacité de prise en charge médicale spécialisée des asthmes professionnels ;
- Systématiser l'offre de prise en charge médico-sociale au sein des CHU et en évaluer le bénéfice pour les patients ;
- Renforcer et pérenniser la surveillance épidémiologique des asthmes professionnels en France pour :
 - suivre l'évolution de l'incidence de l'asthme professionnel dans les différentes branches professionnelles ;
 - repérer l'émergence d'étiologies nouvelles ;
 - proposer des actions de prévention ciblées ;
 - évaluer l'impact de ces actions de prévention primaire.

Mesures :

- Actions de sensibilisation des pneumologues à l'asthme professionnel ;
- Analyse de l'activité des 29 services ou unités de pathologie professionnelle et lancement d'une étude de besoins ;
- Actions de sensibilisation des médecins du travail en relation avec les services prévention des CRAM et les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) afin de les mobiliser sur la prévention des asthmes professionnels (2002 à 2005) et en particulier des asthmes liés aux expositions aux isocyanates (2002 – 2003).
- Saisine de l'AFSSAPS sur l'évaluation des gants de protection utilisés dans les activités de soins (2002) et campagne d'information pour la limitation du port de gants en latex poudrés en aux seules indications avérées (2003) ;
- Campagne d'information sur les risques liés au latex en milieu professionnels (2003)
- Saisine de la Commission Européenne sur l'information sur les risques pour les produits cosmétiques (2002) ;
- Poursuite de la réflexion initiée avec les professionnels de la coiffure et les services de prévention des CRAM sur les modifications à apporter à la présentation des persulfates alcalins (produits de décoloration) et aux formulations chimiques et sur les aménagements techniques réalisables dans les salons pour diminuer les niveaux d'exposition ;
- Consolidation du dispositif de recueil des données sur les asthmes professionnels.
- Développement d'une collaboration méthodologique forte entre l'ONAP et l'InVS pour renforcer la surveillance épidémiologique (2002) - Le financement de l'ONAP sera pérennisé.

Partenaires :

Direction des relations du travail, CNAMTS : Inspection médicale du travail et direction des risques professionnels, les CRAM, Institut national de recherche en sécurité, InVS, AFSSAPS, société Française de médecine du travail, société de pneumologie de langue française, médecins du travail, pneumologues.

Coût :

Actions de sensibilisation sur le latex dans les milieux de soins : 30 000 Euros

Campagne de sensibilisation des médecins du travail : 12 500 Euros

Surveillance : 15 000 Euros

CNAMTS (direction des risques professionnels) - financement ONAP : 73 000 Euros sur 5 ans (1997 – 2002)

V- Mettre en place la surveillance et développer la veille sur l'asthme et ses facteurs de risque

Contexte :

De nombreuses études sur l'asthme et ses facteurs de risque ont été réalisées en France par différents organismes. L'INSERM, notamment, a analysé à plusieurs reprises les données de la mortalité par asthme et a mis en place plusieurs études sur la prévalence de l'asthme et d'autres maladies allergiques, en particulier la rhinite allergique. Conduites dans un objectif de recherche, ces études fournissent des données qui sont indispensables à la surveillance de l'asthme et de ses facteurs de risque. Parmi les autres organismes qui ont conduit d'importants travaux sur l'asthme, on peut citer le CREDES, la CNAMTS... Plusieurs autres études à l'échelle nationale sont prévues ou en cours : l'enquête nationale sur la santé et la protection sociale qui est coordonnée par l'INSEE, l'enquête triennale auprès des enfants scolarisés, coordonnée par le Ministère de l'éducation nationale. D'autres initiatives ont vu le jour récemment, comme par exemple l'enquête ASUR.

La deuxième phase de l'enquête européenne sur la santé respiratoire, coordonnée en France par l'INSERM, devrait fournir des données sur la fréquence de l'exposition aux acariens dans l'habitat. La mise en place de l'observatoire de la qualité de l'air intérieur, qui est coordonné par le Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB) permettra de mesurer, dans l'habitat humain et dans les bâtiments collectifs, l'exposition de la population à diverses substances chimiques, agents physiques et biologiques (dont les acariens), ayant un impact sur la santé. L'InVS coordonne diverses études et programmes de surveillance au niveau français et international contribuant à la surveillance de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé. De plus, en collaboration avec le réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA), il mène une étude de faisabilité sur le lien entre le contenu pollinique de l'air et les consommations médicamenteuses. Une certaine méconnaissance des résultats de ces études épidémiologiques, comme des possibilités d'analyses à partir des bases de données existantes validées, peut entraîner un retard ou l'absence de retombées en Santé Publique. Par ailleurs, l'InVS a entrepris à la demande de la DGS et en liaison avec l'AFSSA, une réflexion sur la pertinence et sur la faisabilité d'un système de surveillance des allergies alimentaires.

Malgré toutes ces études et initiatives, le portrait de la situation de la maladie asthmatique et de ses facteurs de risque en France demeure fragmentaire. On ne dispose que de peu d'informations sur la fréquence des hospitalisations et des consultations dans les services d'accueil des urgences pour asthme. La plupart de ces hospitalisations et consultations dans les services d'urgence témoignent d'un manque de maîtrise de la maladie et sont considérées comme évitables. Leur fréquence représente donc un bon indicateur du contrôle de la maladie dans la population. Il est donc nécessaire de développer, sur une base continue, un système organisé de collecte et d'analyse de données qui permette de surveiller l'évolution de l'asthme et de ses facteurs de risque et qui permette ainsi d'évaluer l'application du plan d'actions sur l'asthme.

Objectifs :

- Définir un système global de surveillance de l'asthme et de ses facteurs de risque pour fournir les informations nécessaires à la planification des interventions et des données permettant d'évaluer l'impact des actions menées dans le cadre du programme d'action de prévention et de prise en charge de l'asthme.
- Favoriser le transfert des connaissances pour leur utilisation dans le domaine de la prévention,
- Dégager des axes de recherche prioritaires dans les domaines où les connaissances sont insuffisantes.

Mesures :

- Création début 2002 d'un comité de pilotage multidisciplinaire sur la surveillance de l'asthme dont la mission est de mettre en place et de coordonner le programme cadre de surveillance de l'asthme et de ses facteurs de risque. Un programme détaillé de surveillance global de l'asthme sera proposé en 2003. Pour atteindre cet objectif, le comité effectuera un bilan des activités de surveillance conduites actuellement en France dans le domaine de l'asthme, identifiera les lacunes existantes et proposera les actions de surveillance à entreprendre ou à améliorer. Ce comité réalisera notamment un bilan de la situation actuelle de l'asthme en France (fin 2002) qui fournira les données de base indispensables à l'évaluation de l'impact du plan d'actions sur l'asthme. Ce bilan inclura la description des variations spatiales de la fréquence des décès, des hospitalisations et des consultations dans les services d'accueil des urgences pour asthme.
- Publication et mise en ligne de documents thématiques sur la prévention de l'asthme sur la base de données scientifiquement validées.

Partenaires :

InVS, INSERM, INSEE, CREDES, CNAMTS, réseau national de surveillance aérobiologique, Centre Scientifique et Technique du Bâtiment, Universités, cliniciens, sociétés savantes

Coût :

Mise en place surveillance : 191 000 Euros

Elaboration de documents thématiques : 30 000 Euros/an

(1) The Asthma insights and Reality in Europe (AIRE) study (K. Rabe et coll. Eur. Respir. J. Nov 2001)