

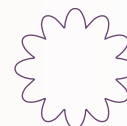


GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

SOUS LE HAUT PATRONAGE DU MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS,
DU MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE
ET DU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

ASTHME
LE PACTE POUR LES PATIENTS
& inégalités



33

Le pacte
pour
les patients

propositions
pour une meilleure
prise en charge
de l'asthme
et de l'asthme sévère



Une initiative de



Avec le soutien institutionnel d'AstraZeneca







Ministère chargé des Sports, Gilles Quénéhervé p.5

Asthme et insalubrité le parent pauvre de la rénovation de l'habitat, Agnès Firmin Le Bodo p.6

3 députés s'engagent p.8

Entre abandon et inégalités : l'asthme doit redevenir une priorité de santé publique p.10

Les acteurs du projet p.13

PARTIE 1

L'asthme et l'asthme sévère en France p.14

I- L'asthme, une priorité de santé publique

II- Une prise en charge basée sur le contrôle de la maladie

III- Une maladie environnementale marquée par les disparités sociales

PARTIE 2

33 propositions pour améliorer la prise en charge de l'asthme et de l'asthme sévère p.28

Récapitulatif des propositions p.30

1 – Améliorer le parcours de soins du patient asthmatique p.32

2 – Renforcer la lutte contre le tabagisme pour les patients asthmatiques p.42

3 – Promouvoir l'éducation thérapeutique et la formation du patient p.46

4 – Favoriser la pratique sportive et l'activité physique des patients asthmatiques
et lutter contre les idées reçues p.50

5 – Développer une culture et une connaissance de l'asthme
au sein de la communauté éducative p.54

6 – Lutter contre les facteurs environnementaux p.58

Charte d'indépendance du comité d'experts p.66







Ministère chargé des Sports

Gilles Quénéhervé,
directeur des Sports

Accès aux pratiques d'activités physiques et sportives, les inégalités persistent.

— L'asthme est une véritable maladie chronique dont la cause n'est pas souvent déterminée de façon précise. Ses facteurs de risque tant génétiques qu'environnementaux sont certes multiples et complexes, mais ils ne peuvent en aucun cas justifier le fait que cette maladie soit négligée ou dissimulée, voire considérée comme une fatalité.

Le milieu sportif est habitué à l'accueil des personnes atteintes d'asthme et a de longue date veillé à leur bon accompagnement dans le cadre de la pratique sportive.

Les idées reçues doivent être combattues afin que l'asthme ne soit plus considéré comme une maladie bénigne et banale, car malheureusement, de nos jours, l'asthme peut tuer !

Au regard du nombre important de personnes qu'elle affecte avec une croissance constante dans toutes les tranches d'âge de la population, elle constitue un véritable enjeu de santé publique.

En effet, ses répercussions sont considérables tant au niveau individuel, avec une qualité de vie altérée au quotidien, qu'au niveau collectif avec d'importantes dépenses de santé engendrées.

Aujourd'hui les traitements existent, tant pour soigner la crise que pour la prévenir. Associées à la prescription thérapeutique, les activités physiques et sportives (APS) ont montré tous leurs bénéfices. Encore faut-il que les bienfaits de la pratique d'APS soient connus, et qu'elle puisse être valablement recommandée.

Force est de constater que pour l'asthme, comme pour les autres maladies chroniques, il demeure de grandes inégalités d'accès aux

pratiques d'activités physiques et sportives ou adaptées. Les populations les plus précaires sont souvent les plus touchées, en raison des facteurs de risque liés à l'environnement de leur habitat, à des habitudes hygiéno-diététiques comme le tabagisme ou de leurs difficultés à accéder aux bons soins et à une offre adaptée d'activités physiques et sportives.

Tous ces éléments ont conduit le ministère chargé des Sports à soutenir le projet du comité d'experts et du groupe de travail, qui a abouti au livre blanc « Asthme & Inégalités - Le pacte pour les patients ».

Ces 33 propositions pour une meilleure prise en charge de l'asthme et de l'asthme sévère s'inscrivent dans la Stratégie Nationale Sport Santé.

De nombreuses fédérations sportives (aviron, marche nordique athlétisme, EPGV...) ont élaboré des programmes sport-santé proposant une prise en charge de l'asthme par une pratique adaptée de leur discipline. Le dispositif « Nagez Forme Santé » de la Fédération française de natation s'appuyant sur les propriétés du milieu aquatique, est particulièrement adapté à cette pathologie, en permettant un meilleur contrôle de la ventilation.

Les Maisons Sport-Santé peuvent, par ailleurs, jouer un rôle important dans l'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement des patients pour la prise en charge de l'asthme par la pratique d'activités physiques adaptées.



Asthme et insalubrité le parent pauvre de la rénovation de l'habitat

Agnès Firmin Le Bodo,

député de la 7e circonscription
de Seine-Maritime

— Qualité de l'air intérieur dégradé, humidité, moisissures, précarité énergétique, etc. L'insalubrité a un impact direct sur notre santé : il est ainsi démontré que l'exposition aux moisissures chez les enfants est une cause de l'apparition de l'asthme. Le constat que le logement rend malade n'a rien de nouveau. Déjà en 2007 puis 2016, la Fondation Abbé Pierre alertait sur ce sujet dans ses rapports et communication sur l'état du logement en France. Pour ma part, j'ai eu à de multiples fois l'occasion de les observer tant comme pharmacien au Havre que député. Comme la Fondation Abbé Pierre, j'ai pu constater que ces effets délétères touchaient avant tout des personnes asthmatiques défavorisées. Encore aujourd'hui, nous ne prenons pas suffisamment en compte l'impact de la qualité d'un logement sur notre santé dans nos politiques publiques. Il n'est pas possible pour une personne asthmatique de bénéficier d'aide pour la rénovation de son logement, à l'instar de la lutte contre le plomb, dès lors qu'il est avéré que celui-ci aggrave sa maladie. C'est sur cette absence de prise en compte dans nos politiques de logement que le comité d'experts Asthme & Inégalités nous alerte et formule des propositions ambitieuses pour améliorer la qualité de vie des asthmatiques. Dans leur intérêt, elles doivent se traduire dans les faits. Je ne peux que soutenir cette initiative et ses propositions qui doivent maintenant se traduire dans les faits. Les problématiques de santé dans les logements doivent être prises

en compte notamment en favorisant des travaux de salubrité. Loin de se limiter aux questions environnementales, ce livre blanc formule également des pistes d'amélioration sur les enjeux du parcours de soins, de la pratique sportive mais également d'éducation thérapeutique ou encore de lutte contre le tabagisme qu'il nous revient, à nous parlementaires, de les concrétiser.

Agnès Firmin Le Bodo

Agnès Firmin Le Bodo est née au Havre le 20 novembre 1968, mariée et a un enfant. Elle est pharmacien de profession.

Elle a commencé son parcours politique en tant que conseiller municipal. Et est aujourd'hui conseiller départemental de Seine-Maritime ; député AGIR de Seine-Maritime, membre de la Commission des Affaires sociales, membre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale, corapporteur du rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et président de la Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi bioéthique.

Trois députés **s'engagent** aux côtés des patients et des professionnels de santé



08/09



La pandémie de Covid-19 a rappelé à tous les humains la vulnérabilité de l'appareil respiratoire. Certains connaissaient déjà cette fragilité et la nécessité de précautions ou de soins; parmi eux, les asthmatiques sont nombreux. Les conditions d'inconfort ou d'aggravation plus significatives sont multiples: exposition à des allergies ou des polluants atmosphériques, tabagisme actif ou passif, obésité, etc. Le défi d'une meilleure prévention et d'une bonne prise en charge de cette maladie ne sera relevé que si des actions multiples sont dirigées sur tous ces facteurs, en sachant les renforcer dans certains milieux soumis à des risques professionnels ou à une plus grande précarité. L'effort à accomplir doit naturellement inclure une facilité accrue à la prise en charge par un pneumologue, à une formation spécifiquement adaptée au patient asthmatique, à des soutiens à la bonne observance thérapeutique. N'oublions pas que la bonne pédagogie implique la répétition et l'adaptation à chaque malade : enfant, adolescent, femme enceinte, personne sans domicile fixe ou habitant dans un logement insalubre, etc.

PR JEAN-LOUIS TOURAINE

PROFESSEUR ÉMÉRITE DE MÉDECINE
DÉPUTÉ DU RHÔNE
MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES





C'est en tant que députée, mais aussi comme médecin scolaire et de santé publique, que j'apporte mon soutien aux propositions ambitieuses portées par ce livre blanc sur les inégalités face à l'asthme. Le diagnostic précoce est une nécessité pour une prise en charge efficace et au plus tôt. Une bonne connaissance de la pathologie permet un accueil sécurisé dans les structures collectives, l'adoption de bons comportements et un accès rapide aux traitements. Soutenir ces propositions, c'est s'engager pour une meilleure qualité de vie pour tous les asthmatiques.

MARIE TAMARELLE-VERHAEGHE

DÉPUTÉE DE L'EURE
MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES
PRÉSIDENTE DU GROUPE D'ÉTUDES SUR LA
SANTÉ À L'ÉCOLE



Je suis frappée du déficit d'action publique en faveur des patients asthmatiques. C'est le cas en France métropolitaine, bien sûr, mais mon attention a été particulièrement attirée par de nombreux patients dans ma région de Martinique. Outre-mer, en effet, ce déficit est abyssal comme l'a montré un récent rapport de l'ANSES sur l'impact sanitaire des pollens et moisissures allergisants de l'air ambiant sur les populations d'outre-mer. J'ai eu l'occasion de le rappeler au gouvernement. Nous manquons de données disponibles dans nos territoires ultramarins pour évaluer le réel impact sanitaire des pollens. Les associations agissent mais sans moyens fiables et sans données suffisantes. Les choses vont lentement. Toutes les initiatives sont donc utiles, et c'est pourquoi je tiens à saluer le travail du comité d'experts « Asthme & Inégalités ».

MANUÉLA KÉCLARD-MONDÉSIR

DÉPUTÉE DE MARTINIQUE
SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION
DE LA DÉFENSE NATIONALE
ET DES FORCES ARMÉES



Entre
abandon et
inégalités :
l'asthme doit
redevenir une
priorité
de **santé**
publique



— Maladie environnementale par excellence, l'asthme a des répercussions importantes sur le quotidien des patients : souffrance, fatigue, perte d'efficacité, absentéisme, limitation dans l'activité physique, etc. Malgré ces contraintes, il est possible de bien vivre avec son asthme en évitant les facteurs déclenchants et en optimisant la prise d'un traitement de fond. Cependant, l'adoption de ces comportements individuels est influencée par des facteurs sociaux, culturels, géographiques, etc. Comme nous l'a rappelé l'épidémie de la Covid-19, leur emprise sur l'asthme joue un rôle important dans les maladies respiratoires. Aussi, nous avons cherché à mieux comprendre l'impact de ces facteurs sur l'asthme. Nous avons donc interrogé 500 patients asthmatiques sur la prise en charge de leur maladie.

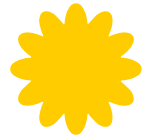
Sans surprise, l'asthme est marqué par des inégalités, à l'image d'autres maladies chroniques. Ces inégalités commencent dès l'accès aux soins : 40 % des patients suivis par leur médecin traitant n'auraient pas été orientés vers un médecin spécialiste en pneumologie ou en allergologie et 29 % estimerait que l'accès à un spécialiste est difficile principalement en raison de délais trop longs de rendez-vous (72 %) et de l'absence de spécialiste à proximité (24 %). L'usage des urgences est également marqué par des disparités : les patients issus de milieux précaires y ont recours plus que la moyenne tout comme ceux habitant dans une ville défavorisée. Nous ne sommes pas tous égaux devant les facteurs de risque et les facteurs déclenchants. Ainsi, le tabagisme pendant la grossesse reste très marqué chez les femmes enceintes issues des catégories plus défavorisées. L'accès à un logement insalubre touche plus les personnes issues de milieux pauvres. Nous savons que l'humidité, les moisissures et les allergènes sont des facteurs de risque reconnus de l'asthme. Il en va de même pour la pollution environnementale.

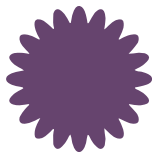
Plus inquiétant, l'asthme est parfois ressenti comme une maladie honteuse mal acceptée tant par certains patients que par notre société. Le déni de la maladie reste fréquent et nombreux sont ceux qui ressentent une gêne à prendre leur traitement. Cela nuit considérablement à l'observance car les patients s'habituent à mal respirer et à ce mal-être. Il les entraîne dans

un sentiment d'impuissance et dans un cercle vicieux : l'évitement de l'inconfort respiratoire provoqué par l'activité physique entretient la sédentarité, qui aggrave elle-même la dégradation des capacités musculaires. Deux chiffres issus de notre sondage illustrent cette acceptation difficile de la maladie : 50 % des sondés n'ont pas informé leur employeur de leur asthme et 21 % ressentent une incompréhension et une absence de prise en compte des contraintes de leur asthme.

Vingt ans après le plan asthme (2002-2005), peu d'avancées ont vu le jour pour améliorer le quotidien des patients et atténuer ces inégalités. Trop souvent, on considère à tort cette maladie comme banale et sans gravité. Mais chaque année, entre 800 et 900 patients asthmatiques décèdent de leur asthme en France. On dénombre 60 000 hospitalisations et 200 000 passages aux urgences annuels. Alors qu'il existe aujourd'hui de nombreuses solutions, pouvons-nous nous satisfaire de cette situation ? La mobilisation contre la Covid-19 nous a montré qu'il était possible de développer de nouvelles pratiques médicales et faire bouger les lignes au bénéfice des patients. Nous pouvons et devons faire mieux pour améliorer le quotidien des asthmatiques.

Fort de ce constat, un groupe d'experts réunissant la Société de Pneumologie de Langue Française, la Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie, la Société Française d'Allergologie, la Fédération Française de Pneumologie, la Fondation du Souffle, la Fédération Française des Associations & Amicales de malades, insuffisants ou handicapés respiratoires et l'association Asthme & Allergies ont décidé de s'emparer de ce sujet. Ils ont réfléchi, ensemble, à des pistes d'amélioration pour les patients asthmatiques. Il est urgent que ces patients puissent bénéficier d'un plan qui réponde aux nouveaux enjeux tels que disposer d'une information spécifique, développer l'éducation thérapeutique, améliorer le parcours de soin, favoriser l'activité physique et sportive ou encore lutter contre les facteurs environnementaux ou mettre en place des mesures concrètes dans le cadre de Ma santé 2022. Dans chacun de ces domaines, les sources d'inégalités ou disparités doivent être identifiées afin de mettre en place les stratégies visant à les corriger.





Les acteurs du projet

Les travaux ayant abouti à la rédaction de cet ouvrage ont été réalisés sous la conduite d'un comité d'experts, nourri des contributions d'un groupe de travail dédié.

Les travaux de ces deux instances se sont appuyés sur des auditions et des échanges avec l'ensemble des acteurs concernés : patients, professeur d'éducation physique, enseignant en club sportif, infirmière de PMI, conseillers en environnement intérieur, kinésithérapeute, etc.

LES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

Asthme et Allergies
Christine Rolland

Fédération Française des Associations et
Amicales de malades, insuffisants ou handicapés
respiratoires
Liliya Belenko Gentet

Fédération Française de Pneumologie
Professeur Dominique Valeyre
Professeur Christophe Leroyer

Fondation du Souffle
Professeur Bruno Housset
Jean-Baptiste Mollet

Société Française d'Allergologie
Professeur Philippe Bonniaud
Professeur Alain Didier

Société Pédiatrique de Pneumologie et
d'Allergologie
Professeur Ralph Epaud

Société de Pneumologie de Langue Française
Professeur Chantal Raheison-Semjen
Professeur Nicolas Roche

Société Européenne de Pneumologie
Professeur Marc Humbert

LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Asthme et Allergies
Christine Rolland

Fédération Française des Associations
et Amicales de malades, insuffisants ou
handicapés respiratoires
Liliya Belenko Gentet

Fédération Française de Pneumologie
Professeur Dominique Valeyre
Docteur Mathieu Larrousse

Collège des Pneumologues des Hôpitaux
Généralx
Docteur Laurent Portel
Docteur Cécilia Nocent

Fondation du Souffle
Professeur Antoine Magnan

Société Française d'Allergologie
Professeur Pascal Demoly

Société Française de Médecine d'Urgence
Professeur Thibaut Desmettre
Professeur Patrick Plaisance

Société Francophone des Sciences
Pharmaceutiques Officinales
Thierry Barthelmé
Pierre Merjan

Société Pédiatrique de Pneumologie et
d'Allergologie
Docteur Julie Mazenq
Docteur Rola Abou Taam

Société de Pneumologie de Langue Française
Professeur Arnaud Bourdin
Professeur Cécile Chenivresse

l'asthme et l'asthme sévère en France



Une maladie environnementale marquée
par des disparités sociales



1



2

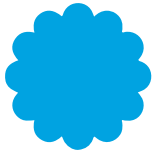
3

4

5

6





I- L'asthme, une priorité de santé publique

Une maladie chronique multiforme...

—— L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes qui touche environ 350 millions de personnes dans le monde. Si les causes exactes de l'asthme restent toujours énigmatiques¹, les études épidémiologiques démontrent que l'asthme est une maladie multifactorielle complexe où les facteurs de risque tant génétiques qu'environnementaux le plus souvent d'origine allergique peuvent influencer sur le déclenchement et l'évolution de la maladie. L'asthme peut se définir comme un trouble ventilatoire obstructif réversible (spontanément ou à l'aide d'un traitement), une hyperréactivité bronchique et/ou des épisodes récurrents de symptômes respiratoires comme l'essoufflement, les sifflements dans la poitrine, la toux ou la sensation d'oppression thoracique². Cette maladie se caractérise également par un processus inflammatoire des voies respiratoires qui rend les bronches plus sensibles à l'inhalation de certaines substances et notamment les allergènes. Ainsi, l'inhalation de ces substances peut déclencher des exacerbations. L'apparition de symptômes respiratoires appelle un soulagement rapide par la prise d'un traitement de crise. Si ces symptômes persistent pendant plusieurs heures et s'aggravent, malgré la prise répétée du traitement de crise, on parle alors d'exacerbation³. Dans les cas les plus graves, les exacerbations peuvent nécessiter une hospitalisation, parfois en unité de soins intensifs ou en réanimation et il y a un risque de mort par asthme.



1- Demoly P, Just J, Annesi-Maesano I, Bousquet J, Michel FM, Prévenir et contrôler l'asthme, quels sont les obstacles ? Comment les surmonter ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, n°4-5, 2014
2- Sofia Temam. Déterminants sociaux et asthme : approche épidémiologique. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2017. Français. NNT : 2017SACLS110. tel-01821462
3- <https://www.ameli-sophia.fr/asthme/mieux-connaître-asthme/crise-dasthme/exacerbation-la-comprendre-pour-mieux-la-prevenir.html> (consulté le 09/07/2020)



Les facteurs déclenchants sont variés : infections respiratoires (en particulier virales), allergènes présents à l'intérieur des habitations (acariens, moisissures, squames) ou sur le lieu de travail, allergènes extérieurs (pollens et moisissures), irritants respiratoires (fumée de tabac, pollution de l'air, irritants présents dans le lieu de travail, pesticides), air froid, exercice physique ou encore certains médicaments comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les traitements bêta-bloquants⁴.

Les exacerbations ne représentent que la partie visible de l'iceberg. Il existe plusieurs formes d'asthme dont certaines sont fortement liées aux allergies tandis que d'autres ne le sont pas⁵. L'asthme allergique est ainsi la forme la plus fréquente d'asthme : le terrain allergique est retrouvé chez 70 à 80 % des adultes asthmatiques et chez 95 % des enfants atteints⁶. Il existe également une forme d'asthme débutant à l'âge adulte qui touche plus souvent les femmes, qui est souvent plus sévère et non allergique ainsi qu'une forme particulière d'asthme associé à l'obésité⁷.

L'asthme allergique, la forme la plus fréquente

Avec 70 à 80 % des patients adultes et 95 % des patients enfants⁸, la forme allergique de l'asthme est la plus fréquente. Cela signifie que les symptômes de l'asthme sont déclenchés par l'exposition à un allergène comme les acariens, les moisissures, les animaux ou les pollens. Le bilan allergologique fait partie des explorations systématiques conduites par l'allergologue ou le pneumologue. Il sera alors parfois possible de recourir à une désensibilisation pour traiter l'allergie. L'objectif est alors de rendre la personne tolérante vis-à-vis de la substance responsable de l'allergie. Elle repose sur l'administration régulière d'extraits allergéniques pendant une période prolongée et s'adresse principalement aux personnes sensibles aux acariens et aux pollens⁹.

8 - <https://asthme-allergies.org/asthme/#1492184100331-9d5eb8bb-7a25>

9 - <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/allergies> [consulté le 17/06/2020]

4- <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/asthme> (consulté le 09/03/2020)

5- Demoly P, Just J, Annesi-Maesano I, Bousquet J, Michel FM, Prévenir et contrôler l'asthme, quels sont les obstacles ? Comment les surmonter ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, n°4-5, 2014

6- <https://asthme-allergies.org/asthme/#1492184100331-9d5eb8bb-7a25> (consulté le 17/06/2020)

7- Sofia Temam. Déterminants sociaux et asthme : approche épidémiologique. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2017. Français. NNT : 2017SACL110. tel-01821462



L'asthme sévère, un asthme pas comme les autres

L'asthme sévère concerne entre 5 et 10 % des patients asthmatiques¹⁰. Cette forme particulière d'asthme constitue un vrai handicap pour les patients au quotidien. En effet, on estime que les asthmatiques sévères ont en moyenne 5 fois plus d'exacerbations que les patients légers à modérés et sont davantage hospitalisés au cours de leur vie. Selon le sondage réalisé par le comité d'experts, près d'un patient asthmatique sévère sur deux s'est rendu aux urgences sur une période d'un an. Par ailleurs, plus de 28 % des répondants ayant un asthme sévère estimaient avoir une mauvaise qualité de vie en raison de l'asthme. 60 % déclaraient que leur maladie avait un impact fort sur l'activité physique et 64 % ressentaient un désavantage au quotidien¹¹.

D'après une autre étude, 77 % des asthmatiques sévères ne peuvent plus pratiquer d'activité physique et 30,9 % d'entre eux souffrent de dépression.

L'asthme est dit « sévère » lorsqu'il nécessite un traitement à dose élevée de corticostéroïdes inhalés, associés à un autre traitement de fond pour prévenir la perte de contrôle (exacerbations, réveils nocturnes...) ou lorsqu'il reste non contrôlé malgré ces traitements¹². Il correspond donc à la forme la plus grave de l'asthme sur une échelle allant de 1 à 5. Le diagnostic d'asthme sévère est complexe et ne peut être porté qu'après un suivi de 6 à 12 mois permettant d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels mais aussi de s'assurer que les causes les plus fréquentes

de mauvais contrôle de l'asthme (difficultés d'observance et/ou de prise des traitements inhalés) sont maîtrisées¹³. En raison de cette complexité, l'asthme sévère reste une maladie sous-diagnostiquée. On peut rappeler que jusqu'à très récemment, on considérait qu'environ 20 % des diagnostics étaient erronés¹⁴. L'asthme sévère demande donc une expertise pneumologique pour son diagnostic mais également pour sa prise en charge thérapeutique et son suivi.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients asthmatiques sévères, il a été mis en place depuis plusieurs années des réunions collégiales de l'asthme. Ces réunions, équivalent des réunions de concertation pluridisciplinaire pour le cancer, rassemblent des spécialistes avec pour objectif de qualifier l'asthme sévère et de proposer un traitement plus spécifique en fonction du phénotype, ce qui contribue à une individualisation des traitements¹⁵. S'il existe le réseau CRISALIS regroupant 12 services de pneumologie de CHU qui a pour objectif la structuration de ces réunions et le parcours de soins en plus de la recherche clinique, ces réunions ne sont pas institutionnalisées et reposent sur des initiatives régionales via la création de réseaux rassemblant des spécialistes. Il est donc fort probable qu'il existe des disparités géographiques en termes d'accès pour les patients à ces réunions collégiales de l'asthme.

10- https://www.has-sante.fr/jcms/c_2823952/fr/asthmes-severes-quels-traitements-proposer-et-dans-quels-cas

11- Sondage online réalisé auprès de 501 patients asthmatiques sur la prise en charge de l'asthme en novembre 2019, OpinionWay

12- Chung KF, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *European Respiratory Journal* 2014;43:343-73

13- Arnaud Bourdin, Pascal Chanez, Le diagnostic de l'asthme sévère en 2016, *La Lettre du Pneumologue*, mars-avril 2016

14- Pascal Chanez, Laurie Patus, Mathilde Volpato, Arnaud Bourdin, Une réunion pluridisciplinaire autour de l'asthme sévère : pour quoi faire ?, *La Lettre du Pneumologue*, novembre-décembre 2019

15- *ibid.*

... qui a de lourdes conséquences tant sociales qu'économiques

En France, la prévalence de l'asthme est évaluée à 6,4 % chez la population adulte et touche 4 millions de personnes¹⁶. C'est la maladie chronique la plus fréquente chez la femme enceinte, tout comme chez l'enfant : selon l'âge, la prévalence varierait entre 10 % et 16 %¹⁷. Si le nombre de décès a diminué depuis les années 1990, on dénombrait 851 décès dont la cause principale était l'asthme en 2014¹⁸.

Trente enfants asthmatiques décèdent chaque année dont 85 % ont moins de 10 ans. Pourtant, ces décès sont en partie évitables. En matière d'hospitalisation, on enregistre, en 2015, 62 782 séjours hospitaliers pour l'asthme. Plus des deux tiers de ces séjours concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans¹⁹. Si le taux annuel d'hospitalisation pour asthme a fortement diminué chez l'adulte au début des années 2000, celui-ci a fortement augmenté chez les enfants depuis 2004²⁰. Par ailleurs, on estime à 200 000 le nombre de passages aux urgences pour asthme²¹.

« Trop souvent, on s'habitue à mal respirer ce qui nous limite considérablement dans notre vie personnelle et professionnelle. Ainsi, certaines tâches banales comme passer l'aspirateur ou courir pour prendre son bus apparaissent difficiles voire impossibles. Nous devons sans cesse nous adapter à la maladie »

LILIYA BELENKO GENTET, FFAAIR

Au-delà de ces événements dramatiques, l'asthme impacte la qualité de vie des patients. Selon le sondage réalisé par le comité d'experts, 36 % des répondants considèrent que l'asthme a un impact sur la vie sociale, 34 % sur la vie familiale, 38 % sur la vie professionnelle, 43 % sur l'activité sportive et 49 % sur les activités physiques quotidiennes. 37 % des asthmatiques se sentent désavantagés dans leur quotidien à cause de leur maladie. Ce chiffre est plus élevé chez les asthmatiques résidant en Île-de-France (49 %), les asthmatiques sévères (64 %), les patients ayant un asthme à l'effort (55 %) et les asthmatiques obèses (48 %)²².

Les infections virales respiratoires, principales causes des exacerbations d'asthme

Les infections liées aux virus à tropisme respiratoire (rhinovirus, virus respiratoire syncytial, virus grippaux...) sont la principale cause d'exacerbation de l'asthme et peuvent être associées à des épisodes respiratoires sévères chez les patients asthmatiques. Plusieurs mécanismes ont été mis en avant pour expliquer cette susceptibilité aux infections virales des asthmatiques, au premier rang desquelles le rôle de l'inflammation de type 2 (caractérisée par une production prédominante des interleukines 4, 5 et 13 qui favorisent les réactions éosinophiles et allergiques,) qui réduirait les réponses immunitaires innées et tout particulièrement la synthèse des différents types d'interférons essentiels à la réponse antivirale.

16- Prévalence et prise en charge de l'asthme de l'adulte en France en 2018 : enquête ASTHMAPOP C. Raherison-Semjen, A. Izadifar, M. Russier, C. Rolland, J. P. Aubert, R. Sellami, D. Leynaud, C. Fabry-Vendrand, A. Didier / Rev Mal Resp 2020

17- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/asthme> (consulté le 09/03/2020)

18- *ibid.*

19- *ibid.*

20- *ibid.*

21- <https://www.lesouffle.org/grand-dossier-asthme-urgences/> (consulté le 14/03/2020)

22- Sondage online réalisé auprès de 501 patients asthmatiques sur la prise en charge de l'asthme en novembre 2019, OpinionWay

« L'asthme a des conséquences sur de nombreux aspects de ma vie. Par exemple, pour le sport. C'est dans ce domaine que je suis le plus gênée car j'ai un asthme d'effort qui est vraiment assez lourd. Je ne m'empêche pas d'aller courir, mais jamais sans mon traitement de secours, jamais. Je ne prévois pas de gros efforts, de longues courses ou des courses trop rapides à cause de mon asthme. J'ai également pris des habitudes quant à mon intérieur : aucune moquette, pas de tapis trop épais... rien qui pourrait renfermer trop d'allergènes et donc provoquer une crise. Il faut que le ménage soit fait très régulièrement, faire attention à la poussière... »

STÉPHANIE LECOMTE, PATIENTE ASTHMATIQUE

Au-delà de l'impact sur la vie sociale des patients, l'asthme a également un poids social et économique important en Europe et en France. Déjà au début des années 2000, on chiffrait, pour la France, à 1,5 milliard d'euros le coût de l'asthme pour la collectivité²³. En 2013, une étude a estimé que les dépenses moyennes de santé en France d'un patient variaient de 90 euros par trimestre pour un asthme contrôlé à 540 euros par trimestre pour un asthme non contrôlé²⁴. Les coûts d'hospitalisation et de passages aux urgences pour l'asthme étaient notamment plus élevés chez les patients non contrôlés et représentaient une part plus importante du coût total direct. Mais le principal coût direct restent les médicaments. Par ailleurs, il faut également prendre en compte les coûts indirects liés à l'impact de la maladie sur l'emploi (perte de productivité, absentéisme, etc.). Au niveau européen, ces coûts sont estimés à environ 20 milliards d'euros pour les coûts directs et à 52 milliards d'euros pour les coûts indirects²⁵.

Asthme et Covid-19 : quels sont les principaux virus associés aux exacerbations d'asthme ?

La détection d'un coronavirus dans les prélèvements respiratoires au cours d'une exacerbation d'asthme varie entre 8,4% chez l'enfant et 20,8% chez l'adulte, ce qui place cette famille de virus au deuxième rang des virus identifiés chez l'adulte derrière les rhinovirus et au quatrième rang chez l'enfant après les rhinovirus, le virus respiratoire syncytial et les entérovirus²⁶. On pouvait donc craindre que l'épidémie actuelle d'infection à SARS-CoV-2 pourrait s'accompagner d'une augmentation du risque d'infection chez l'asthmatique associé à des pneumopathies graves et/ou des exacerbations asthmatiques. Dès les premières publications de cohortes de patients infectés par SARS-CoV-2, il a été intéressant de noter que les patients asthmatiques n'étaient pas surreprésentés²⁷⁻²⁹. Des travaux français récents confirment ce point dans des cohortes de patients hospitalisés pour une pneumopathie sévère Covid-19³⁰. Il est important de souligner que la mortalité des patients asthmatiques infectés n'est pas majorée par rapport à la population générale infectée par SARS-CoV-2 et que le traitement de l'asthme doit être maintenu et adapté au niveau de contrôle de l'asthme³¹.

23- Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'Asthme 2002-2005, ministère de l'Emploi et de la Solidarité et ministère délégué à la Santé, 2002

24- Doz M, Chouaid C, Com-Ruelle L, Calvo E, Brosa M, Robert J, Decuyper L, Pribil C, Huerta A, Detourmay B, The association between asthma control, health care cost, and quality of life in France and Spain, BMC Pulmonary Medicine, 2013

25- Selroos O, Kupczyk M, Kuna P and al., National and regional asthma programmes in Europe, Review asthma and allergy, 2014

26- Zheng XY, Xu YJ, Guan WJ, Lin LF. Regional, age and respiratory-secretion-specific prevalence of respiratory viruses associated with asthma exacerbation: a literature review. Arch Virol 2018; 163:845-53

27- Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395: 497-506

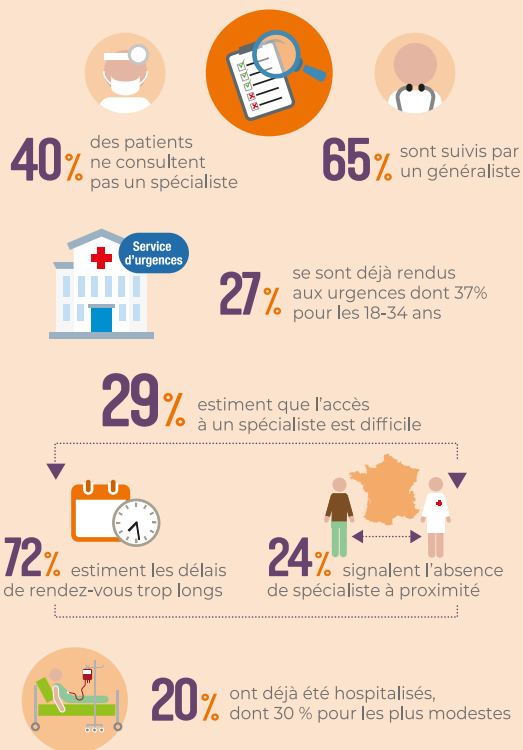
28- Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to Covid-19 in Italy. JAMA 2020 doi:10.1001/jama.2020.4683

29- CDC Covid-19 Response Team Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with coronavirus disease 2019 — United States, February 12–March 28, 2020 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6913e2-H.pdf> [2020]

30- Grandbastien M, Piotin A, Godet J, Abessolo-Amougou I, Ederlé C, Enache I, Fraisse P, Tu Hoang TC, Kassegne L, Labani A, Leyendecker P, Manien L, Marcot C, Pomart G, Renaud-Picard B, Riou M, Doyen V, Kessler R, Fafi-Kremer S, Metz-Favre C, Khayath N, de Blay F. SARS-CoV-2 pneumonia in hospitalized asthmatic patients did not induce severe exacerbation. J. Allergy Clin. Immunol. Pract. [Internet] 2020 [cited 2020 Jul 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7320869/>.

31- Beurnier A, Jutant EM, Jevnikar M, Boucly A, Pichon J, Preda M, Frank M, Laurent J, Richard C, Monnet X, Duranteau J, Harrois A, Chaumais MC, Bellin MF, Noël N, Bulifon S, Jais X, Parent F, Seferian A, Savale L, Sitbon O, Montani D, Humbert M. Characteristics and outcomes of asthmatic patients with Covid-19 pneumonia who require hospitalization. Eur Respir J 2020; 56:2001875.

► 1. Prise en charge



► 2. Conséquences



► 3. Connaissance des facteurs aggravants



L'asthme en France

Ces données proviennent du sondage online OpinionWay.

II- Contrôle de la maladie et réduction du risque futur : deux enjeux majeurs de la prise en charge des patients asthmatiques

—— Maladie chronique, l'asthme va persister toute la vie malgré des phases de rémission pouvant durer plusieurs années (faisant parfois oublier la maladie). Dès lors, l'objectif de la prise en charge est d'obtenir et de maintenir un contrôle optimal de la maladie ainsi que de réduire le risque futur. Ce contrôle doit mener à l'absence de symptômes dans l'accomplissement d'une vie sans limitation, à la normalisation de la fonction pulmonaire et à éviter la mortalité engendrée par la maladie³².

L'obtention de ce contrôle de la maladie passe par :

- l'éviction des facteurs déclenchants (allergènes et irritants, dont le tabac)
- l'éducation thérapeutique
- la combinaison d'un traitement de fond pour éviter les crises et maintenir la fonction respiratoire normale et d'un traitement dit « de secours » pour soulager les symptômes lors d'un épisode aigu d'asthme.

Cela suppose un diagnostic de certitude qui repose sur un interrogatoire précis du patient (fréquence des crises, circonstance de survenue, antécédents familiaux...).

Il doit être suivi d'un examen du souffle ou d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), afin de confirmer le diagnostic et suivre l'évolution de la maladie³³. L'enquête allergologique est indispensable aussi bien par l'interrogatoire que par les explorations et notamment les tests cutanés, aussi appelés *Pricks tests*. Outre l'importance du diagnostic, la prise en charge repose sur l'identification et l'éviction des facteurs déclenchants et l'évaluation régulière du contrôle de la maladie qui permet d'adapter la stratégie thérapeutique avec une recherche de la dose minimale efficace. En d'autres termes, l'accès au pneumologue, indispensable, demeure un point de vigilance, certaines régions étant moins favorisées du fait de l'éloignement et/ou des délais d'attente.



32- Demoly P, Just J, Annesi-Maesano I, Bousquet J, Michel FM, Prévenir et contrôler l'asthme, quels sont les obstacles ? Comment les surmonter ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, n°4-5, 2014

33- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme>

34- Sofia Ternam. Déterminants sociaux et asthme : approche épidémiologique. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2017. Français. NNT : 2017SACL110. tel-01821462

La deuxième dimension de la prise en charge des patients asthmatiques est la réduction du risque futur. Cela suppose une évaluation régulière de l'exposition du patient aux facteurs déclenchants, de l'évolution de la fonction respiratoire et une surveillance des effets secondaires des médicaments prescrits, en particulier des corticoides inhalés. Cette évaluation doit ainsi permettre d'ajuster le traitement du patient en fonction de sa situation. Cette démarche d'évaluation et d'ajustement des traitements doit se faire de manière permanente.

Grâce à une prise en charge adaptée du patient, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations de l'asthme. Lorsqu'il n'est pas suffisamment contrôlé, l'asthme se caractérise par des crises et/ou des exacerbations fréquentes et une atteinte de la fonction ventilatoire. Cela conduit à une qualité de vie dégradée avec un impact économique et social important, et dans les cas les plus graves à des hospitalisations voire même des décès³⁴.

« Contrôler son asthme nécessite de mobiliser des connaissances variées et de mettre en œuvre un véritable plan d'action : les patients bénéficieraient grandement de se voir remettre systématiquement et par écrit ce plan d'action. Nous avons également besoin d'un accès facilité à l'éducation thérapeutique ainsi que d'une offre étoffée et mieux répartie sur le territoire. »

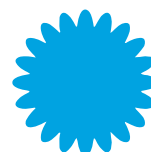
CHRISTINE ROLLAND, DIRECTRICE DE ASTHME ET ALLERGIES

Le traitement de fond, complément indispensable du traitement de crise

La prise en charge thérapeutique de l'asthme repose sur la combinaison d'un traitement de crise pour soulager les symptômes en cas de crise et d'un traitement de fond à visée préventive.

- Les corticoides inhalés ont une action anti-inflammatoire. Ils constituent l'indication de référence dans le contrôle global de l'asthme à long terme et sont utilisés afin de prévenir l'apparition des symptômes et limiter l'intensité des crises et des exacerbations. En raison de leur action anti-inflammatoire, ils ont permis de transformer le pronostic de la maladie.
- Les bronchodilatateurs inhalés permettent de soulager les symptômes en cas de gêne respiratoire. Ils sont classés en deux catégories selon leur durée d'action :
 - Les bronchodilatateurs inhalés d'action rapide qui ont une action pharmacologique immédiate. Ils agissent en quelques minutes et ils ont été confirmés comme le traitement de choix lors des crises³⁵,
 - Les bronchodilatateurs inhalés de longue durée d'action qui sont utilisés comme traitement de fond en complément d'un anti-inflammatoire inhalé.

35- Demoly P, Just J, Annesi-Maesano I, Bousquet J, Michel FM, Prévenir et contrôler l'asthme, quels sont les obstacles ? Comment les surmonter ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, n°4-5, 2014



III- Une maladie environnementale marquée par les disparités sociales

24/25

— Comme pour de nombreuses maladies chroniques, les maladies respiratoires, y compris l'asthme, sont marquées par des disparités sociales. D'après une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) de 2006, les catégories sociales les plus défavorisées souffrent davantage d'asthme. Selon cette étude, 9,7% des personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 550 euros par unité de consommation (€/UC) souffrent d'asthme contre 5,7% pour les personnes vivant dans les ménages dont le revenu est supérieur à 1300 €/UC³⁶. La même étude notait également des disparités selon la profession et l'occupation principale : la prévalence de l'asthme est moindre chez les actifs occupés que chez les chômeurs. Elle est bien plus élevée chez l'ensemble des retraités/veufs, femmes au foyer, étudiants et autres inactifs. Par ailleurs, certains métiers exposent à un risque plus élevé d'asthme en raison de la présence d'allergènes et de produits chimiques.

Le lien entre le niveau d'études et l'asthme a également été investigué. Une étude norvégienne a ainsi montré que les personnes avec un niveau d'études faible avaient un risque plus élevé de développer de l'asthme et des symptômes respiratoires³⁷. Ces résultats recoupent les observations de l'IRDES, dans lesquelles la prévalence est plus élevée parmi les personnes n'ayant pas atteint le premier cycle de scolarité par rapport à celles ayant au moins le niveau baccalauréat³⁸.

L'asthme professionnel

L'asthme professionnel représente 5 à 10% des cas d'asthme en France. Six métiers représentent plus de la moitié des cas : les boulangers et pâtisseries exposés à la farine, les métiers de la santé, les coiffeurs exposés à des produits comme les persulfates de sodium, les peintres exposés aux isocyanates, les travailleurs du bois, ou encore les employés de nettoyage.

L'apparition d'un asthme chez une personne exerçant l'une de ces activités doit systématiquement conduire à un bilan respiratoire et allergologique et à une enquête professionnelle à laquelle le médecin du travail est associé. Si les critères sont remplis, le patient peut bénéficier de sa reconnaissance au titre des maladies professionnelles et d'une indemnisation. Le pronostic des asthmes professionnels est souvent médiocre, même après suppression de l'exposition à la substance qui le provoque. La maladie a souvent des répercussions importantes sur la vie des patients : interruption de travail, reclassement...³⁹

Extrait de la page sur l'asthme de l'INSERM (<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/asthme>)

39- <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/asthme> (consulté le 09/03/2020)

36- Afrite A, Allonier C, Come-Ruelle L, Le Guyen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. IRDES. Rapport n°549, janvier 2011, p.15

37- Eagan & Coll., The effect of educational level on the incidence of asthma and respiratory symptoms, Respiratory Medicine, 2004

38- Afrite A, Allonier C, Come-Ruelle L, Le Guyen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. IRDES. Rapport n°549, janvier 2011, p.15

► Asthme, les principaux facteurs de risque

Les allergènes



Acarie domestique



Animaux domestiques



Pollens



Moisissures

L'exposition au tabac



L'obésité



L'exposition aux produits

de nettoyage à domicile et aux polluants intérieurs : javel, sprays, désodorisants, bougies, encens



La pollution de l'air



Pesticides



Rejets industriels



Voitures

Sept métiers

sont à l'origine de plus de la moitié des asthmes professionnels en France



Coiffeurs



Métiers de la santé



Pâtisseries



Peintres



Boulangers



Travailleurs du bois



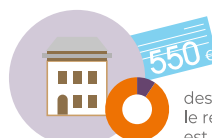
Personnels de nettoyage

► Les disparités sociales jouent également un rôle

Les catégories sociales les plus défavorisées souffrent davantage d'asthme



La prévalence de l'asthme est moindre chez les actifs occupés que chez les chômeurs



des personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 550 €/UC* souffrent d'asthme

► Pourquoi ?

Un certain nombre de facteurs de risque de l'asthme sont socialement distribués



Expositions professionnelles



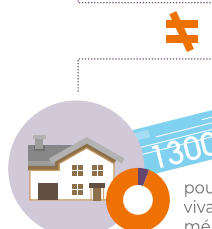
Mal logement



Exposition au tabac



Obésité



pour les personnes vivant dans les ménages dont le revenu est supérieur à 1300 €/UC*

* Euros par unité de consommation.

Un certain nombre de facteurs de risque de l'asthme sont socialement distribués. C'est notamment le cas de l'exposition tabagique, des comportements alimentaires, de l'obésité ou des expositions professionnelles. Ainsi, pour les comportements alimentaires, il a été démontré qu'ils sont liés au statut socio-économique⁴⁰. Les personnes ayant suivi des études supérieures ont des repas plus équilibrés alors que les personnes qui se sont arrêtées au primaire/ collège boivent plus de soda et privilégient la viande (hors volaille) et les pommes de terre. On observe le même constat concernant le surpoids et l'obésité dont la prévalence diminue avec le niveau d'études. Dans son rapport de 2016 sur le mal-logement, la Fondation Abbé Pierre montrait que celui-ci touchait plus particulièrement les milieux défavorisés et avait des conséquences sur la santé des habitants dont le développement de l'asthme⁴¹. Par ailleurs, il ressort d'une étude de Médecins du Monde, menée auprès de 54 familles vivant dans des logements insalubres du Val-de-Marne que les enfants souffrent pour 48 % d'entre eux de rhinites, d'otites ou de maux de gorge, 17 % d'asthme et autant d'eczéma et de troubles du sommeil⁴². On peut également émettre l'hypothèse que les individus socialement désavantagés seraient plus exposés aux nuisances environnementales comme la pollution atmosphérique, domestique (en particulier liée au tabagisme et à l'habitat insalubre) ou professionnelle par des agents toxiques ou allergéniques. Si plusieurs études nord-américaines ont mis en évidence l'existence de disparités environnementales et d'une plus grande exposition à la pollution atmosphérique pour les groupes sociaux désavantagés et les minorités ethniques, ce constat ne s'applique pas directement au contexte européen en raison des grandes différences socio-spatiales entre les deux continents. Des études menées dans des pays européens comme l'Italie, l'Espagne ou la France ont rapporté des résultats contradictoires sur le lien entre un statut socio-économique bas et pollution de l'air. Ces résultats contradictoires montrent que les disparités environnementales dépendent en partie des contextes urbains et régionaux ainsi que de l'organisation de l'espace urbain⁴³.

Comme mentionné plus haut, toute la prise en charge de l'asthme repose sur le contrôle optimal de la maladie. S'il existe peu d'études portant sur le lien entre statut socio-économique et contrôle de l'asthme, la majorité des études rapporte qu'un statut socio-économique bas est associé à un moins bon contrôle de l'asthme ou à l'utilisation plus fréquente d'un traitement de crise. En effet, la gestion de

l'asthme suppose l'évitement des facteurs déclencheurs et potentiellement une modification des comportements à risque comme l'arrêt du tabac ou l'adoption d'une alimentation équilibrée. Cependant, l'évitement des facteurs déclenchants est généralement socialement distribué. Ainsi, les fumeurs dans les catégories sociales les plus désavantagées sont moins susceptibles de réussir à arrêter de fumer. Les disparités sociales peuvent également jouer un rôle en termes d'accès aux soins et de recours au traitement. Ainsi, l'étude de 2006 de l'IRDES observait des variations en fonction du revenu du ménage en termes de paliers de traitement. Les ménages avec un faible revenu étaient plus fréquemment traités par des doses de médicaments faibles ou moyennement faibles alors que les ménages au revenu élevé étaient plus fréquemment traités avec des doses de médicaments élevés. Au-delà du constat, les raisons de ces différences ne sont pas établies.

« Une partie de la population est mal diagnostiquée faute de disponibilité de moyens suffisants d'exploration fonctionnelle respiratoire en ville pour les enfants. Il faut aller voir des pneumologues ou des pneumo-pédiatres. Un des problèmes est que les pneumo-pédiatres sont peu nombreux. Si les pneumologues voient des enfants, ils ont en général plus de 5 ans. L'accessibilité est donc différente pour les malades et elle n'est pas facile ».

DR JULIE MAZENQ,
PNEUMO-PÉDIATRE À L'HÔPITAL DE LA TIMONE
(MARSEILLE)

Si l'asthme est mieux connu tant du grand public que des professionnels de santé grâce au plan asthme 2002–2005, un nombre encore trop important de patients asthmatiques reste sans suivi spécialisé. D'après le sondage online réalisé par OpinionWay pour le compte du comité d'experts, 40 % des patients suivis par leur médecin traitant n'auraient pas été orientés vers un médecin spécialiste en pneumologie ou en allergologie⁴⁴. Dans le cas des enfants, ceux-ci peuvent être amenés à consulter des pneumologues adultes à la place des pneumo-pédiatres, comme en témoigne le Dr Julie Mazenq. Cependant, il convient de préciser que la prise

40- https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/07/18/l-alimentation-grand-marqueur-des-inegalites-sociales-en-france_5161988_4355770.html

41- https://www.lemonde.fr/logement/article/2016/01/28/tuberculose-asthme-otites-quand-le-mal-logement-degrade-la-sante_4855602_1653445.html

42- *ibid.*

43- Sofia Temam, Déterminants sociaux et asthme : approche épidémiologique. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2017. Français. NNT : 2017SACL110. tel-01821462

44- Sondage online réalisé auprès de 501 patients asthmatiques sur la prise en charge de l'asthme en novembre 2019, OpinionWay

en charge des enfants est différente des adultes. En effet, les posologies maximales des corticoïdes inhalés sont inférieures aux posologies des adultes. De plus, il faut surveiller de très près les effets sur la croissance et la fonction surrénalienne lorsque les corticoïdes inhalés sont pris à haute dose. Enfin, les asthmes difficiles à traiter et les asthmes sévères doivent bénéficier d'une expertise à la fois pneumologique et pédiatrique pour assurer une prise en charge optimale. À ces difficultés d'accès aux spécialistes quel que soit l'âge des patients s'ajoute également la problématique des déserts médicaux. D'après un dossier de la DREES de mai 2017⁴⁵, on estime que 8 % de la population française réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes. C'est-à-dire une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. Cette faible accessibilité touche des espaces ruraux comme urbains. Pour ces populations-là, la difficulté à accéder à un professionnel de santé de premier recours peut amener les patients les plus éloignés à renoncer aux soins, étant donné que l'asthme est une maladie qui a des conséquences sur la mobilité. Un autre enjeu de la prise en charge est le suivi des patients après un passage aux urgences où, en effet, on estime que 30 % des asthmatiques récidiveront dans le mois suivant car ils n'auront pas consulté un pneumologue. Pourtant, cette consultation revêt une grande importance car elle permet de réintroduire le patient dans un circuit de soins. Là encore le recours aux urgences est socialement marqué avec un nombre de passages plus élevé chez les personnes asthmatiques ayant une couverture médicale universelle complémentaire⁴⁶.

« À Melun, nous observons depuis cinq années une augmentation des patients en situation de précarité soit financière soit sociale. Cette dernière forme est la plus dangereuse car elle pousse les gens à l'isolement et à sortir du système de santé. Certes, la situation de précarité ne va pas être forcément la cause de la rupture de traitement mais cela peut être le facteur aggravant. Cette augmentation a modifié notre rôle initial dans la mesure où nous entamons un travail de lutte contre l'isolement psycho-social. L'objectif est de faire en sorte que les patients soient réintégrés dans le parcours de soins et qu'ils prennent mieux leur traitement. »

VIRGINIE SERABIAN, CADRE DE SANTÉ AU GHSIF DE MELUN / COORDINATRICE GT IDE SPLF



STÉPHANIE VOURCH,
MÉDECIN GÉNÉRALISTE À PORNICHET (LOIRE-ATLANTIQUE)

Les adolescents « lâchent » un peu leur traitement. On a vraiment du mal à les capter et pour ça il faudrait déjà les voir en consultation. Or, selon eux, ils vont bien et donc ils ne viennent pas consulter. Lorsque je les vois, je travaille beaucoup sur la prévention du tabac et la pratique sportive car il existe des risques tabagiques pour les adolescents qui sont asthmatiques sévères. Malheureusement de nombreux asthmatiques fument, notamment les ados qui le cachent et qui ont du mal à adhérer au sevrage. Ils n'ont pas l'impression de se mettre en danger, c'est pourquoi j'en parle à chaque consultation,

systématiquement, la répétition finit par agir. L'éducation thérapeutique est une vraie piste pour améliorer les choses. Avant, il y avait une école de l'asthme pour les enfants dans la localité où j'exerce mais ça n'existe plus. Or, c'était très bien. Les enfants doivent être accompagnés très tôt pour l'adhésion, la prévention, la pratique sportive. Il y a un vrai déficit de compréhension de la maladie car ils pensent qu'en ayant tout le temps leur traitement dans leur poche, on va réussir à gérer son asthme. Il y a un vrai enjeu d'« attraper » les enfants avant l'adolescence.

45- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>

46- L'état de santé de la population en France, rapport 2017, Drees & Santé publique France, 2017

33

propositions
pour **améliorer**



28/29

la prise en
charge de
l'asthme et
de l'asthme
sévère



1



2

3

4

5

6



33 propositions pour une meilleure prise en charge de l'asthme et de l'asthme sévère

Cliquez sur chaque proposition pour accéder à son contenu.

1/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ASTHMATIQUE

- 1 : Mettre en place une surveillance épidémiologique sur l'asthme et sur l'asthme sévère
- 2 : Mettre au service des patients asthmatiques les innovations déployées en matière d'organisation des soins
- 3 : Systématiser l'orientation vers un pneumologue de tout patient passant aux urgences pour une crise d'asthme
- 4 : Mettre en place un PRADO spécifique à l'asthme sévère
- 5 : Promouvoir la réalisation systématique d'un examen du souffle, notamment lors d'une téléconsultation
- 6 : Promouvoir le plan d'action personnalisé écrit pour les patients asthmatiques
- 7 : Labelliser les applications sur l'asthme
- 8 : Faire de l'asthme et la santé respiratoire un axe prioritaire de l'action du service sanitaire des étudiants en santé
- 9 : Sensibiliser aux enjeux de l'asthme l'ensemble des parties prenantes (ou des professionnels de santé) intervenant dans la grossesse
- 10 : Systématiser l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire pour l'asthme sévère afin de faciliter l'accès aux nouvelles thérapies

2/ RENFORCER LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME POUR LES PATIENTS ASTHMATIQUES

- 11 : Renforcer l'application des mesures antitabac et des aides au sevrage existantes
- 12 : Sensibiliser le grand public et les professionnels de santé au tabagisme pendant la grossesse et au risque d'asthme pour le nouveau-né

3/ PROMOUVOIR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET LA FORMATION DU PATIENT

- 13 : Développer plus largement les programmes d'éducation thérapeutique et de formation du patient asthmatique
- 14 : Inciter les professionnels de santé à orienter les patients vers des programmes d'éducation thérapeutique du patient
- 15 : Intégrer pleinement les pharmaciens dans les programmes d'éducation thérapeutique des patients asthmatiques
- 16 : Développer la formation de patients asthmatiques experts





4/ FAVORISER LA PRATIQUE SPORTIVE ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES PATIENTS ASTHMATIQUES ET LUTTER CONTRE LES IDÉES REÇUES

- 17 : Développer un MOOC certifiant Asthme et Sport à destination de tous les encadrants sportifs
- 18 : Encourager les fédérations sportives à mettre en place un accueil adapté aux personnes asthmatiques
- 19 : Instaurer le remboursement de l'activité physique adaptée pour les patients asthmatiques les plus sévères
- 20 : Promouvoir la connaissance de l'asthme auprès des Maisons Sport-Santé pour un meilleur accueil des patients asthmatiques

5/ DÉVELOPPER UNE CULTURE ET UNE CONNAISSANCE DE L'ASTHME AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ ÉDUCATIVE

- 21 : Déployer des campagnes visant à dédramatiser le recours aux traitements antiasthmatiques
- 22 : Promouvoir la formation à la santé respiratoire et à l'asthme dans chaque établissement scolaire
- 23 : Instaurer un référent maladie chronique dans chaque établissement scolaire
- 24 : Former spécifiquement les professeurs d'EPS à l'activité sportive des enfants asthmatiques

6/ LUTTER CONTRE LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- 25 : Organiser un financement national et pérenne des CMEI
- 26 : Doter les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur d'un statut rendant obligatoire leur consultation
- 27 : Systématiser la réalisation d'un audit environnemental du domicile des patients asthmatiques
- 28 : Réviser les critères d'insalubrité des bâtiments pour y inclure celui de la moisissure
- 29 : Faciliter le financement des travaux d'assainissement
- 30 : Promouvoir les labels « Allergènes contrôlés » et « Qualité de l'air contrôlé »
- 31 : Promouvoir la réduction de la pollution atmosphérique
- 32 : Disposer d'un indice global et accessible à tous de la qualité de l'air
- 33 : Améliorer la gestion des plantes émettrices de pollens allergisants au sein des collectivités territoriales





[Retour au résumé des propositions](#)

1



AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ASTHMATIQUE

32/33





27% des patients asthmatiques se sont déjà rendus aux urgences, dont 65% au cours des deux dernières années⁴⁷

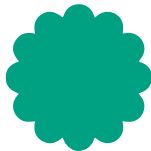
LE CONSTAT:

« Un des points noirs de la prise en charge des patients asthmatiques reste le suivi après un passage aux urgences. Beaucoup trop de patients n'intègrent pas un parcours de soins et nous savons qu'ils reviendront dans les mois qui suivent. Tout cela est pourtant évitable s'ils étaient suivis par un pneumologue après leur passage. »

PROFESSEUR DOMINIQUE VALEYRE,
PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE PNEUMOLOGIE.

Cette question du suivi des patients après un passage aux urgences est d'autant plus prégnante que, selon le sondage online OpinionWay, environ 27% des patients se sont rendus aux urgences dont 37% pour les moins de 34 ans. Le recours aux urgences est fréquemment associé à un asthme non contrôlé. Depuis les années 1990, la prise en charge des patients asthmatiques s'est améliorée comme l'atteste la diminution des décès depuis les années 1990 et des hospitalisations au début des années 2000. Malgré ces efforts, un nombre encore important de patients asthmatiques n'a jamais consulté un médecin spécialiste (pneumologue ou pneumo-allergologue).

« Ce déficit reste élevé. Il est en effet recommandé que le patient voit au moins une fois un spécialiste au cours de sa prise en charge, et bénéficie d'un suivi fonctionnel respiratoire régulier en cas d'asthme persistant »,
a commenté le Pr Nicolas Roche.



PROPOSITION 1 :

METTRE EN PLACE UNE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR L'ASTHME ET SUR L'ASTHME SÉVÈRE

À ce jour, la France ne dispose pas de surveillance épidémiologique sur l'asthme et sur l'asthme sévère. Il n'est donc pas possible de suivre l'évolution de la situation sur cette pathologie et ainsi d'en adapter les politiques de santé. Pourtant, l'analyse systématique des décès par asthme peut s'avérer riche d'informations comme l'a montré une récente étude en Angleterre. Elle avait mis en évidence des facteurs évitables chez deux tiers des patients décédés : 60 % n'avaient pas de suivi spécialisé, 47 % avaient déjà été hospitalisés pour asthme, 77 % n'avaient pas de plan d'action d'urgence et 80 % n'avaient pas, ou insuffisamment, de traitement de fond par corticoïde inhalé⁴⁸. Ces enseignements avaient permis d'adapter les recommandations et d'orienter la politique de santé. Le comité d'experts estime que la France doit se doter d'une surveillance épidémiologique sur l'asthme. **Cette surveillance pourrait être mise en place par Santé Publique France et les données mises à disposition dans le cadre du Health Data Hub.** Le recueil de ces données permettrait en outre de procéder à une analyse approfondie des décès des patients asthmatiques pour en déterminer les facteurs, d'établir des objectifs de réduction de la mortalité, du taux d'hospitalisation pour exacerbations et d'en faire le suivi. ●



Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 2 :

METTRE AU SERVICE DES PATIENTS ASTHMATIQUES LES INNOVATIONS DÉPLOYÉES EN MATIÈRE D'ORGANISATION DE SOINS

Ma santé 2022, la stratégie de transformation du système de santé, place le patient au cœur du système et fait de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme. Pour cela, elle a défini l'exercice coordonné comme la clef de voûte de la prise en charge du patient en incitant les professionnels de santé à se regrouper au sein de structures coordonnées et mutualisées. Le plan prévoit également de redonner du temps aux médecins par la création de postes des assistants médicaux et le développement des infirmières de pratique avancée.

Si la création de dix parcours de soins pour les principales pathologies chroniques est une mesure forte pour améliorer la prise en charge des patients, la santé respiratoire et les enjeux spécifiques de l'asthme doivent être mis au cœur de cette refonte de notre système de santé. Pour cela, **les experts du groupe de travail Asthme & Inégalités préconisent l'instauration d'un référent asthme au sein des CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ou autres structures coordonnées de soins.** Il aura pour rôle de diffuser des éléments de connaissance sur l'asthme et d'orienter le patient vers les spécialistes. Cette fonction pourra être assumée, par exemple, par les infirmières de pratique avancée (IPA) qui peuvent jouer un rôle important dans l'accompagnement des patients. En effet, elles auront la responsabilité du suivi régulier des patients pour leur pathologie. Elles pourront prescrire

des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler certaines prescriptions médicales⁴⁹. Ces compétences élargies pourront ainsi éviter des ruptures de parcours de soins. Le comité d'experts souligne néanmoins la nécessité de former ces infirmières à l'asthme. En complément, le comité d'experts estime qu'il serait pertinent que chaque structure dispose d'un annuaire recensant les différents réseaux de soins impliqués dans l'asthme.

Un des outils pour réduire les inégalités territoriales et sociales en santé est le contrat local de santé. Établi conjointement par l'agence régionale de santé et la collectivité territoriale, il est un moyen efficace pour améliorer le parcours de soins et de santé au niveau local en prenant en compte les facteurs ayant une incidence sur la santé et la vie des populations (logement, environnement, travail, éducation, etc.). L'asthme étant une maladie marquée par les disparités sociales et où l'environnement joue un rôle important, **le comité d'experts estime que les contrats locaux de santé devraient intégrer un volet spécifique sur les maladies respiratoires dont l'asthme.**

Pour améliorer le suivi des patients asthmatiques au niveau des cabinets médicaux, une piste intéressante est le développement du dispositif ASALEE (Actions de Santé Libérale En Équipe). Ce dispositif propose un accompagnement individuel,

par un infirmier spécifiquement formé, de patients atteints de maladies chroniques au sein des cabinets médicaux. Les évaluations menées au niveau national ont montré que le dispositif ASALEE permettait de générer des gains de temps significatifs pour le praticien, d'améliorer sensiblement la qualité des soins pour les patients chroniques et de favoriser une approche plus globale avec plus de prescription et moins d'hospitalisations⁵⁰. **Au vu des bénéfices pour les patients chroniques, le comité d'experts estime que la mise en place du dispositif ASALEE devrait être encouragée et étendue aux patients asthmatiques sous réserve d'une formation spécifique.**

Une autre piste pour améliorer le suivi des patients asthmatiques serait d'impliquer les pharmaciens dans le repérage des patients non contrôlés. En effet, forts de leur maillage territorial, les pharmaciens sont des professionnels de santé de proximité. Ils pourraient ainsi vérifier la fréquence de certains médicaments et utiliser des questionnaires de symptômes type ACT score pour identifier les patients non contrôlés et ainsi les réorienter vers un pneumologue. ●



49- <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies> (consulté le 13/03/2020)

50- <https://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins> (consulté le 19/03/2020)



PROPOSITION 3 :

SYSTÉMATISER L'ORIENTATION VERS UN PNEUMOLOGUE DE TOUT PATIENT PASSANT AUX URGENCES POUR UNE CRISE D'ASTHME

La consultation aux urgences fait partie des signes indiquant que le patient est à risque d'évolution défavorable à court et plus long terme.

Il est donc nécessaire d'organiser une filière de soins pour évaluer et traiter ces patients asthmatiques afin d'éviter un nouveau recours aux urgences. Ainsi, tout patient doit systématiquement sortir des urgences avec les coordonnées ou un rendez-vous pour une consultation ou une téléconsultation chez un pneumologue. Un dispositif de suivi téléphonique post-urgence pourrait être déployé sur l'ensemble du territoire pour s'assurer que le patient se soit bien rendu chez le pneumologue. Ce dispositif pourrait être complété par un meilleur recueil des informations aux urgences pour les patients dits externes, notamment pour le diagnostic, en les intégrant dans la base OSCOUR. •

PROPOSITION 4 :

METTRE EN PLACE UN PRADO SPÉCIFIQUE À L'ASTHME SÉVÈRE

Le Programme de Retour À Domicile (PRADO) est un service initié par l'Assurance Maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Il a pour objectif de renforcer la prise en charge et le suivi du patient dès sa sortie d'hospitalisation dans la perspective d'éviter les ré-hospitalisations. Il repose sur un conseiller de l'Assurance Maladie qui est le coordinateur entre le patient et les professionnels de santé⁵¹.

Ce dispositif devrait être étendu aux patients asthmatiques sévères hospitalisés. Il devra comporter des objectifs de réduction des hospitalisations et pourrait s'intégrer dans le dispositif Sophia asthme existant. Sur le modèle de la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), une expérimentation dans certains départements pourrait être initiée avant une extension à l'ensemble du territoire français. •





Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 5 :

PROMOUVOIR LA RÉALISATION SYSTÉMATIQUE D'UN EXAMEN DU SOUFFLE, NOTAMMENT LORS D'UNE TÉLÉCONSULTATION

Aujourd'hui, trop peu de patients asthmatiques ont accès à une mesure de la fonction respiratoire. Cependant, elle est un moyen d'explorer le diagnostic de l'asthme ou de le réévaluer. Elle permet également d'évaluer le contrôle de l'asthme, de montrer au patient la réalité de sa maladie et l'efficacité du traitement, d'évaluer les risques futurs (exacerbations, déclin de la fonction respiratoire, handicap respiratoire). Il est donc important que chaque patient puisse bénéficier d'un bilan du souffle, soit une fois par an pour les patients contrôlés, soit une fois tous les trois mois pour les patients non contrôlés ou souffrant d'un asthme sévère⁵². Pour cela, il serait pertinent de s'appuyer sur les structures d'exercice coordonné territoriales telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de santé. Chacune de ces structures pourrait être équipée de spiromètres et la mesure du souffle pourra être confiée à des acteurs médicaux, aux infirmières de pratique avancée ou du dispositif ASALEE sous réserve d'une formation. ●



PROPOSITION 6 :

PROMOUVOIR LE PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ ÉCRIT POUR LES PATIENTS ASTHMATIQUES

Les exacerbations, notamment si elles durent, peuvent être une situation dangereuse et très stressante pour le patient asthmatique et ses proches et la conduite à tenir n'est pas toujours évidente. N'y sachant pas réagir, il peut arriver que celles-ci soient sous-estimées, le patient ou son entourage pensant que celles-ci ne seraient que passagères ou que la prise du traitement soit retardée.

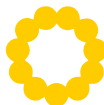
Pour aider les patients à prévenir la crise et en cas de crise, il existe un document *Le Plan d'action personnalisé écrit* qui détaille la conduite à adopter pour gérer les exacerbations. Ce document établi par le médecin répertorie les symptômes en cas de crise ainsi que les signes d'aggravation. Il indique quels médicaments prendre et comment les prendre en fonction de la gravité et de la durée des exacerbations. Il précise également les situations où il faut appeler les services d'urgence⁵³.

Cependant, encore aujourd'hui, trop peu de patients possèdent ce document pourtant essentiel. Conformément aux recommandations internationales GINA, le comité d'experts appelle à une meilleure sensibilisation des professionnels de santé sur la nécessité pour les patients de disposer de ce document. Cette sensibilisation pourrait passer par des actions de formation auprès des professionnels de santé.

Il s'agit d'encourager les médecins à mettre à la disposition de leurs patients asthmatiques et de leur entourage un document écrit servant de guide et d'aide-mémoire. Ce document pourrait intégrer la carte *Asthme-Agir* développée par l'association Asthme & Allergies et qui récapitule les cinq règles à suivre en cas de crise. ●

52- Raherison, C., Bourdin, A., Bonniaud, P., Deslée, G., Garcia, G., Leroyer, C., Taillé, C., De Blic, J., Dubus, J.-C., Tillié-Leblond, I., & Chanez, P. (2016). Updated guidelines (2015) for management and monitoring of adult and adolescent asthmatic patients (from 12 years and older) of the Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) (Full length text). *Revue des Maladies Respiratoires*, 33(4), 279-325. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.03.002>

53- <https://www.ameli.fr/yvelines/assure/sante/themes/asthme-traitement/le-plan-daction-personnalise-un-outil-pour-mieux-gerer-la-crise> (consulté le 12/03/2020)



PROPOSITION 7 :

LABELLISER LES APPLICATIONS SUR L'ASTHME

Avec l'essor du numérique et de la e-santé, les patients ont de plus en plus accès à des applications les aidant à gérer leur crise, à contrôler leur asthme. Si certaines ont été développées par l'Assurance Maladie à l'image d'Asthm'Activ, ce n'est pas le cas de toutes les applications. Cependant, à ce jour, il n'existe pas d'application labellisée que les professionnels de santé pourraient recommander à leurs patients.

La loi santé du 24 juillet 2019 prévoit que l'accès à des applications labellisées soit accessible d'ici 2022 dans le cadre du futur espace numérique de santé accessible en ligne. Dans cette perspective, le comité d'experts estime que **le processus de labellisation des applications sur les maladies respiratoires et l'asthme devrait comporter une phase de consultation des médecins et des patients.** Cela pourrait passer, comme le propose l'institut Montaigne, par la création d'une commission d'évaluation des technologies numériques de santé intégrant représentants de patients et professionnels de santé au sein de la Haute Autorité de Santé. Cette commission aurait pour objectif d'évaluer le bénéfice clinique de l'application pour le patient. ●

PROPOSITION 8 :

FAIRE DE L'ASTHME ET LA SANTÉ RESPIRATOIRE UN AXE PRIORITAIRE DE L'ACTION DU SERVICE SANITAIRE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

Depuis septembre 2018, le service sanitaire mobilise 47 000 étudiants en santé sur les enjeux de prévention et de promotion de la santé. Pensé comme un complément de la médecine préventive et une formation complémentaire, ce module de six semaines s'est inséré au sein du cursus universitaire des futurs professionnels de santé.

L'instauration de ce service s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé, dont la prévention est un axe majeur. Il vise à diffuser des interventions de prévention conduites par des étudiants. Celles-ci ont déjà démontré leur efficacité dans d'autres pays.

Lors de son lancement, il était indiqué que le service sanitaire serait notamment destiné aux publics les plus fragiles. Alors que la prévalence de l'asthme parmi les populations les plus fragiles est maintenant prouvée, **axer une part du service sanitaire sur cette pathologie prend sens⁵⁴.** Prioriser la prévention sur les pathologies respiratoires et les facteurs de risque ou aggravants pourrait, dans un premier temps, être expérimenté à l'échelle d'une région — le service sanitaire étant piloté à l'échelle régionale par l'ARS et le rectorat. ●





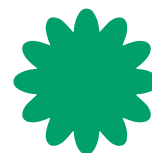
Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 9 :

SYSTÉMATISER L'ORGANISATION DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE POUR L'ASTHME SÉVÈRE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX NOUVELLES THÉRAPIES

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'asthme sévère est la forme la plus grave de l'asthme et touche entre 5 et 10% des asthmatiques⁵⁵. En raison de la sévérité de la maladie mais aussi de sa complexité, la prise en charge de ses patients doit se faire de manière pluridisciplinaire, notamment pour confirmer le diagnostic et proposer des traitements adaptés à ses patients. C'est dans cette perspective qu'ont été créées les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire pour l'asthme sévère. Ces réunions qui rassemblent plusieurs spécialités ont pour objectif de qualifier l'asthme sévère et de proposer un traitement plus spécifique, associé à des critères de succès ou des règles d'arrêt définis individuellement pour chaque patient. Si la création de ces réunions a permis de créer des liens entre les spécialités impliquées dans l'asthme et d'améliorer les prises en charge, le recours à de telles réunions n'est pas systématique. Par ailleurs, il est fort probable qu'il existe des disparités géographiques dans l'organisation de ces réunions.

Aussi, il apparaît important pour le comité Asthme & Inégalités que tout dossier d'asthme sévère puisse être discuté dans une réunion collégiale. Cela pourrait passer par une meilleure structuration des réseaux de soins rassemblant les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge. ●



Asthme et vaccination

Les infections respiratoires sont un facteur déclenchant reconnu de l'asthme. Elles entraînent en effet une inflammation des voies respiratoires qui peut toucher les muqueuses du nez, des sinus et des bronches⁵⁶. Ainsi, une infection par le virus de la grippe, par exemple, peut déclencher une crise d'asthme, voire une exacerbation et conduire à une situation d'urgence. Il n'est donc pas rare d'observer une augmentation du nombre de crises chez les personnes asthmatiques avec l'arrivée de l'hiver. En parallèle, l'infection peut s'accompagner de complications respiratoires qui peuvent être graves et intensifier les symptômes de l'asthme⁵⁷.

S'il est nécessaire d'avoir un asthme contrôlé pour minimiser les exacerbations, il est également important de se protéger des infections virales en se vaccinant, notamment contre la grippe saisonnière. La vaccination permettra de limiter le risque de complications liées à l'asthme et contribuera à améliorer le contrôle de l'asthme⁵⁸.

⁵⁶-<https://www.ameli.fr/yvelines/assure/sante/themes/asthme-vivre-maladie/facteurs-favorisants-asthme> [consulté le 8 juillet 2020]

⁵⁷- *ibid.*

⁵⁸- *ibid.*



**PROPOSITION 10 :****SENSIBILISER AUX ENJEUX DE L'ASTHME L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES INTERVENANT PENDANT LA GROSSESSE**

Depuis le 17 octobre 2017, l'ensemble des médicaments tératogènes ou fœtotoxiques, dont certains médicaments de fond de l'asthme, ont l'obligation d'apposer un pictogramme spécifique pour les femmes enceintes⁵⁹. La présence de ce pictogramme a eu pour conséquence d'amener des patientes asthmatiques enceintes à interrompre leur traitement⁶⁰ ce qui peut avoir des conséquences dramatiques tant pour la mère que pour le nouveau-né.

Pour réduire le risque d'interruption de traitement des patientes asthmatiques enceintes, il est nécessaire de rassurer les patientes sur l'absence de dangerosité concernant la prise des traitements de fond. Ce travail de sensibilisation auprès des patientes ne saurait être efficace que si l'ensemble des parties prenantes intervenant dans la grossesse comme les gynécologues ou les sages-femmes sont impliqués. Dans cette perspective, le collectif Asthme & Inégalités propose de développer la coopération entre les acteurs et de les sensibiliser sur l'asthme et l'importance de la poursuite du traitement de fond pour les patientes. ●

L'asthme de la femme enceinte

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente pendant la grossesse. Il concerne entre 2 et 13% des grossesses et sa prévalence est en augmentation. Si différentes études sur les effets de l'asthme sur la grossesse ont montré des résultats contradictoires, il est aujourd'hui admis qu'un asthme mal contrôlé peut affecter négativement l'évolution de la grossesse et avoir des conséquences tant pour la mère que pour l'enfant.

Ainsi, une méta-analyse a montré que l'asthme maternel était associé à une augmentation du risque maternel de diabète gestationnel, de césarienne, d'hémorragie *pré-partum* et *post-partum*, de décollement placentaire et de rupture prématurée des membranes. D'autres études ont également montré une augmentation du taux de complication et un risque plus élevé d'hypertension gestationnelle et de mortalité maternelle. Un asthme mal contrôlé fait également courir des risques significatifs au fœtus qui souffre d'hypoxie pendant les exacerbations d'asthme. Cela augmente le risque de petit poids de naissance, de retard de croissance intra-utérin et de prématurité.

Pour réduire les risques de complication de la grossesse, il est important de prévenir la survenue des exacerbations d'asthme. Il est donc primordial que les femmes enceintes asthmatiques continuent la prise de leur traitement de fond tout au long de leur grossesse afin de conserver un bon contrôle de leur maladie et soient vues en début de grossesse par un pneumologue.

Source : Médicaments de l'asthme et pictogramme femme enceinte, SPLF⁶¹

61- <http://splf.fr/wp-content/uploads/2018/05/Asthme-pictogramme-Femmes-Enceintes-SPLFv2.pdf>

59- Article R5121-139 du code de la santé publique

60- <http://splf.fr/wp-content/uploads/2018/05/Asthme-pictogramme-Femmes-Enceintes-SPLFv2.pdf> (consulté le 8 juillet 2020)







2



RENFORCER LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME POUR LES PATIENTS ASTHMATIQUES





41% des
patients
asthmatiques
fument ou
ont fumé
dans leur vie



LE CONSTAT:

« Les femmes françaises sont celles qui aujourd'hui fument le plus. Pourtant, nous savons qu'une exposition *in utero* au tabac accroît sensiblement la probabilité pour le nourrisson d'avoir un asthme. Il est urgent de sensibiliser les femmes enceintes sur ce risque. »

PROFESSEUR RALPH EPAUD

Traduite par les évolutions législatives et réglementaires des 30 dernières années, la lutte contre le tabagisme est devenue une priorité des politiques de santé publique. La loi Evin de 1991 et le décret de 2006 ont progressivement interdit de fumer dans tout lieu public, pour réduire tant la consommation de tabac que le tabagisme passif. En parallèle, l'instauration du paquet neutre et la hausse constante des prix visaient une réduction de la consommation. Malgré ces mesures contre le tabagisme, une étude portant sur les données de la cohorte ELFE a montré que 21% des femmes continuaient de fumer pendant leur grossesse.⁶² 15% des asthmatiques fument encore de manière quotidienne⁶³. Seuls 57% des asthmatiques considèrent que le fait de fumer soit un facteur aggravant de l'asthme. 55% d'entre eux pointent le tabagisme passif⁶⁴, contre lequel il faut donc lutter. À titre de comparaison, 80% pointent la pollution extérieure comme facteur aggravant. Le sevrage tabagique est pourtant essentiel pour les personnes asthmatiques. Arrêter de fumer est un facteur positif dans le contrôle et la stabilisation de l'asthme. Au-delà de l'effet reconnu sur l'amélioration du souffle, il diminue la fréquence et l'intensité des crises et rend le traitement plus efficace⁶⁵. Au cours de leurs travaux, les experts ont soutenu à plusieurs reprises l'importance de l'éducation à la santé respiratoire sous le prisme du tabagisme.

62- El-Khoury F. and ELFE team Eur addict Res 2017

63- Sondage online réalisé auprès de 501 patients asthmatiques sur la prise en charge de l'asthme en novembre 2019, OpinionWay

64- *ibid*.

65- <https://www.asthme-allergies.info/asthme-et-tabac-une-association-fumeuse/>, consulté le 19 mars 2020.





PROPOSITION 11 :

RENFORCER L'APPLICATION DES MESURES ANTITABAC ET DES AIDES AU SEVRAGE EXISTANTES

Alors que l'arsenal législatif et réglementaire a permis une baisse du nombre de fumeurs au cours des vingt dernières années⁶⁶, un renforcement de ces mesures pour les personnes asthmatiques reste nécessaire pour faire chuter ce nombre.

En 2014, la Haute Autorité de Santé indiquait que 97 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide⁶⁷. Elle proposait alors de renforcer le suivi et les conseils d'arrêt du tabac. Une systématisation de ces conseils auprès des asthmatiques, une proposition plus accompagnée de sevrage ou l'orientation vers un centre antitabac semblent primordiaux. Ce dispositif pourrait, dans un premier temps, être expérimenté à l'échelle d'un territoire, dans le cadre d'un contrat local de santé.

En parallèle, les paquets neutres mis en place en janvier 2017 ont permis une prise de conscience des fumeurs. Ils ont notamment donné « *davantage de relief aux mises en garde sanitaires* »⁶⁸. Ces campagnes se sont cependant concentrées sur des pathologies

majoritairement létales et non sur les maladies chroniques, notamment respiratoires.

La mise en place d'une campagne centrée sur la santé respiratoire pourrait sensibiliser plus largement les fumeurs sur cet aspect des risques pesant sur leur quotidien.

Enfin, le tabagisme passif est reconnu comme un facteur aggravant par 55 % des asthmatiques. Ils n'ont pour autant que peu de marge de manœuvre à ce sujet. Les terrasses, couvertes ou non, sont aujourd'hui un lieu majeur d'exposition au tabac, étant préemptées par les fumeurs.

L'interdiction totale du tabac sur les terrasses, par voie réglementaire, permettrait une chute généralisée du tabagisme passif auquel les asthmatiques restent trop souvent exposés. ●



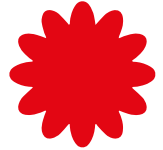
66- Anne Pasquereau et alii ; le groupe Baromètre santé 2017, Santé Publique France, http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf

67- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf, Janvier 2014, consulté le 9 mars 2020

68- Baromètre de santé publique France 2016 et 2017. Tabac. Perception du paquet de cigarettes par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre, Santé Publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/barometre-de-sante-publique-france-2016-et-2017-tabac-perception-du-paquet-de-cigarettes-par-les-fumeurs-avant-et-apres-la-mise-en-place-du-paquet>, publié le 17 janvier 2019, consulté le 9 mars 2020



Retour au résumé des propositions



PROPOSITION 12 :

SENSIBILISER LE GRAND PUBLIC ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE ET NOTAMMENT AU RISQUE D'ASTHME POUR LE NOUVEAU-NÉ

Des idées fausses concernant le tabagisme au cours d'une grossesse persistent, notamment sur l'impact considéré comme limité d'une faible consommation de tabac. Il faut lutter contre ces idées reçues encore trop souvent citées. Il n'existe pas d'effet dose permettant de justifier la poursuite d'un tabagisme *a minima*. Le recours à Tabac Info Service est à encourager.

Fumer pendant la grossesse comporte un certain nombre de risques, de la grossesse extra-utérine à la fausse-couche spontanée ou encore à l'accouchement prématuré⁶⁹. À ces risques s'ajoutent des effets sur l'enfant né. En effet, au-delà de l'éventuel tabagisme passif subi par l'enfant après sa naissance, il apparaît que la consommation de tabac pendant la grossesse représente un facteur de risque avéré de développement d'asthme⁷⁰. Ce risque augmenterait de 21 à 85 % en cas d'exposition prénatale au tabac⁷¹. Le lancement par le ministère des Solidarités et de la Santé d'une campagne de sensibilisation poussée sur les risques du tabagisme pendant la grossesse est essentiel. •



69- <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Grossesse>, consulté le 6 mars 2020

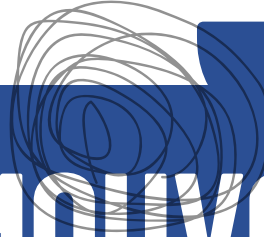
70- O'Connor, George T. et al., Early-life home environment and risk of asthma among inner-city children, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 141, Issue 4, 1468 - 1475

71- Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, et al. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129: 735-744. ; Fondation du souffle, <https://www.lesouffle.org/poumons-sante/maladies-du-poumon/asthme/asthme-et-environnement/>



[Retour au résumé des propositions](#)

3



PROMOUVOIR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET LA FORMATION DU PATIENT





**75 % des patients
asthmatiques
ne connaissent
pas l'éducation
thérapeutique ;
89 % des patients
asthmatiques
n'ont pas bénéficié
de proposition
de participation
à un programme
d'éducation
thérapeutique**

LE CONSTAT:

« Si la France a été un pays pionnier en matière d'éducation thérapeutique, force est de constater que notre modèle connaît un certain nombre de limites qui empêchent les patients d'en bénéficier. Pourtant, l'éducation thérapeutique fait partie du parcours de soins et tout patient devrait pouvoir y avoir accès. »

PROFESSEUR MARC HUMBERT

PRÉSIDENT ÉLU DE LA SOCIÉTÉ EUROPÉENNE DE PNEUMOLOGIE

Depuis la loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite loi HPST) de 2009, l'éducation thérapeutique est inscrite dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie⁷². Malgré les bénéfices avérés de ces programmes pour les patients, ils restent peu connus et fréquentés par les patients et manquent de moyens. Ainsi, selon l'enquête OpinionWay réalisée en novembre 2019, 75% des patients asthmatiques sondés ne connaissaient pas l'éducation thérapeutique et seulement 11% se sont vu proposer une formation. Par ailleurs, dans son enquête en 2020 sur les écoles de l'asthme, l'association Asthme & Allergies a dénombré 138 structures et a évalué que 13 000 patients bénéficient d'un programme d'éducation thérapeutique par an⁷³. En 2006, la Direction Générale de la Santé avait recensé 119 structures d'éducation actives et avait évalué entre 6 000 et 12 000 patients concernés par an⁷⁴. Force est donc de constater que la situation n'a guère évolué en quatorze ans. Les difficultés les plus fréquentes sont : le manque de moyens en personnel et la faible orientation des patients par les professionnels de santé vers ces programmes.

72- Article L. 1161-1 du code de santé publique

73- <https://asthme-allergies.org/images/Prez-re%CC%81sultats-enque%CC%82te-ETP-2020-PDF.pdf>

74- Rapport d'évaluation des écoles de l'asthme en France, Direction Générale de la Santé, 2006, p24





VIRGINIE SAGORIN,
INFIRMIÈRE EN ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE ASTHME
AU CHSIF DE MELUN / MEMBRE
DU GT IDE SPLF

Très peu de patients asthmatiques bénéficient des programmes d'éducation thérapeutique. Plusieurs raisons expliquent cela. Tout d'abord, la localisation du programme d'éducation thérapeutique est parfois assez éloignée. Certains patients n'ont pas de moyen de transport donc ils sont compliqués à suivre, ils viennent mais pas de manière régulière. D'autre part, l'éducation thérapeutique n'est pas forcément ancrée dans les parcours de soins. Les bienfaits de la prise en charge ne sont pas encore bien reconnus, d'où les actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé pour les inciter à renvoyer les patients vers les unités d'éducation thérapeutique. La complémentarité et la collaboration entre les professionnels de santé doivent être améliorées. Des contraintes réglementaires existent pour mettre en œuvre les programmes d'éducation thérapeutique : il faut demander une autorisation entraînant une certaine lourdeur administrative, et le rapport subvention/détachement professionnel n'est pas adapté ; la plupart des associations et hôpitaux le font à perte. Or, cette offre de soins est intégrée dans le parcours de soins dans sa globalité. Tout malade chronique doit y passer à un moment, car ça répond à un besoin ponctuel.

PROPOSITION 13 :

DÉVELOPPER PLUS LARGEMENT LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET DE FORMATION DU PATIENT ASTHMATIQUE

Si la loi HPST a inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le parcours de soins, il existe de nombreuses contraintes réglementaires telles que la constitution du dossier pour obtenir l'autorisation de l'ARS ou l'obligation de formation des coordinateurs qui entraînent une certaine lourdeur administrative. En outre, il est parfois difficile de mettre en œuvre les programmes très complets exigés actuellement. Cet encadrement réglementaire, initialement pensé dans un objectif de diffusion de l'éducation thérapeutique, singularise la France par rapport aux autres pays européens et demande donc à être repensé.

Le comité d'experts considère qu'il est aujourd'hui nécessaire de revoir la loi HPST de 2009 afin d'offrir une formation alternative et allégée aux patients et qui pourrait être réalisée à distance via les moyens virtuels. Cette formation visera à donner un socle minimal de compétences que tout patient devrait acquérir. Ce socle de compétences pourra comprendre

le bon usage des médicaments et la compréhension et l'usage du plan d'action. Cette formation devrait également inclure les possibilités offertes par l'e-santé dans l'éducation et le suivi des patients asthmatiques. Le développement des programmes d'éducation thérapeutique se heurte également à un enjeu financier. En effet, les dotations en matière d'éducation thérapeutique sont aujourd'hui insuffisantes et la plupart des associations et hôpitaux animent aujourd'hui les programmes d'éducation à perte. Pour répondre à cet enjeu, le comité d'experts Asthme & Inégalités estime que seul un financement pérenne des Écoles de l'Asthme pourra réellement soutenir le développement des programmes d'éducation thérapeutique dans l'asthme. Concrètement, il s'agirait de bénéficier d'un financement dès le début du programme d'éducation thérapeutique et non plus après évaluation de celui-ci. ●

PROPOSITION 14 :

INCITER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À ORIENTER LES PATIENTS VERS DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Si les professionnels de santé sont les principaux acteurs pour faire connaître ces programmes aux patients, encore trop de médecins sous-estiment les bienfaits de l'éducation thérapeutique. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de déployer des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé pour les inciter à orienter les patients vers les unités d'éducation thérapeutique.

Le comité propose notamment de généraliser les modules de sensibilisation sur l'éducation thérapeutique à l'ensemble des formations des étudiants en santé, comme cela est déjà le cas dans plusieurs universités. Par ailleurs, l'intégration d'un module sur l'ETP dans le dispositif de formation Développement Professionnel Continu à l'attention des professionnels de santé, comme cela est déjà le cas dans plusieurs universités intervenant dans la prise en charge de l'asthme, pourrait être un autre moyen de les inciter à orienter les patients vers des programmes d'ETP. ●





Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 15 :

INTÉGRER PLEINEMENT LES PHARMACIENS DANS LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ASTHMATIQUES

Tout comme pour les professionnels de santé, la loi HPST de 2009 a accordé un rôle aux pharmaciens dans l'éducation thérapeutique. Dans l'asthme, cela a pris forme au travers des entretiens pharmaceutiques qui permettent d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de renforcer l'adhésion thérapeutique du patient et de se l'approprier. Ces entretiens ont un fort intérêt pour améliorer la prise en charge et le suivi des patient car le pharmacien peut s'assurer de la bonne utilisation des inhalateurs et de la bonne compréhension des traitements.

Si le dispositif a été réformé très récemment avec la signature du vingt-et-unième avenant de la convention organisant les rapport entre l'Assurance Maladie et les pharmaciens d'officine, il reste encore peu utilisé. Le comité d'experts appelle donc les pouvoirs publics à promouvoir pleinement les entretiens pharmaceutiques auprès des pharmaciens pour qu'ils se développent sur l'ensemble du territoire français. ●

PROPOSITION 16 :

DÉVELOPPER LA FORMATION DE PATIENTS ASTHMATIQUES EXPERTS

Avec le développement de l'éducation thérapeutique du patient, la figure du patient expert a émergé. On appelle ainsi les patients qui ont acquis de solides connaissances sur leur maladie au fil du temps grâce notamment à l'éducation thérapeutique⁷⁵. S'ils ne remplacent pas les soignants, ils favorisent le dialogue entre les équipes médicales et les malades et contribuent à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes. Dans cette perspective, les patients experts peuvent jouer un rôle important dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Si la France est un des rares pays à proposer une formation sanctionnée par un diplôme universitaire pour devenir patient expert, le nombre de patients experts formés reste faible (environ 200) même s'il a vocation à augmenter dans les prochaines années.

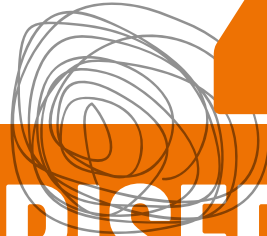
Afin d'accompagner le développement des patients asthmatiques experts, le comité d'experts propose que soit intégré un module sur l'asthme dans la formation des patients experts. ●



⁷⁵- https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974297/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat



4



**FAVORISER LA
PRATIQUE SPORTIVE ET
L'ACTIVITÉ
PHYSIQUE
DES PATIENTS
ASTHMATIQUES ET
LUTTER CONTRE LES
IDÉES REÇUES**





Pour **43%** des patients asthmatiques, leur maladie a un impact très significatif sur l'activité physique



LE CONSTAT:

« Un asthmatique doit pouvoir pratiquer le sport comme les autres, sans limitation quel que soit son niveau socio-économique. Malheureusement, encore trop souvent aujourd'hui, nous entendons que les enfants asthmatiques ne peuvent pas faire de sport. »

PROFESSEUR CHANTAL RAHERISON-SEMJEN,
PRÉSIDENTE DE LA SPLF

Dans une logique de mieux-être, le sport est devenu un levier important dans la prise en charge et le traitement des maladies chroniques. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a d'ailleurs reconnu le sport comme « médicament » — cette analyse n'est pour autant pas partagée par l'ensemble des acteurs. Ainsi, depuis mars 2017⁷⁶, les médecins peuvent officiellement prescrire des activités physiques adaptées (APA)⁷⁷.

Certaines fédérations sportives soulignent la complémentarité du parcours de soins classique et de l'activité physique et sportive. L'objectif des parcours sport-santé est d'amener des changements dans la vie quotidienne des patients, pour, à terme, pratiquer de manière régulière.

73% des asthmatiques sont conscients de l'effet bénéfique d'une activité physique et sportive, malgré les idées reçues. Seuls 7% d'entre eux l'estiment néfaste⁷⁸. Cependant, les idées reçues sur leur essoufflement précoce et l'asthme d'effort persistent, malgré l'absence de contre-indication.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que les inégalités face au sport persistent. En effet, alors que 60% des personnes plus aisées indiquent faire du sport de manière régulière, à peine un tiers des plus modestes répondent de manière positive⁷⁹.

76- Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

77- <https://www.assurance-prevention.fr/activite-physique-sport-adapte-APA.html>, consulté le 5 mars 2020

78- Sondage online réalisé auprès de 501 patients asthmatiques sur la prise en charge de l'asthme en novembre 2019, OpinionWay

79- Observatoire des inégalités, selon des chiffres 2015 de l'INSEE ; <https://www.inegalites.fr/Activites-sportives-des-pratiques-inegales>, publié le 16 octobre 2018, consulté le 17 mars 2020



MATTHIEU BREMOND,
KINÉSITHÉRAPEUTE

L'activité physique est sûrement le meilleur médicament pour des raisons thérapeutiques, mais aussi pour des raisons cognitives et comportementales. Elle permet au patient asthmatique de reprendre la main sur son corps et de contrôler son niveau d'essoufflement. Dans cette perspective, les kinésithérapeutes spécialisés dans les pathologies respiratoires encouragent pleinement la pratique d'une activité physique adaptée à nos patients. Pour cela, nous construisons des stratégies répondant au besoin du patient dans le but de limiter l'essoufflement et les crises et nous travaillons conjointement avec les éducateurs sportifs notamment. Dans la région Centre, la Direction de la Jeunesse et des Sports a développé une plateforme permettant d'identifier les éducateurs sportifs formés à une pratique adaptée. Cela nous permet ainsi de bien orienter les patients vers la bonne structure.

PROPOSITION 17 :

DÉVELOPPER UN MOOC CERTIFIANT ASTHME ET SPORT À DESTINATION DE TOUS LES ENCADRANTS SPORTIFS

Un manque de sensibilisation des encadrants sportifs est constaté, tant par les pratiquants que par les encadrants. Cette sensibilisation est essentielle alors que la pratique physique et sportive est encouragée pour les patients atteints de pathologie respiratoire. Elle permettrait également d'inciter / motiver les asthmatiques craignant la pratique ou ne souhaitant pas la mettre en œuvre seul, à avoir une activité physique et sportive.

La mise en place d'une formation à destination de l'ensemble des encadrants sportifs, quel que soit leur statut, devrait être décidée. Elle couvrirait notamment les conseils à l'échauffement et la prévention de l'asthme d'effort et la gestion de crises. Cette formation pourrait prendre la forme d'un MOOC. Celui-ci pourrait être soutenu par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ainsi que par le ministère chargé des Sports. Son contenu serait défini en partenariat avec les fédérations, les sociétés savantes et les ministères précités et pourrait intégrer les futures recommandations sur l'activité physique adaptée, actuellement en discussion avec le ministère des Sports. ●

PROPOSITION 18 :

ENCOURAGER LES FÉDÉRATIONS SPORTIVES À METTRE EN PLACE UN ACCUEIL ADAPTÉ AUX PERSONNES ASTHMATIQUES

Alors qu'il n'existe pas d'incitation nationale à mettre en place un accueil adapté pour les asthmatiques, certaines fédérations se sont déjà saisies du sujet des maladies chroniques. Ainsi, des parcours spécifiques aux personnes diabétiques de type II ont été mis en place au début des années 2010 par la Fédération Française Sports pour Tous. Ce parcours DiabetAction invite les participants à pratiquer une activité physique une heure par semaine pendant trois mois. Cette heure est suivie, chaque semaine, de 30 minutes de discussion avec l'encadrant, notamment sur l'alimentation et l'hydratation. L'objectif est de redonner confiance au patient et lui donner un niveau de condition physique minimale. Cette démarche, qui vise à sécuriser le parcours, a été accompagnée de formations complémentaires pour les encadrants.

Sur ce même modèle, le groupe d'experts invite l'ensemble des fédérations sportives à mettre en place un accueil adapté pour l'ensemble des patients asthmatiques. ●

« Le déploiement de tels parcours permettra de rentrer dans un cercle vertueux d'amélioration de la motivation et de la pratique sportive des patients. »

JULIEN GRIGNON, RESPONSABLE DES PROJETS SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE SPORTS POUR TOUS



Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 19 :

INSTAURER LE REMBOURSEMENT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE POUR LES PATIENTS ASTHMATIQUES LES PLUS SÉVÈRES

Des initiatives ont été prises au cours des dernières années afin d'inciter les personnes atteintes de maladie chronique à pratiquer une activité physique et sportive. Comme indiqué au préalable, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a reconnu le sport comme « médicament » et, depuis mars 2017⁸⁰, les médecins sont en mesure de prescrire des activités physiques adaptées (APA)⁸¹. Bien que soutenue par les autorités et les professionnels de santé, cette thérapie non médicamenteuse est restée à un état embryonnaire.

En effet, les médecins traitants sont encore trop peu nombreux à prescrire l'activité physique adaptée. En parallèle, la loi ne prévoit pas de remboursement de l'APA. Un nombre réduit d'assurances complémentaires santé proposent de prendre en charge tout ou partie des frais, mais les conditions restent trop souvent restrictives.

Une évolution de la loi, dans le cadre d'un projet de loi de financement de la Sécurité sociale, est donc nécessaire. Une telle réforme devra prévoir une prise en charge par la Sécurité sociale, dans le cadre du dispositif d'affection longue durée, afin de rembourser l'activité physique adaptée pour les patients atteints d'asthme sévère. ●

PROPOSITION 20 :

PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE DE L'ASTHME AUPRÈS DES MAISONS SPORT-SANTÉ POUR UN MEILLEUR ACCUEIL DES PATIENTS ASTHMATIQUES

Au mois de janvier 2020, 138 premières Maisons Sport-Santé (MSS) ont été certifiées à travers toute la France. Ces établissements ont un objectif d'accompagner les personnes souhaitant débiter ou reprendre une activité physique et sportive pour leur santé et leur bien-être. D'ici à 2022, 500 MSS doivent être labellisées, et ainsi permettre à 3 millions de personnes de pratiquer une activité sportive.

Ces structures visent prioritairement les personnes s'étant vu prescrire une activité physique adaptée. Elles s'adressent également à celles atteintes de maladies chroniques. Cependant, le cahier des charges annexé à l'appel à candidatures n'en mentionne aucune explicitement. Pour assurer la meilleure prise en charge des personnes atteintes d'asthme, qu'elles pratiquent déjà une activité sportive, qu'elles aient peur d'en pratiquer une ou ne souhaitent pas le faire seules, la connaissance de l'asthme par les encadrants doit être assurée.

À ce titre plusieurs recommandations ont été émises :

- assurer la formation à l'asthme des encadrants, en mettant à disposition de chacun le MOOC préalablement proposé ;
- mettre à disposition des visiteurs des outils pédagogiques sur l'asthme, en se concentrant notamment sur la prise en charge de l'asthme d'effort ;
- accompagner les asthmatiques dans leur échauffement et après l'entraînement afin de prévenir toute crise. ●

80- Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

81- <https://www.assurance-prevention.fr/activite-physique-sport-adapte-APA.html>, consulté le 5 mars 2020



5

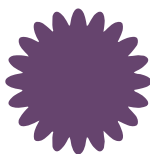


**DÉVELOPPER
UNE CULTURE
ET UNE
CONNAISSANCE
DE L'ASTHME
AU SEIN DE LA
COMMUNAUTÉ
ÉDUCATIVE**





80 % des agents publics devront être formés aux gestes de premiers secours



LE CONSTAT:

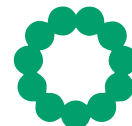
« Nous ne sommes pas médecins donc on ne peut pas appréhender précisément une maladie (sans directive de ces derniers *via* un certificat médical). D'ailleurs, nous n'avons pas à savoir ce que l'élève a (dans le cas d'une inaptitude totale). »

CHRISTOPHE CLAPIER,
PROFESSEUR D'ÉDUCATION PHYSIQUE
ET SPORTIVE EN COLLÈGE

La connaissance de l'asthme par le corps enseignant semble inégale, alors qu'il s'agit de la maladie chronique la plus répandue chez l'enfant⁸². Généralement, les professeurs, et en particulier les professeurs d'éducation physique et sportive (EPS), se forment de manière autodidacte : à travers leurs élèves, les parents d'élèves ou encore leurs propres recherches. Tandis que certains sont particulièrement sensibilisés sur la question, « tous les établissements ne se valent pas »⁸³.

La mise en place du projet d'accueil individualisé (PAI)⁸⁴ a permis une meilleure prise en charge. Établi à la demande de la famille, par le directeur de l'établissement d'accueil en concertation avec le médecin scolaire, ce protocole prend en compte les recommandations du médecin qui suit l'enfant et décrit précisément les gestes d'urgence. Il permet aussi à l'enfant d'avoir accès à ses médicaments (avant un cours d'EPS par exemple en cas d'asthme d'effort). Pourtant, il n'est pas systématique. Certains établissements ont lancé, à l'initiative de leur équipe enseignante, des protocoles de prise en charge des élèves asthmatiques.

Afin d'encadrer au mieux les élèves asthmatiques, une formation ainsi qu'une sensibilisation de la communauté éducative et des encadrants scolaires sont souhaitables.



82- Delmas M-C et alii, Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008.

Bull épidémiol hebd. 2014;(20):360-5. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/20/2014_20_3.html

83- Entretien avec M. CLAPIER, professeur d'EPS dans les Yvelines

84- Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003, ministère de l'Éducation nationale, <https://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/MENE0300417C.htm>



PROPOSITION 21 :

DÉPLOYER DES CAMPAGNES VISANT À DÉDRAMATISER LE RECOURS AUX TRAITEMENTS ANTI-ASTHMATIQUES

Malgré l'efficacité des traitements de gestion de l'asthme, il apparaît que 6 personnes asthmatiques sur 10 ne parviennent pas à contrôler leurs symptômes. Les causes principales citées par les patients sont la mauvaise compréhension de la maladie, la peur des effets secondaires et l'oubli du traitement. À ceci s'ajoute la peur du regard des autres lors de la prise du traitement. Parmi les 18-34 ans, 28 % indiquent être plutôt gênés de prendre leur traitement en public, et 15 % de parler de leur maladie⁸⁵. Chez les adolescents, des phénomènes de sous-estimation de la sévérité de la maladie et de sur-estimation du degré de contrôle entraînent un délaissement du traitement. L'observance est ainsi inversement proportionnelle à l'ancienneté du traitement chez les 7-16 ans. De 77 % à 3 mois, elle descend à 54 % à 9 mois puis 48 % à 27 mois⁸⁶.

« Trente adolescents asthmatiques meurent chaque année. Pourtant, l'observance de leur traitement rendrait ces décès évitables. »

DOCTEUR JULIE MAZENQ,
PNEUMO-PÉDIATRE

Une campagne de dédramatisation du traitement est donc nécessaire pour pousser à l'observance et casser la perception du regard des autres. Au-delà d'une campagne classique dans les établissements scolaires et accueillant les jeunes adultes, une campagne digitale coordonnée par Santé Publique France et les ARS pourrait être lancée. Concentrée sur les réseaux sociaux les plus utilisés, tels que Instagram (81 % des 16-24 ans), Snapchat (74 % de la même tranche d'âge) ou encore Tik Tok, réseau émergent⁸⁷, cette campagne viserait à toucher le plus grand nombre de manière virale. Son objectif serait, pour les jeunes asthmatiques, de les encourager à être plus observants à leurs traitements. Pour les autres, elle viserait à déconstruire leur perception négative de ces derniers. ●

PROPOSITION 22 :

PROMOUVOIR LA FORMATION À LA SANTÉ RESPIRATOIRE ET À L'ASTHME DANS CHAQUE ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Face à l'absence d'enseignement spécifique à l'asthme au cours de la formation initiale, les professeurs s'y forment durant de leur carrière. Cet apprentissage ne se fait pas par le biais de formations continues, mais de manière autonome, auprès de leurs élèves, des médecins scolaires — quand ils sont présents — ou encore des parents, au gré des situations. Alors que 80 % des agents publics doivent être formés aux gestes de premiers secours avant le 31 décembre 2021⁸⁸, la sensibilisation des enseignants à la prise en charge des exacerbations reste inabordable. En complément de cet objectif de formation, il est donc proposé de former les enseignants à la prise en charge des exacerbations et à la santé respiratoire.

À ce titre, un MOOC pourrait être développé afin de former l'ensemble des enseignants sur les fondamentaux de l'asthme (fonctionnement, traitement) et sa prise en charge en cas de crise. Élaboré par le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse en partenariat avec le ministère des Solidarités et de la Santé, il pourrait également associer les sociétés savantes, les associations de patients et éventuellement le ministère des Sports dans son élaboration et son suivi. Déjà mise en place à l'échelle d'établissements scolaires par divers moyens, cette formation pourrait, dans un premier temps, faire l'objet d'une expérimentation organisée à l'échelle territoriale. Celle-ci s'inscrirait dans le cadre d'un contrat local de santé auquel s'adjoindraient les autorités locales, l'agence régionale de santé et le rectorat. ●

85- Patient asthmatique : contrôle, ressenti et observance. Résultats français de l'enquête REALISE C. Raheison, P. Mayran, A. Jeziorskic, A. Deccache, A. Didier - Revue des Maladies Respiratoires (2017) 34, 19—28

86- Dr Julie MAZENQ, CHU de Marseille

87- Enquête Diploméo 2019 ; https://diplomeo.com/actualite-sondage_reseaux_sociaux_jeunes_2020, publié le 3 février 2020, consulté le 6 mars 2020

88- Circulaire du 02 octobre 2018 relative à la généralisation auprès de l'ensemble des agents publics des formations aux gestes de premiers secours, <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=44028>



Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 23 :

INSTAURER UN RÉFÉRENT MALADIE CHRONIQUE DANS CHAQUE ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Au-delà de l'enseignement purement scolaire, des référents thématiques en matière de prévention ont été nommés au sein des établissements. Ils abordent des sujets tels que la prévention routière ou la protection de l'enfance. La santé respiratoire, et l'impact de la qualité de l'air sur celle-ci, n'ont pas de référent attitré malgré leur intrication avec l'environnement et la fréquence de l'asthme chez les enfants d'âge scolaire.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a l'objectif de « faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie et à tous les âges de la vie ». À ce titre, elle mobilise les acteurs de la prévention, et notamment la médecine scolaire. Pourtant, les effectifs de la médecine scolaire tendent à la baisse⁸⁹, et la présence systématique d'une infirmière scolaire n'est plus assurée dans l'ensemble des établissements scolaires. Par conséquent, moins d'un élève sur deux bénéficierait de la visite médicale obligatoire à 6 ans⁹⁰.

Afin d'atteindre cet objectif, la nomination d'un référent maladie chronique formé sur ces thématiques, au sein du corps enseignant ou du personnel administratif de chaque établissement scolaire, permettrait de combler l'absence de professionnels de santé. Identifié sur la base du volontariat, ce référent ferait l'objet d'une formation spécifique, différente du MOOC préalable. Le référent aurait le rôle suivant : assurer une mission de prévention auprès des élèves et de la communauté éducative sur les maladies chroniques dont l'asthme. ●

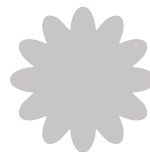
PROPOSITION 24 :

FORMER SPÉCIFIQUEMENT LES PROFESSEURS D'EPS À L'ACTIVITÉ SPORTIVE DES ENFANTS ASTHMATIQUES

Au cours de leur formation initiale, les professeurs d'EPS ne suivent pas de formation spécifique aux maladies respiratoires. En sus, les lacunes de la communication entre le corps médical et le corps enseignant empêchent une prise en charge optimale des élèves asthmatiques.

Longtemps, la dispense des cours d'EPS a été la norme en cas de maladie respiratoire. Ce n'est théoriquement plus le cas, une telle attitude étant même maintenant déconseillée. Les consignes semblent toutefois souvent floues pour les enseignants d'EPS, ceux-ci n'étant pas toujours sensibilisés. À ceci peut s'ajouter l'absence de PAI et donc, en l'absence de protocole à l'échelle de l'établissement, un encadrement lacunaire, une prise en charge inappropriée et, *in fine*, un risque de mise en danger de l'élève, à court terme s'il est privé de traitement et à moyen/long terme s'il est privé de sport.

Une meilleure formation des professeurs d'EPS à la gestion des crises mais également à l'encadrement adapté des enfants asthmatiques est donc nécessaire. **Alors qu'ils seraient invités à suivre le MOOC « Santé respiratoire » destiné à l'ensemble du corps enseignant, un module spécifique « Sport et Asthme » serait proposé. Celui-ci se fonderait sur la formation destinée aux encadrants sportifs.** Avec l'objectif d'enrichir les connaissances des professeurs d'EPS, ce MOOC permettrait à un plus grand nombre d'élèves asthmatiques de pratiquer de manière régulière une activité sportive, mieux appréhender leur souffle et mieux prévenir les complications éventuelles de l'asthme. ●



89- https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/23/l-interminable-crise-de-la-medecine-scolaire_6012705_3224.html, publié le 23 septembre 2019, consulté le 3 mars 2020

90- Enquête SNMSU-UNSA Education Activités des médecins au cours de l'année 2017-2018, http://snmsu.unsa-education.org/Enquete_SNMSU_2017-2018.pdf, consulté le 3 mars 2020



[Retour au résumé des propositions](#)

6



LUTTER CONTRE LES FACTEURS ENVIRON- NEMENTAUX



36 % des
patients
asthmatiques
considèrent
la moisissure
comme
un facteur
d'aggravation
de l'asthme



LE CONSTAT:

« L'asthme fait partie de ces maladies environnementales que l'on considère trop souvent et à tort comme bénignes. Cependant, la pollution extérieure tout comme intérieure et la présence d'allergènes ont des conséquences immédiates sur l'état de santé des asthmatiques. Il est donc nécessaire de prendre des mesures pour lutter contre ces pollutions et ainsi améliorer la situation des personnes asthmatiques. »

PROFESSEUR PHILIPPE BONNIAUD

Nous passons en moyenne 22 heures sur 24 à l'intérieur de locaux⁹¹. Ainsi, la qualité de l'air intérieur peut avoir un impact important sur la santé des habitants. Il est aujourd'hui reconnu qu'une mauvaise qualité de l'air intérieur peut être un facteur déclenchant et aggravant de l'asthme. La multiplicité des facteurs potentiellement présents dans l'environnement intérieur a conduit à développer le rôle des Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI). Malgré leur rôle reconnu tant par la communauté scientifique que par les autorités, les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur se heurtent à plusieurs difficultés dont l'absence de filière professionnelle et de financements pérennes. Par conséquent, leur nombre est insuffisant pour couvrir l'ensemble du territoire. Leur action majeure et indispensable est, une fois que la responsabilité d'allergènes ou d'irritants a été mise en évidence, d'améliorer la qualité de l'air au domicile des patients et ainsi de permettre une amélioration voire une disparition des symptômes tout en diminuant la pression thérapeutique médicamenteuse. Si les CMEI permettent de résoudre de nombreuses situations, cela n'est pas toujours le cas

---/---

91- Observatoire de la qualité de l'air intérieur



Retour au résumé des propositions

DONNER LES MOYENS À TOUS LES ACTEURS DE LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LES POLLUTIONS INTÉRIEURES

60/61

---/---

notamment lorsque la source du problème est indépendante du comportement des personnes. En effet, leur statut ne leur permet pas de relocaliser les patients en cas de logement insalubre. « Une fois que les CMEI font la preuve de la présence de moisissures et de la sensibilisation de l'enfant aux moisissures, les mesures correctives sont parfois difficiles à mettre en œuvre. Les parents sont un peu démunis face à l'environnement et ils le savent », témoigne Julie Mazenq, pneumo-pédiatre à l'hôpital de la Timone à Marseille.

Pourtant, l'inaction contre ces conditions de logements dégradés peut être une cause d'une rupture de parcours de soins qui touche plus les personnes défavorisées. D'après les dernières estimations de la Fondation Abbé Pierre, il y aurait près de 600 000 habitats indignes en France en 2020⁹² et que les principaux concernés sont les catégories défavorisées. Au-delà de la problématique du logement insalubre, l'air intérieur est également pollué par les nombreux allergènes naturels présents dans l'habitat comme les acariens, blattes, ou encore les animaux domestiques, ainsi que par de nombreux irritants, dont la fumée de tabac. Rappelons qu'entre 70 et 80 % des patients asthmatiques ont un asthme allergique et que l'exposition aux allergènes augmente le risque de crise.



STÉPHANE PEU,
Député de la Seine-Saint-Denis
Auteur d'une proposition de loi visant à résorber l'habitat indigne

L'habitat insalubre rime avec humidité et cette humidité, ce sont des murs imbibés d'eau. Cela a des conséquences énormes sur les problématiques respiratoires qui ne sont pas identifiées comme un problème de santé publique en tant que tel. Il serait bien d'isoler cette problématique sanitaire à part entière pour qu'elle fasse l'objet d'aide spécifique, tout comme le saturnisme a été isolé.

« L'habitat insalubre rime avec humidité et cette humidité, ce sont des murs imbibés d'eau. »



Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 25 :

ORGANISER UN FINANCEMENT NATIONAL ET PÉRENNE DES CMEI

Formés pour établir un audit de l'environnement intérieur, ils enquêtent au domicile des patients sur prescription de leur médecin, réalisent des prélèvements et des mesures d'allergènes, et établissent un diagnostic permettant ensuite de mettre en œuvre des mesures pour l'éviction des allergènes dont la responsabilité a été mise en cause et des polluants domestiques et d'adaptation de l'habitat⁹³. Plusieurs études scientifiques ont démontré l'intérêt pour les patients des CMEI notamment en termes d'amélioration du suivi des recommandations, diminution de l'exposition allergénique, diminution des visites en urgence à l'hôpital et d'absentéisme scolaire.

Aujourd'hui, l'intervention des CMEI ne fait pas partie de la prise en charge globale du patient. Ainsi, l'intervention des CMEI n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie⁹⁴. Cela rend les CMEI extrêmement dépendants des financements, ne permettant pas d'assurer la pérennité et la soutenabilité de leur activité. En effet, ils sont actuellement tributaires d'initiatives d'agences régionales de santé, de soutiens ponctuels du ministère de l'Environnement ou d'organismes divers. Cela a pour conséquence une répartition hétérogène des CMEI en fonction de la capacité des territoires à les financer. Pour réduire ces disparités territoriales, il est nécessaire d'organiser un financement national et pérenne des CMEI. Cela permettra de garantir leur présence sur tout le territoire français en fonction des besoins. Ce financement pourrait prendre la forme d'un remboursement par l'Assurance Maladie des visites à domicile lorsqu'elles sont prescrites par un médecin. ●

PROPOSITION 26 :

DOTER LES CONSEILLERS MÉDICAUX EN ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR D'UN STATUT RENDANT OBLIGATOIRE LEUR CONSULTATION

Une difficulté à l'émergence du métier de conseiller médical en environnement intérieur est l'absence d'une filière professionnelle harmonisée. En effet, il existe différentes formations sanctionnées par un diplôme universitaire qui permet de devenir un CMEI ou son équivalent. Cependant, aucune de ces formations ne délivre un diplôme d'État permettant ainsi une vraie reconnaissance de ce métier. Les conseillers médicaux en environnement intérieur se heurtent également à une certaine forme d'impuissance. En effet, les comptes-rendus ne permettent pas aux habitants d'être relogés, ni de demander des aides pour financer des mesures d'assainissement du logement lorsque cela est nécessaire.

Il est donc indispensable de doter cette profession d'un vrai statut lui permettant d'émettre des avis consultatifs dans le cadre d'une procédure de relogement ou d'obtention de financement. Cela pourrait passer par l'élaboration d'un diplôme d'État reconnu et l'intégration des CMEI parmi les acteurs à être consultés lors de procédures concernant les logements insalubres. ●



CHRISBELLE SPEYER,
CMEI à Marseille

Certes, il existe des freins comme l'aspect financier ou la résistance à changer de comportement. Mais globalement, toutes les études faites sur l'action des CMEI ont montré l'apport positif des visites à domicile. Malgré la démonstration du bénéfice pour les patients, le métier de CMEI reste aujourd'hui encore peu développé. Tous les départements ne disposent pas de ce service. La principale raison à cela est l'absence de financement pérenne. Une solution pourrait être la création d'un acte de remboursement par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, si notre action est bien connue des pneumologues et des allergologues, nous sommes moins bien connus des médecins généralistes qui pourtant pourraient faire appel à nous pour améliorer la prise en charge de leurs patients.



93- N. Mitha, J. Lévy, I. Annesi-Maesano, J. Lafortune, A.-M. ? Magnier, G. Ibanez, Pollution de l'air intérieur et asthme chez l'adulte, Revue des Maladies Respiratoires, 2013
94- Blanchet & al., Conseiller en environnement intérieur, un enjeu de santé publique, École des hautes études en santé publique, 2017



PROPOSITION 27 :

SYSTÉMATISER LA RÉALISATION D'UN AUDIT ENVIRONNEMENTAL DU DOMICILE DES PATIENTS ASTHMATIQUES

La recherche et l'éviction des facteurs aggravants est une partie intégrante de la stratégie de prise en charge des patients asthmatiques. En raison de la multiplicité des facteurs dans l'environnement intérieur et de la part très importante de l'allergie dans le déterminisme de l'asthme, la visite d'un CMEI est souvent nécessaire au domicile du patient pour identifier les facteurs déclenchants⁹⁵. Cependant, fréquemment par méconnaissance, un grand nombre de médecins n'ont pas l'habitude de faire appel à des CMEI. Pour cette raison, les experts du groupe de travail souhaitent **systématiser la réalisation d'un audit environnemental du domicile des patients asthmatiques lors du diagnostic d'asthme et en cas de dégradation du niveau de contrôle de la maladie.** ●

PROPOSITION 28 :

RÉVISER LES CRITÈRES D'INSALUBRITÉ DES BÂTIMENTS POUR Y INCLURE CELUI DE LA MOISSISURE

Plusieurs études épidémiologiques ont établi l'existence d'un lien avéré entre la présence de moisissures à l'intérieur du logement et le développement de l'asthme chez l'enfant⁹⁶ tout comme des associations entre l'exposition aux moisissures sur le lieu de travail et l'augmentation du risque d'asthme. Malgré les risques reconnus qu'engendrent des moisissures, il n'existe pas à ce jour de mesures spécifiques dans la réglementation française qui prend en considération uniquement les moisissures dans le bâti⁹⁷. L'évaluation des moisissures constitue en général un paramètre parmi de nombreux autres critères pour caractériser l'insalubrité d'un logement. Par ailleurs, comme l'a constaté l'ANSES dans son rapport, la majorité des arrêtés d'insalubrité ne sont pas pris en raison de la présence de moisissures⁹⁸.

En raison des effets avérés sur la santé respiratoire et notamment sur le développement de l'asthme chez les enfants, le comité d'experts recommande que la présence de moisissures dans un logement soit considérée comme une condition de nature à porter atteinte à la santé des occupants, à l'instar du plomb, et appelle le législateur à faire évoluer la loi sur les moisissures sur le modèle de celle relative au plomb. ●

95- C. Raheison, A. Bourdin, P. Bonniaud G. Deslée, G. Garcia C. Leroyer C. Taillé, J. De Blic, J.-C. Dubus, I. Tillié-Leblond, P. Chanez, Mise à jour des recommandations (2015) pour la prise en charge et le suivi des patients asthmatiques adultes et adolescents (de 12 ans et plus) sous l'égide de la Société de pneumologie de langue française (SPLF), Maladie respiratoire, 2016

96- ANSES, Moisissures dans le bâti, avis de l'ANSES – rapport d'expertise collective, juin 2016

97- ANSES, Moisissures dans le bâti, avis de l'ANSES – rapport d'expertise collective, juin 2016, p210

98- ANSES, Moisissures dans le bâti, avis de l'ANSES – rapport d'expertise collective, juin 2016, p223



Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 29 :

FACILITER LE FINANCEMENT DES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT

Au-delà de la problématique du logement insalubre, les moisissures dans les bâtiments constituent un enjeu primordial de santé publique en raison de leurs effets avérés sur la santé respiratoire mais aussi par l'ampleur du phénomène. Rien qu'en France, on estime qu'entre 15 et 20 % des logements présentent des moisissures visibles⁹⁹. Une difficulté à la lutte contre les moisissures réside dans la complexité de mobiliser des ressources financières importantes surtout lorsque la situation implique des travaux significatifs. Cette difficulté s'est accrue avec la priorité accordée à la rénovation énergétique.

En matière de lutte contre les moisissures, il n'est pas suffisant d'avoir une approche purement énergétique. Il faut au contraire adopter une approche globale pour identifier les causes du désordre de l'habitat et y apporter les réponses adéquates. Pour répondre à ce défi, le comité d'experts Asthme & Inégalités propose que :

- l'identification dans un logement de moisissures pour un patient asthmatique doit permettre le financement des mesures d'urgence pour lutter contre cette pollution intérieure, sur le modèle de la lutte contre le saturnisme;
- l'inclusion d'un critère moisissures et risques respiratoires dans les conditions d'attribution des subventions à la rénovation des logements et bâtiments dès lors que des traces de moisissures sont identifiées. Les financements devraient être mis à disposition avant la réalisation des travaux. Pour faciliter ces travaux, le comité propose par ailleurs que les critères d'amélioration de la performance énergétique soient réduits dès lors que le critère moisissures et risques respiratoires est rempli. ●

« Aujourd'hui, les priorités de l'Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat sont de consacrer 80% des subventions pour la transition énergétique. C'est normal et personne ne remet en cause l'urgence climatique et la nécessité de faire un bond en avant pour notre pays. Mais cela ne peut pas se faire dans l'ignorance des problèmes sanitaires qui peuvent perdurer et mettre en danger des adultes comme des enfants. »

STÉPHANE PEU, DÉPUTÉ DE SEINE-SAINT-DENIS

PROPOSITION 30 :

PROMOUVOIR LES LABELS « ALLERGÈNES CONTRÔLÉS » ET « AIR INTÉRIEUR CONTRÔLÉ »

Aujourd'hui, de nombreux produits de consommation peuvent porter l'allégation d'être antiallergène ou antiacarien sans pourtant que la véracité de ces allégations ait été vérifiée. En parallèle, il existe des idées reçues sur les bienfaits de certains produits à l'image des huiles essentielles alors qu'ils peuvent provoquer l'effet inverse de celui recherché. Cette situation peut induire les patients dans l'erreur et conduire dans les cas les plus extrêmes à l'aggravation de leur maladie.

Pour lutter contre cette mésinformation sur les produits pouvant être utilisés par les asthmatiques au quotidien, il existe les labels « Allergènes contrôlés » et « Air intérieur contrôlé » délivrés par l'association de Recherche Clinique en Allergologie et en Asthmologie. Ces deux labels répondent à une charte garantissant que les produits labellisés réduisent de façon significative des concentrations d'allergènes et de composés organiques volatils. Pour obtenir ces labels, les entreprises doivent répondre à un cahier des charges précis permettant à l'ARCAA de contrôler et valider le bénéfice pour les personnes allergiques. La procédure de labellisation prévoit la réalisation de tests. Dans l'intérêt des patients, il apparaît important que ces labels soient mieux connus et les experts appellent les autorités publiques à les promouvoir¹⁰⁰. ●



LUTTER CONTRE LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX EXTÉRIEURS



Auparavant, nous nous concentrons sur les dangers des pics de pollution. Or aujourd'hui, nous connaissons beaucoup mieux la nature et les effets délétères de la pollution à long terme. Il faut bien s'attaquer aux deux car les pics de pollution et la pollution de fond jouent tous les deux un rôle important dans l'aggravation de la maladie.

BRUNO HOSSET,
président de la
Fondation du Souffle

PROPOSITION 31 : PROMOUVOIR LA RÉDUCTION DE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Dans nos pays développés, les principaux polluants émis dans l'atmosphère sont le dioxyde de soufre, les oxydes d'azote et les particules en suspension dont les principales sources sont les activités humaines (transports, agriculture, activités industrielles, etc.). Bien que la qualité de l'air extérieur se soit améliorée ces dernières années, un quart des Européens résidant dans des zones urbaines étaient exposés à des concentrations supérieures aux normes de la qualité de l'air fixées par l'Union européenne avec des niveaux qui affectent la santé des populations¹⁰¹. De nombreuses études épidémiologiques ont montré que des niveaux élevés de pollution de l'air sont un facteur de risque d'exacerbation de l'asthme chez l'enfant comme chez l'adulte. Par ailleurs, des études récentes se sont intéressées aux conséquences à long terme d'une exposition chronique à la pollution de l'air et ont montré une augmentation du risque de développer un asthme chez l'enfant¹⁰².

Le comité d'experts appelle de ses vœux les autorités à amplifier ses mesures pour réduire la pollution de l'air. Cette ambition pourrait se concrétiser par la création de zones sans particules fines à l'intérieur des villes où les véhicules diesel seraient bannis, par exemple. •

101- Bénédicte Leynaert et coll., Facteurs environnementaux favorisant le développement d'un asthme, La Presse Médicale, 2019

102- *ibid.*



Retour au résumé des propositions

PROPOSITION 32 :

DISPOSER D'UN INDICE GLOBAL ET ACCESSIBLE À TOUS DE LA QUALITÉ DE L'AIR

En ce qui concerne les facteurs environnementaux extérieurs comme la qualité de l'air, les pesticides ou l'exposition au pollen, l'information des patients vis-à-vis de l'évolution de la situation est importante. À ce jour, il existe un indice national du risque d'allergie animé par le Réseau National de Surveillance Aérobiologique. Il a pour objet principal l'étude du contenu de l'air en particules biologiques pouvant avoir une incidence sur le risque allergique pour la population et il publie différents bulletins en fonction du type de particules biologiques¹⁰³. En revanche, si chaque région est dotée d'un système de surveillance et d'alerte de la qualité de l'air, il n'existe pas un indice de la qualité de l'air qui indiquerait le risque d'exacerbation pour la population en cas de maladie respiratoire accessible sur une unique plateforme.

À l'image de ce qui existe pour les allergies, les experts proposent la création d'un indice de la qualité de l'air. Cet indice devrait être accessible et compréhensible à tous via une application digitale. Cette application pourrait s'inspirer de celle de *Plume Labs*. ●

PROPOSITION 33 :

AMÉLIORER LA GESTION DES PLANTES ÉMETTRICES DE POLLENS ALLERGISANTS AU SEIN DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Les pollens sont responsables de réactions allergiques et figurent parmi les facteurs déclenchants de l'asthme. Il existe de nombreuses espèces végétales qui sont émettrices de pollens allergisants qualifiés « d'intérêt majeur », c'est-à-dire que le risque allergique peut être considéré comme très élevé comme les graminées, les bouleaux, les cyprès, les thuyas¹⁰⁴. Dans cette perspective, une mesure pour améliorer l'air extérieur est de favoriser les espèces d'arbres dont les pollens sont les moins allergisants. Déjà, plusieurs municipalités se sont engagées dans cette direction avec des aménagements végétaux adaptés et en généralisant des plans de lutte contre les espèces végétales allergisantes invasives. Le comité Asthme & Inégalités souhaite que les collectivités territoriales développent une gestion des plantes émettrices de pollens allergisants et promeut une diversité des plantations pour éviter une concentration d'espèces végétales émettrices de pollens allergisants. ●



103- <https://www.pollens.fr/> (consulté le 12/03/2020)

104- <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/air-exterieur/pollens-et-allergies/article/effets-des-pollens-sur-la-sante> (consulté le 19 août 2020)



La charte d'indépendance du comité d'experts

Le partenariat entre AstraZeneca, le comité d'experts et les associations qu'il représente, et le groupe de travail dans son ensemble, est régi par une charte garantissant la totale indépendance des travaux. Elle est commandée par les principes suivants :

- **Complète indépendance des membres** (réunis en comité de pilotage et groupe de travail) dans la définition du sujet, de l'agenda, du contenu et des propositions de la table ronde.
- **Partir des besoins des patients et professionnels de santé** : AstraZeneca et les projets qu'il soutient se fondent sur les objectifs et priorités des représentants des patients et professionnels de santé pour proposer et soutenir des projets qui répondent avant tout aux besoins des patients, de leurs familles et aidants et à l'intérêt commun, partagés par une pluralité d'acteurs de santé.
- **Répondre aux problématiques de santé publique** : AstraZeneca accompagne les associations et professionnels de santé dans leurs missions de santé publique et soutient des projets qui, en étroite coopération avec les représentants des patients et professionnels de santé, répondent aux priorités de recherche, de santé, et aux défis posés notamment par les pathologies chroniques.
- **Transparence** : dans le cadre d'un partenariat, le(s) partenaire(s) et AstraZeneca s'engagent mutuellement à rendre publics leurs soutiens sur les documents et sites internet relatifs aux projets codéveloppés, ainsi que sur les sites publics des autorités (Base Transparence santé du ministère de la Santé). Le nom du soutien institutionnel devra être mentionné dans le document de propositions et lors de la tenue des événements de présentation (réunion parlementaire).

RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS

Le laboratoire n'a qu'un rôle de catalyseur et de soutien financier institutionnel. Il assure les ressources nécessaires à la préparation et réalisation de la table ronde. Il ne participe pas au comité de pilotage, et n'intervient en aucune manière dans le contenu de la conférence et l'élaboration des propositions ou recommandations.

Les partenaires membres du comité de pilotage fixent l'agenda, les intervenants et le contenu de la conférence, et définissent les propositions, sans lien avec les positions du laboratoire.

Aucune contrepartie n'est demandée aux partenaires.

MODALITÉS DE RÉALISATION ET CONTENU DU LIVRABLE

Plusieurs réunions de travail rassemblent dans un comité de pilotage les partenaires, à l'exception du laboratoire. Pour identifier et documenter les bonnes pratiques, le comité de pilotage peut entendre, lors d'un entretien *ad hoc*, des porteurs de projets innovants (professionnels de santé, patients, structures médicales ou associatives, acteurs privés). Les membres du comité de pilotage délibèrent en toute indépendance, valident les thématiques de travail, l'état des lieux, les bonnes pratiques à présenter, définissent le contenu de la conférence et du document de propositions. Le document issu de la conférence est un projet libre de droits.