

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.lequotidiendumedecin.fr

46^e ANNÉE - 1, RUE AUGUSTINE-VARIOT - CS 80004 - 92245 MALAKOFF CEDEX - TÉL. : 01 73 28 12 70 - ISSN 0399-2659 - CPPAP 0417 T 81257

JEUDI 26 JANVIER 2017 - N° 9550

Flou juridique autour de la téléconsultation

Responsabilité des acteurs, règles déontologiques, modèle économique... les zones d'ombre demeurent.
E-santé p.6



Toutes les couleurs du souffle

Pour sa 21^e édition, le congrès de pneumologie de langue française (CPLF) entrelace le fil rouge des « urgences respiratoires » et le fil orange « dilatation des bronches et mucoviscidose ». **Congrès hebdo p.12**

Éditorial

Le Mama-Ope, la e-santé à l'ougandaise

Conte africain. D'Ouganda, précisément, où 24 000 enfants de moins de cinq ans par an meurent de pneumonie chaque année. Après avoir perdu sa grand-mère, ballottée d'hôpital en hôpital avant même que la maladie ait été diagnostiquée, rapporte l'AFP, Olivia Koburongo, 26 ans, a décidé de réagir. « C'était trop difficile de suivre la trace de ses signes vitaux, de comment elle allait. C'est comme ça que j'ai pensé à une manière d'automatiser tout le processus pour suivre l'évolution de sa santé », raconte la jeune femme.

Avec son camarade Brian Turayabaye, 24 ans, diplômé comme elle d'une école en ingénierie des télécommunications, et alliés à une équipe de médecins, ils ont inventé le « Mama-Ope », une « veste intelligente » biomédicale couplée à une application pour téléphone mobile, capable de diagnostiquer la pneumonie chez l'enfant plus rapidement – trois fois plus vite, selon une étude menée par ses promoteurs – qu'un homme de l'art. L'enfant enfle la veste, dont les capteurs permettront de mesurer les bruits émis par les poumons, la température ou le rythme de la respiration... Autant d'informations transmises à l'application mobile qui les compare à des données connues pour estimer la gravité de la maladie.

K. P.

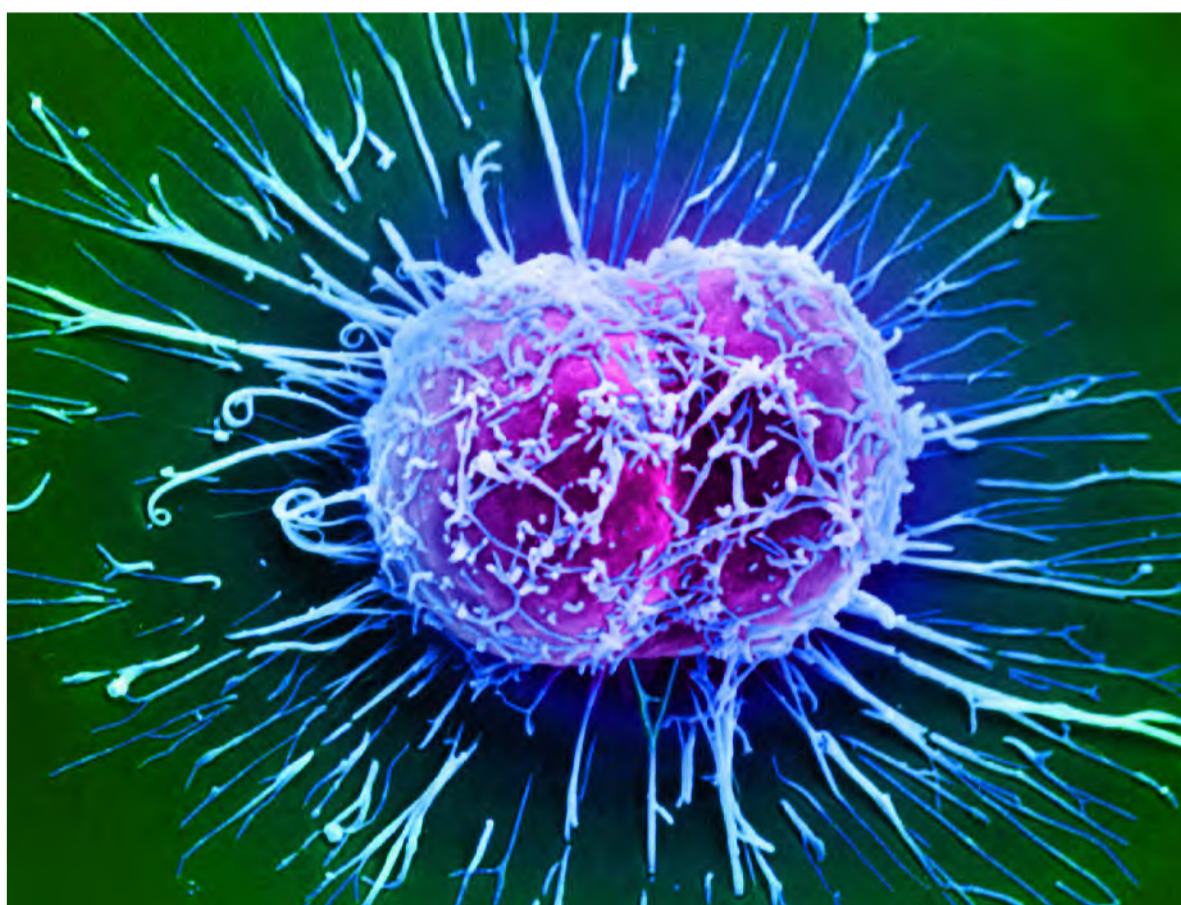
À l'assaut du cancer du col

La semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus est l'occasion de rappeler que les 3 000 cas et les 1 100 décès qui surviennent chaque année pourraient être évités. **P.2**

● **Nouvelles stratégies de dépistage et nouvelles recommandations**

● **Les colposcopistes se mobilisent contre le surtraitement**

● **HPV : améliorer la couverture vaccinale**



PHANIE

Entretien avec Camille Tricart, présidente de l'ISNAR-IMG

« Les jeunes médecins préfèrent la qualité à la quantité » **P.4**

La désynchronisation des professionnels de santé en question

Un fléau pour l'hôpital, les équipes et le patient **P.5**

Alzheimer, premiers résultats de l'étude INSIGHT

Pas de lien entre le risque et l'intensité des plaintes mémorielles **P.8**

Retrouvez-nous en continu sur lequotidiendumedecin.fr

TOUTE L'INFORMATION MÉDICALE 7j/7, 24h/24

2 ÉDITIONS
PAPIER
PAR SEMAINE

1 ÉDITION
NUMÉRIQUE
PAR JOUR

DES SERVICES NUMÉRIQUES
réservés aux abonnés
EN ILLIMITÉ

159,20
pour un an
d'abonnement
au lieu de **199€**

Soit
-20%
d'économie

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI, je souhaite m'abonner* au tarif de 159,20 euros TTC au lieu de 199 € TTC. Je recevrai le Quotidien du Médecin et ses suppléments + accès à l'intégralité du site Internet pendant un an

Titre : Dr Pr Civilité : M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Professionnelle Personnelle

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Il est indispensable d'indiquer votre adresse e-mail pour recevoir vos codes d'accès au site Internet.

Tél. : _____

Je règle la somme de 159,20 euros TTC par :

Chèque à l'ordre du Quotidien du Médecin

Carte bancaire N° _____

Date de validité : _____ Notez les 3 chiffres figurant au dos de votre carte : _____

* Offre valable jusqu'au 31 décembre 2017 et réservée aux médecins résidant en France Métropolitaine. Pour l'étranger et les DOM-TOM, nous consulter. Conformément à la loi informatique et liberté, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant par notre intermédiaire.

Je ne souhaite pas recevoir d'informations de la part du Quotidien du Médecin.

LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN
www.lequotidiendumedecin.fr

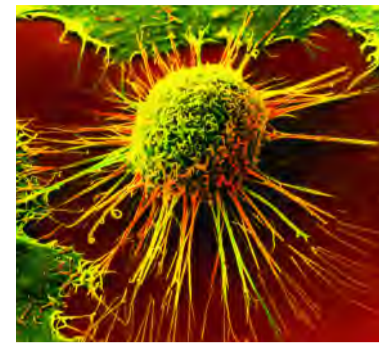
À RETOURNER AVEC VOTRE RÉGLEMENT À :
Le Quotidien du Médecin - Service abonnement
1, rue Augustine-Variot - CS 80004
92245 Malakoff Cedex
abonnements@lequotidiendumedecin.fr

Date et signature obligatoire

CANCER DU COL : OBJECTIF PRÉVENTION

La semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus qui s'achève le 28 janvier 2017 est l'occasion de rappeler que la vaccination contre le papillomavirus et le frottis permettraient d'éviter les **3 000 cas et les 1 100 décès qui surviennent chaque année**.

La généralisation du dépistage organisé prévue en 2018, l'amélioration des pratiques en matière de colposcopie pour éviter le surtraitement figurent parmi les mesures envisagées.



Dépistage organisé, test HPV, colposcopie La France va mieux faire pour le cancer du col de l'utérus

Avec 3 000 cas de cancer du col de l'utérus (CCU) et près de 1 100 décès par an, la France se situe au milieu de peloton des pays européens. Une situation peu satisfaisante. La généralisation du dépistage organisé (DO), prévue pour 2018, avec à terme la bascule vers le test HPV en première intention, devrait changer positivement les choses. Mais le dépistage n'est pas le seul axe d'amélioration.

● À l'occasion de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus du 22 au 28 janvier 2017, l'Institut national du cancer (INCa), en partenariat avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé et les caisses d'assurance maladie, ont mis l'accent sur le dépistage.

Chaque année, la France compte 3 000 cas de cancer du col de l'utérus (CCU) et près de 1 100 décès par an, des chiffres de milieu de peloton en Europe - moins bons que les autres pays développés - et liés aux trois-quarts à un dépistage insuffisant. Sur les 17 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans concernées, 40 % ne réalisent pas le frottis ou pas assez fréquemment.

La campagne d'information lancée par l'INCa s'inscrit dans la perspective de la généralisation du dépistage organisé (DO), prévue en 2018, après les résultats encourageants de l'expérimentation menée pendant 3 ans dans 13 départements pilotes (voir encadré). Le cahier des charges national du programme du DO devrait être publié fin 2017 pour une généralisation effective l'année suivante.

Stratégie d'invitation-relance

Comme le rappellent le Dr François Bourdillon, directeur général de Santé publique France et le Pr Norbert Ifrah, président de l'INCa, dans l'éditorial du « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » (« BEH ») consacré à la généralisation du DO, le cancer du col de l'utérus, « reste meurtrier et pourtant il est évitable ». La maladie pourrait presque être éliminée grâce à la vaccination HPV des jeunes filles âgées de 11 à 14 ans et grâce au frottis chez les femmes de 25 à 65 ans. Le frottis permettrait d'éviter 9 cas sur 10.

L'expérimentation menée dans 13 départements français s'est révélée concluante. La mise en place du DO a comme objectif « la réduction de 30 % à 10 ans de l'incidence et du nombre de décès par CCU, tout en luttant contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage ».

Dans une étude médico-économique du « BEH » réalisée à partir d'une modélisation, la stratégie d'invitation-relance des femmes non spontanément participantes révèle qu'elle « permet de réduire l'incidence du CCU de 13 à 26 % selon les scénarios et se traduit par des gains d'espérance de vie », met en avant le « BEH ».



L'objectif du dépistage organisé : réduire de 30 % l'incidence et le nombre de décès

Toutes les stratégies de DO testées - quel que soit le test (frottis, test HPV, double marquage p16/Ki67) et quel que soit l'intervalle (3, 5 et 10 ans) - ont permis de diminuer l'incidence et la mortalité. L'étude conclut à « l'intérêt de déployer en France un programme de dépistage organisé (incluant l'invitation et la relance des femmes ne participant pas spontanément au dépistage), par FCU triennal puis, à terme, par test HPV tous les 5 ans », conformément au Plan cancer 2014-2019.

Test HPV à terme

Le repositionnement du test HPV en dépistage primaire après l'âge de 30 ans, - la cytologie restant l'examen de première intention avant 30 ans -, est programmé à terme, conformément aux recommandations européennes. Le test HPV présente plusieurs avantages, dont celui d'être un test plus performant que le frottis cervico-utérin (FCU), avec une sensibilité proche de 95 % versus 70-80 % pour le FCU et de pouvoir espacer le dépistage de 3 à 5 ans.

« Le nombre de faux négatifs reste non négligeable avec le frottis », a expliqué le Dr Jean-Luc Mergui, président de la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV) lors du 40^e symposium de la société savante. La moindre sensibilité du FCU, la deuxième raison à l'incidence après l'insuffisance de dépistage selon la SFCPCV, est liée à un mauvais prélèvement et à une erreur de lecture des lames cytologiques au microscope.

Comme l'a expliqué le Dr Christine Bergeron de la SFCPCV, le cadre contrôlé du DO permet l'adoption de nouvelles stratégies de dépistage, en l'absence duquel il est risqué d'espacer à 5 ans. Le test HPV en test primaire recherche le facteur de risque, - actuellement réalisé uniquement en cas de frottis ASC-US -, et la cytologie n'est réalisée pour rechercher une lésion qu'en cas de test HPV positif. Seules celles ayant une cytologie anormale seront vues en colposcopie.

Le rattrapage par autoprélèvement

Le test HPV présente également l'avantage de pouvoir être proposé en autoprélèvement vaginal chez des

femmes qui ne se font pas dépister. Dans un essai contrôlé et randomisé mené en Indre-et-Loire, l'envoi d'un kit d'autoprélèvement à domicile s'est révélé efficace chez les femmes n'ayant pas répondu à l'invitation à réaliser un frottis. Comme le souligne Norbert Ifrah et François Bourdillon, « alors que de simples courriers de relance n'ont pas d'efficacité, l'envoi de ce kit permet de doubler la participation au dépistage (22,5 % versus 11,7 %) ».

Certaines populations se font moins dépistées, comme le révèle une autre étude elle aussi dirigée par Stéphanie Barré. Il s'agit des femmes les plus âgées (40 % après 60 ans versus 60 % entre 25-49 ans), le fait de vivre dans une zone identifiée comme défavorisée, d'être en ALD (Affection Longue Durée) ou bénéficiaire de la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire) et de résider dans une région de faible densité médicale. Ces données sont très informatives et font réfléchir à « développer des stratégies adaptées pour atteindre ces femmes », soulignent les autorités sanitaires. Les pratiques professionnelles ne sont pas optimales. Selon le « BEH », plus d'un tiers des femmes de moins de 25 ans ont eu un frottis en 2013 au cours des trois années précédentes, alors que ce n'est pas recommandé. Avant l'âge de 25 ans, il est considéré que le dépistage n'a pas d'impact sur l'incidence du CCU et génère plus d'effets négatifs que de bénéfices. De plus, en cas de frottis anormal, un test HPV est souvent réalisé, ce qui n'est pas non plus recommandé car « les lésions HPV sont transitoires à ces âges », souligne le « BEH ». Or cette positivité conduit à proposer l'exérèse par conisation, ce qui augmente le risque d'accouchements prématurés et de fausses couches. La SFCPCV rappelle, de son côté, qu'à côté des femmes jamais dépistées, 40 % des femmes font un FCU tous les ans et seulement 10 % le font tous les 3 ans comme recommandé. « Dans ce contexte, le rappel des recommandations de pratiques professionnelles paraît important », conclut le « BEH ».

Dr Irène Drogou

Nouvelles recommandations en cas de frottis anormal

● Dans l'optique de la généralisation du dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus (CCU), l'INCa vient d'actualiser les recommandations devant une femme ayant une cytologie anormale. Quinze arbres décisionnels sont disponibles, onze au sujet de la conduite diagnostique et quatre pour les indications thérapeutiques.

« Ces arbres décisionnels vont loin dans le détail, notamment pour la prise en charge des lésions ASC-US », décrit le Dr Jean-Luc Mergui, de la SFCPCV qui a participé à leur élaboration en coordination avec de nombreuses autres sociétés savantes. Ces recommandations s'adressent aux gynécologues-obstétriciens mais aussi aux médecins généralistes et aux sages-femmes, de plus en plus souvent impliqués dans le parcours de soins, note l'INCa.

Avec la mise en place du DO, le taux de cytologies anormales attendu est de 3,9 %, soit 235 000 femmes chaque année. « Des lésions précancéreuses ou cancéreuses concerneront plus de 31 000 femmes », estime l'INCa. L'objectif est d'éviter les conisations en excès et minimiser le surtraitement.

Ces recommandations concernent les femmes immunocompétentes et âgées de 25 à 65 ans.

40

C'est le pourcentage de femmes de 25 à 65 ans qui ne se font pas dépister ou pas assez fréquemment

« Dans l'état actuel des connaissances, la conduite à tenir sera la même pour les femmes vaccinées ou non », précise l'INCa. Les femmes immunodéprimées ne sont pas concernées par ces recommandations. « Pour les femmes infectées par le VIH, la mise à jour du rapport Morlat 2016 comprendra une partie sur la cytologie anormale des femmes infectées par le VIH », est-il indiqué.

L'INCa dégage quelques messages généraux : - devant un test HPV négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans ; - devant un double immunomarquage p16/Ki67 négatif, une cytologie est recommandée à 12 mois ; - devant une cytologie normale (réalisée après une cytologie initiale anormale), une cytologie est recommandée à 12 mois ; - en cas de test HPV positif, de double immuno-marquage positif ou de cytologie anormale (après une cytologie initiale anormale), une colposcopie est recommandée. Il est rappelé qu'en cas de colposcopie, satisfaisante ou non satisfaisante, l'exploration du vagin doit rester systématique.

En bref, les lésions initiales ASC-H, HSIL et LSIL justifient une colposcopie d'emblée, avec l'alternative du double immunomarquage pour les LSIL. En cours de grossesse, il est recommandé de temporiser en cas de cytologie ASC-US ou LSIL et de contrôler par une cytologie à 2-3 mois en post-partum. À l'inverse, toujours en cours de grossesse, la découverte d'une cytologie ASC-H, AGC ou HSIL doit faire demander une colposcopie d'emblée.

Dr I. D.

L'expérimentation du DO positive dans 13 départements

● Le bilan de l'expérimentation menée pendant trois ans dans 13 départements pilotes entre 2010 et 2012, est, selon le « BEH », encourageant. L'expérimentation - qui concernait près de 2,4 millions de femmes, soit 13,4 % de la population cible totale en France -, a permis d'améliorer de 12 points la couverture globale pour atteindre 62 % de la population cible, indique l'équipe de Nathalie Beltzer. L'expérimentation s'est déroulée en Isère, Martinique, Alsace (2 départements), Auvergne (4 départements), Cher, Indre-et-

Loire, Maine-et-Loire, La Réunion et Val-de-Marne, avec une très grande variabilité selon les départements allant de 41,6 % en Martinique à 72,5 % en Alsace. Les jeunes femmes (moins de 35 ans) se font davantage dépister que les plus âgées (60-65 ans). Les pratiques actuelles se sont avérées satisfaisantes et « conformes aux standards européens attendus » avec moins de 2 % de frottis insatisfaisants. Le dépistage a permis de dépister : des atypies cellulaires ASC-US (2,3 pour 100 femmes dépistées), des lésions malpighiennes de bas grade LISL (1,2 pour 100 femmes dépistées) mais aussi des lésions plus sévères HSIL et ASC-H chez respectivement 1,5 et 2,8 pour 1 000.

Les colposcopistes se mobilisent contre le surtraitement

● Prévention vaccinale « quasi inexistante », « dépistage insuffisant et imparfait », la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV) lors de son 40e congrès les 16 et 17 janvier 2017, partage le constat dressé par les autorités sanitaires. Mais la société savante met en avant un autre écueil dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus (CCU) : des traitements parfois excessifs. Une situation aberrante que la SFCPCV qualifie de « paradoxe français ».

« Sur les 25 000 à 30 000 conisations réalisées chaque année en France, près de 30 % sont réalisées en excès, déplore le Dr Jean-Luc Mergui, président de la SFCPCV. En 2015, 6 000 conisations ont été réalisées sans indication valable. Sur les 3 500 hystérectomies réalisées par an pour lésions du col, 50 % ne sont pas justifiées ».

Or, comme l'a exposé le Pr Xavier Carcopino, au CHU Nord de Marseille, « il existe une réelle morbidité voire mortalité liée au dépistage ». Tous les traitements des lésions précancéreuses du col utérin, exérèses ou destruction par laser, ont un impact sur la grossesse chez les femmes en âge de procréer. « Le risque de prématurité est augmenté, un risque estimé à 1000-1500 naissances/an, poursuit le gynécologue-obstétricien. Le risque augmente avec la hauteur de col traitée, sans qu'il y ait une valeur seuil, le volume de col traité dès lors qu'il est ≥ 3 mL et le nombre de gestes réalisés ».

70 % des interventions réalisées à l'aveugle

Bien que recommandée, l'utilisation du colposcope pour guider la conisation n'est pas suivie, avec 70 % des interventions réalisées à l'aveugle. « Le guidage colposcopique permet de diminuer les volumes des pièces de conisation sans compromettre les marges de résection et sans compromettre l'efficacité du geste, développe Xavier Carcopino. De plus, cela permet de diminuer le risque de colposcopie



La colposcopie est essentielle pour le diagnostic et le traitement

insatisfaisante lors du suivi en raison de colsténosés ».

La colposcopie, essentielle pour le diagnostic et le traitement du cancer du col, ne s'improvise pas. « C'est le seul examen ce jour permettant de localiser les éléments devant faire l'objet de biopsie en vue du diagnostic, explique le Pr Jean Gondry. C'est un outil indispensable au geste thérapeutique ».

Pour la SFCPCV, la raison au surtraitement s'explique par une prise en charge par des praticiens insuffisamment formés, des professionnels non habilités. La formation des praticiens pêche par l'absence de formation spécifique dans le cursus obligatoire. « Les gynécologues doivent s'inscrire à un diplôme inter-universitaire (DIU) de colposcopie pour se former, explique le Pr Jean Gondry, du CHU d'Amiens. Il existe 7 enseignements en France dans 18 universités ».

Environ 150 médecins par an suivent une formation, mais moins de 50 % la pratiqueront régulièrement après la formation initiale. « Le niveau de pratique est un critère validé de qualité », expose Jean Gondry. Le standard européen retenu est d'au moins 100 colposcopies/an et par opérateur, avec > 50 pour anomalie cytologique mineure et > 50 pour anomalie cytologique majeure. En France, la charte de qualité de la SFCPCV demande la

réalisation au moins 50 colposcopies/an et par opérateur, toutes indications confondues. Car la majorité des colposcopistes en France n'en font pas plus de 100/an ».

La colposcopie, étant un examen uniquement visuel, ne pardonne aucune erreur d'interprétation. « Une lésion précancéreuse non repérée, c'est une perte de chances, explique Jean Gondry. Un mauvais site de biopsie entraîne une mauvaise prise en charge et un manque d'assurance conduit à un excès d'examen complémentaire ».

La formation médicale continue est indispensable. « La qualité de l'examen dépend de l'expérience et donc de la pratique régulière, détaille Jean Gondry. C'est indispensable de continuer à échanger les expériences et de réfléchir à des cas cliniques lors de séances de formation ».

Les critères de qualité colposcopique sont intégrés dans les recommandations de l'INCa. L'objectif est d'augmenter le nombre de colposcopistes formés, aujourd'hui environ 200 colposcopistes labellisés SFCPCV ayant déclaré sur l'honneur réaliser au moins 50 colposcopies/an. « Deux axes principaux d'amélioration se dégagent, explique Jean-Luc Mergui. C'est l'assurance qualité des praticiens via l'obtention d'un label mais c'est aussi le contrôle qualité des soins prodigués dans le cadre d'un système organisé ».

Dr I. D.

Mieux prévenir avec la vaccination HPV

● En 2015, seule une jeune fille sur 7 (14 %) avait complété la série vaccinale à l'âge de 16 ans. Pourtant, dès 2007, le Haut Conseil de santé publique recommandait la vaccination des jeunes filles contre le HPV, en complément du dépistage organisé du cancer du col utérin (CCU).

En Australie et au Royaume-Uni où les couvertures vaccinales sont élevées (> 80 %), les épidémiologistes observent déjà une diminution des lésions précancéreuses. L'effet est constaté chez les femmes vaccinées mais aussi chez les non vaccinées par une diminution de la contamination.

Pour Norbert Ifrah de l'INCa et François Bourdillon de Santé publique France, « il importe donc de relancer cette vaccination, en veillant à sa complémentarité avec le dépistage ». Des études ont montré que les jeunes filles non vaccinées avaient un profil socio-économique similaire à celui des femmes échappant au dépistage.

Vacciner en milieu scolaire

Alors qu'il existe une forte défiance vis-à-vis de ce vaccin en France, - le comité Fischer ayant même renoncé à le rendre obligatoire mais en continuant à le recommander -, les responsables des agences sanitaires proposent de vacciner en milieu scolaire, ce qui



« permettrait de faire en sorte que les jeunes filles qui demain ne se feront pas dépister puissent bénéficier plus largement de la protection vaccinale ».

Le calendrier vaccinal en France recommande la vaccination anti-HPV des jeunes filles âgées de 11 à 14 ans et jusqu'à 19 ans en rattrapage. Les deux vaccins disponibles en France (Gardasil et Cervarix) protègent contre les infections par les HPV oncogènes 16 et 18, présents dans 70 % des cancers invasifs du col utérin. Le vaccin Gardasil protège également des infections par HPV 6 et 11, à l'origine du développement de condylomes (verrues génitales bénignes).

Avec le Gardasil nonavalent, les 7 types d'HPV à haut risque onco-

Une couverture vaccinale très insuffisante

gène ciblés par le vaccin nonavalent (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58) sont à l'origine, en France, d'environ 90 % des cas de cancer du col de l'utérus et d'environ 80 % des lésions cervicales de haut grade (lésions cervicales précancéreuses CIN 2, CIN 3 et cancer in situ CIS). Les 2 autres types (HPV 6 et 11) sont responsables d'environ 90 % des cas de verrues génitales.

Le Gardasil 9 a obtenu l'AMM européenne en mars 2015. Sa commercialisation par les laboratoires Sanofi Pasteur MSD n'est pas officiellement communiquée mais pourrait avoir lieu au dernier trimestre 2017.

Dr I. D.

Les recommandations françaises de la SPLF* à l'épreuve du quotidien en médecine générale



Interview du Pr Chantal Raheison-Semjen, service des maladies respiratoires, pôle cardiopulmonaire, CHU, Bordeaux.

Les nouvelles recommandations sur la prise en charge du patient asthmatique privilégient les réponses aux questions pratiques. Destinées à tous les professionnels de santé concernés, elles donnent les clés pour l'évaluation et la maîtrise du contrôle de l'asthme, au cœur de cette prise en charge.

Quel est l'intérêt de la publication de ces nouvelles recommandations sur la prise en charge du patient asthmatique non contrôlé ? Quelles différences y a-t-il entre ces nouvelles recommandations et la version précédente (démarche, objectifs...) ?

Tout d'abord, il faut rappeler que les précédentes recommandations dataient de 2004, pour une pathologie qui reste fréquente et continue d'augmenter dans notre pays, ce qui justifie, en soi, de les actualiser. De plus, contrairement aux précédentes, ces nouvelles recommandations privilégient les réponses aux questions pratiques qui nous ont été proposées par les médecins généralistes du comité de pilotage. Elles se veulent donc être ni exhaustives ni encyclopédiques. Il s'agit d'un choix partisan, dont le fil rouge est l'évaluation du contrôle de l'asthme. Deux autres différences par rapport aux recommandations précédentes : nous avons rédigé un texte court et un long, ainsi qu'une version en anglais, afin que ces recommandations, qui présentent quelques différences avec le GINA (Global Initiative for Asthma), soient ouvertes aux professionnels de santé anglophones.

Par ailleurs, pour ne pas trop alourdir le texte, nous avons délibérément choisi de ne pas aborder certains domaines, comme l'éducation thérapeutique ou les examens fonctionnels respiratoires, déjà traités précédemment.

Ces dernières recommandations de la SPLF ont été rédigées conjointement avec la Société française d'allergologie et la Société française de pneumopédiatrie.

Enfin, concernant la méthodologie, nous avons appliqué les recommandations de la HAS pour la pratique clinique. Mais les objectifs restent les mêmes que ceux des précédentes versions, à savoir l'amélioration de la prise en charge de la maladie asthmatique par une large diffusion des repères auprès des professionnels de santé pour y parvenir.

En quoi ces recommandations sont-elles pragmatiques et applicables par les médecins généralistes ?

Nous avons essayé de repréciser la définition du contrôle de l'asthme, de montrer que sa maîtrise représente un élément important et que son évaluation passe par des questions simples. Sur ce dernier point, plutôt que d'imposer des questionnaires - souvent peu utilisés en dehors du milieu pneumologique -, nous suggérons d'intégrer des items à l'interrogatoire d'évaluation du contrôle de l'asthme : symptômes dans la journée (toux, essoufflement, sifflements...), symptomatologie nocturne, fréquence d'utilisation de traitements de secours, exacerbations...

Dans cette évaluation, contrairement aux recommandations internationales et non précédentes, nous avons gardé la mesure de la fonction respiratoire.

Pourquoi le contrôle des patients asthmatiques est-il au cœur de la prise en charge ? Quelles sont les étapes à suivre pour prendre en charge un patient exacerbateur ?

Nous ne pouvons ignorer les résultats d'une étude de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de santé) en 2006, qui montrent que 2/3 des patients asthmatiques sont partiellement ou non contrôlés ! Ce constat s'impose à nous et c'est pourquoi nous avons fait ce choix de mettre le contrôle des patients asthmatiques au cœur de la prise en charge. Concernant l'exacerbation, nous l'avons clairement définie comme étant une majoration des symptômes respiratoires habituels de l'obstruction bronchique de plus de 48 heures et nécessitant une modification de traitement.

La première étape devant une exacerbation doit être d'évaluer sa sévérité pour décider du traitement et d'une éventuelle hospitalisation en urgence. Dans ce contexte, nous avons rappelé l'importance du débit expiratoire de pointe, qui est un outil simple en soins primaires pour mesurer objectivement le degré d'obstruction bronchique, en sachant qu'il ne remplace pas la spirométrie dans le suivi à long terme.

L'étape suivante est curative, avec la mise en route des traitements : bronchodilatateurs de courte durée d'action, corticothérapie générale, en donnant une fourchette de la dose et de la durée. L'antibiothérapie, quant à elle, ne doit pas être systématique, mais basée sur la clinique, notamment la présence de signes infectieux (fièvre, expectoration colorée...) ; d'autant que la plupart des exacerbations d'asthme sont consécutives à une infection virale. Vient ensuite le temps incontournable de la réévaluation : nous recommandons de la pratiquer entre 2 et 7 jours après l'évaluation initiale, en fonction du contexte médical et géographique. Une évaluation de la fonction pulmonaire entre 4 et 6 semaines après l'exacerbation est également fortement recommandée.

Ces recommandations, destinées à l'ensemble des professionnels de santé concernés, rappellent aussi que, devant tout asthme mal contrôlé sévère ou la répétition d'exacerbations, il ne faut pas hésiter à adresser les patients à un centre pneumologique spécialisé pour une prise en charge adaptée.

> Dr Catherine Bouix

*SPLF : Société de pneumologie de langue française.