

# Recto Verso

L'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées communique

n° 3

mai 2004

L'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées présente ici la synthèse d'un travail qui porte, pour la première fois, sur une pathologie. L'asthme est certes une affection dont le déclenchement peut justifier un recours aux structures d'urgences (SAMU, SMUR, services d'Urgences), mais c'est aussi un véritable problème de santé publique.

## La pathologie asthmatique dans les Urgences de Midi-Pyrénées

### Problématique

Cette étude a pour objectif d'analyser les caractéristiques des patients ayant eu un recours aux services d'urgence de Midi-Pyrénées pour asthme.

Cette problématique a été choisie car :

- l'augmentation de la prévalence et de la sévérité de la maladie asthmatique est responsable d'une augmentation des hospitalisations après un fréquent recours initial aux urgences
- réduire la fréquence des hospitalisations pour asthme de 20 % en 5 ans est un objectif retenu dans le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs pour l'élaboration de la loi d'orientation de santé publique.

### Population concernée

L'ensemble des passages pour asthme pour les patients de plus de 4 ans a été recensé en prospectif en 2001 et 2002 dans les 36 services d'urgence publics et privés participant au recueil de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées.

### Résultats

- 4082 passages ont été recensés sur 2 ans, soit 13,6 % des urgences médicales

respiratoires et 0,5 % de l'ensemble des urgences de la région

- les patients concernés sont jeunes avec un âge moyen de 33 ans (1 patient sur 4 a moins de 25 ans) et il y a autant d'hommes que de femmes
- le nombre de passages est maximum à l'automne et au printemps
- les admissions sont préférentiellement nocturnes, avec une recrudescence des passages pour asthme en fin de soirée et un nombre de cas significativement plus important la nuit : 45 % des recours aux urgences pour asthme ont lieu entre 20 h et 8 h, *versus* 25 % pour l'ensemble des autres recours
- 7,2 % des patients ont bénéficié d'un transport médicalisé en préhospitalier (SMUR)
- 40 % de patients sont dans un état clinique jugé instable à l'arrivée (évaluation par la CCMU ; classification<sup>®</sup> non spécifique de la pathologie asthmatique)
- 17 % des patients ont nécessité une prise en charge de type réanimation
- une gazométrie a été réalisée pour moins d'un patient sur cinq et une radiographie thoracique dans 17 % des cas. Sur le plan thérapeutique, 55 % des patients ont bénéficié d'un aérosol aux urgences

- 39 % des patients ont été hospitalisés à l'issue de la prise en charge et 2 patients sont décédés aux urgences. Les données de l'observatoire des urgences ne permettent pas de connaître le lieu d'hospitalisation des patients
- la durée moyenne de passage aux urgences est de 3 h 05. Voisine de 2 h lorsque le patient retourne à domicile, cette durée moyenne double lorsque le patient est hospitalisé à l'issue de la prise en charge

### Perspectives

L'hospitalisation en urgence est indiquée en cas d'asthme aigu grave avec absence d'amélioration après traitement bien conduit. En absence de spécificité des variables recueillies, il est difficile de faire la part exacte des passages adaptés au plateau technique des urgences. Toutefois, la proportion de patients stables (CCMU 1 et 2) et le taux de retour à domicile (61 %) avec des durées de passage courtes témoignent d'une prise en charge de qualité dans les services d'urgence. Cependant ces données posent la question d'une éventuelle prise en charge en médecine de ville, lieu de prédilection pour l'éducation thérapeutique. Par ailleurs, cette étude souligne que si 40 % des patients sont instables à l'arrivée, la proportion de transports médicalisés est insuffisante : ceci renvoie à la régulation des appels.

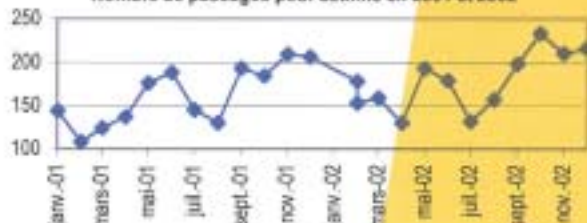
Ces résultats témoignent de probables dysfonctionnements dans la prise en charge globale des patients asthmatiques. Le passage aux urgences peut-il être un

marqueur d'une prise en charge insuffisante en amont ?

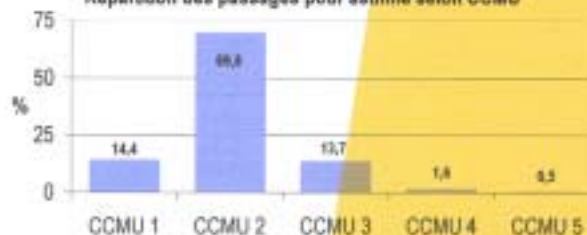
Ainsi, l'analyse d'indicateurs simples, recueillis en routine et bien que non spécifiques de la maladie asthmatique peut contribuer à la surveillance d'une pathologie chronique : évolution, pics épidémiques, mais également modifications dans l'utilisation du système de soins.

Ces résultats participent à la mise en place de la surveillance de l'asthme dans une région.

Nombre de passages pour asthme en 2001 et 2002



Répartition des passages pour asthme selon CCMU



#### CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

**CCMU1.** État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgence.

**CCMU2.** État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgence.

**CCMU3.** État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

**CCMU4.** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

**CCMU5.** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Les précédents numéros du **Recto Verso** sont téléchargeables sur le site [www.oru-mip.fr](http://www.oru-mip.fr).

**RV n1.** Base Accueil des Urgences Midi-Pyrénées : rapport régional du 1<sup>er</sup> semestre 2003 (Christine Sagnes-Raffy)

**RV n2.** SMUR secondaires 2002 (Denis Arcuset)