

## AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

# ASTHME

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, caractérisée par une obstruction bronchique variable dans le temps. Sous-diagnostiqué et insuffisamment pris en charge dans la population générale, l'asthme est potentiellement mortel. Destiné à améliorer le confort, à prévenir les crises et à prévenir l'asthme mortel, le traitement de fond de l'asthme persistant relève d'une prise en charge médicale au long cours, qui doit intégrer un accompagnement socio-juridique pour les migrants/étrangers en situation précaire.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

**Dans le monde, 150 millions de personnes souffrent d'asthme** (taux de prévalence estimé à 21 cas pour 1000 personnes) et on enregistre 200 000 décès par an dus à cette affection. Au niveau mondial, on estime que les coûts associés à l'asthme dépassent ceux de la tuberculose et de l'infection à VIH-sida réunis. En France, on évalue à 3,5 millions le nombre d'asthmatiques (58 p. 1 000). La mortalité de l'asthme, 2 000 décès par an, est en forte augmentation depuis 20 ans.

**Chez les exilés pris en charge au Comede,** l'asthme persistant est plus fréquent chez les personnes originaires d'Asie du Sud (Pakistan 27 p. 1 000, Bangladesh 19, Sri Lanka 16), d'Afrique de l'Ouest (Sénégal 41, Mali 25, Nigeria 19, Mauritanie 19) et chez les Algériens (18).

### CLINIQUE

**Les symptômes de l'asthme sont la toux, les sifflements (sibilants), une difficulté à respirer (dyspnée) et une oppression thoracique.** Il existe des épisodes d'exacerbation des symptômes, ce sont les « crises d'asthme » décrites par les malades.

**Facteurs de risque d'asthme aigu grave (AAG).** En raison de la précarité de leur situation psychosociale, les exilés asthmatiques font partie du groupe de patients à risque de développer un AAG. Autres facteurs de risque : asthme ancien et instable, hospitalisation ou recours aux urgences dans l'année écoulée pour crise grave, mauvaise observance des thérapeutiques prescrites, tabagisme persistant, infection bactérienne (sinusite) ou virale (grippe), intolérance à l'aspirine, autres facteurs de stress (froid, effort physique...).

**Signes d'AAG :** crise ressentie comme inhabituelle et rapidement progressive. Signes de gravité immédiate : difficulté à parler, à tousser, agitation, sueurs, pâleur/cyanose, utilisation des muscles respiratoires accessoires ; fréquence respiratoire > 30/min, fréquence cardiaque > 120/min ; inefficacité des  $\beta$ 2-stimulants inhalés d'action brève. Toute crise se prolongeant anormalement et résistante au traitement habituel chez un asthmatique connu doit alerter.

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

**Protection maladie indispensable, demande de complémentaire en admission immédiate (voir page 212) CMU-C ou instruction prioritaire AME (voir page 224).** Soutien socio-juridique et aide à la vie quotidienne. Vaccination (voir page 261) recommandée contre la grippe (1 dose 0,5 ml SC ou IM, 6 €, NR) et traitement de la rhinite allergique.

**Traitement de la crise / exacerbation par répétition des inhalations de  $\beta$ 2-stimulant d'action brève :** SALBUTAMOL, 1 à 2 bouffées à 100 $\mu$ g (susp/inh. flacon 200 doses, 5 €, R65 %). À renouveler après quelques minutes en cas de persistance  $\pm$  corticoïde oral : PREDNISOLONE 0,5 à 1 mg/kg/j pendant 3 à 10 jours (Gé. cp 20 mg x 20, 5 €, R65%).

**Traitement de l'AAG par  $\beta$ 2-stimulants nébulisés, oxygène et corticoïdes :**

- répétition des inhalations de  $\beta$ 2-stimulant, si possible à l'aide d'une chambre d'inhalation ;
- oxygénothérapie et administration de  $\beta$ 2-stimulants nébulisés (à défaut, injection SC) ;
- corticoïde systémique, en sachant qu'il n'exerce ses effets qu'après 2 à 3 heures ;
- hospitalisation dans tous les cas, en urgence si l'état ne s'améliore pas après 30 min ou en cas de signe de détresse : impossibilité de parler, pause respiratoire, troubles de conscience.

## DEGRÉS DE SÉVÉRITÉ DE LA MALADIE ASTHMATIQUE ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE PAR PALIER

*La présence d'un seul critère suffit pour placer un patient dans le palier correspondant. Le but du traitement est la maîtrise de l'asthme : symptômes chroniques réduits au minimum, pas de limitation des activités, crises rares, besoin minimal des β2-stimulants d'action brève.*

| Palier 1 :<br>intermittent  | Palier 2 :<br>persistant léger  | Palier 3 :<br>persistant modéré   | Palier 4 :<br>persistant sévère  |
|---|---|---|--|
| <p><b>Clinique</b><br/>Symptômes &lt; 1/sem.<br/>Exacerbations brèves.<br/>Symptômes d'asthme nocturne &lt; 2/mois.<br/>Respiration normale entre les crises.<br/>DEP &gt; 80 %.</p>                                | <p><b>Clinique</b><br/>Symptômes &gt; 1/sem. mais &lt; 1/jour.<br/>Crise pouvant retentir sur activité/sommeil.<br/>Symptômes d'asthme nocturne &gt; 2/mois.<br/>DEP &gt; 80 %.</p>                                 | <p><b>Clinique</b><br/>Symptômes quotidiens.<br/>Crise retentissant sur activité/sommeil.<br/>Symptômes d'asthme nocturne &gt; 1/sem.<br/>Utilisation quotidienne de β2-stimulant inhalé.<br/>DEP &gt; 60 % et &lt; 80 %.</p> | <p><b>Clinique</b><br/>Sympt. permanents.<br/>Crise fréquentes.<br/>Activités physiques limitées par l'asthme.<br/>Symptômes d'asthme nocturne fréquents.<br/>DEP &lt; 60 %.</p>   |
| <p><b>Traitement de fond</b><br/>Non nécessaire.</p>  | <p><b>Traitement de fond</b><br/>Corticoïde inhalé (200-500 µg) ou cromone.<br/>Si nécessaire, ↑ les corticoïdes inhalés à 800-1000 µg ou ajouter (si sympt. nocturnes) β2-stimulant inhalé d'action prolongée.</p> | <p><b>Traitement de fond</b><br/>Corticoïde inhalé (800-2000 µg ou plus) et β2-stimulant inhalé d'action prolongée.</p>   | <p><b>Traitement de fond</b><br/>Corticoïde inhalé (800-2000 µg ou plus) et bronchodilatateur d'action prolongée (β2 inhalé et/ou oral et/ou théophylline) et corticoïde oral.</p> |
| <p><b>Traitement des symptômes</b><br/>β2-stimulant inhalé d'action brève selon les besoins &lt; 1 fois/sem<br/>Traitement plus intense si crise plus sévère.<br/>β2-stimulant inhalé 15 à 30 min avant effort.</p> | <p><b>Traitement des symptômes</b><br/>β2-stimulant inhalé d'action brève &lt; 4 fois/j.</p>  | <p><b>Traitement des symptômes</b><br/>β2-stimulant inhalé d'action brève selon les besoins &lt; 4 fois/j.</p>  | <p><b>Traitement des symptômes</b><br/>β2-stimulant inhalé d'action brève selon les besoins &lt; 4 fois/j.</p>   |

**Palier inférieur :** revoir le traitement tous les 3 à 6 mois. Si asthme maîtrisé depuis plus de 3 mois, envisager une réduction du traitement par palier.

**Palier supérieur :** si asthme non maîtrisé, prévoir de passer au palier supérieur après vérification de l'observance et de l'éviction des allergènes.

- **Corticoïde inhalé :** budésonide, 1 bouffée à 200 µg /j ou 2 prises par jour si > 200 µg /j (200 µg poudre, récipient 200 doses, 43 €, R65 %). Effet optimal en 4 à 8 sem.
- **β2-stimulant inhalé d'action prolongée :** salmétérol, 1 bouffée à 50 µg x 2 /j (50 µg poudre, boîte 60 doses, 34 €, R65 %).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

**Une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)** est nécessaire 3 à 6 mois après le début du traitement comme examen de référence, parfois pour le diagnostic (formes mineures ou atypiques). La répétition des EFR au cours du suivi est à discuter avec le pneumologue.

**La mesure régulière du DEP** (débit expiratoire de pointe ou « Peak-Flow ») mérite d'être intégrée à l'éducation du patient asthmatique, et sa surveillance à court terme est utile pour l'évaluation clinique et le choix du traitement (MINI WRIGHT, 23 €, NR). Les normes dépendent de la taille, du sexe et de l'âge (environ 400 l/min chez la femme et 700 chez l'homme).

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES ASTHMATIQUES

**L'éducation thérapeutique, centrée sur la personne, est un processus intégré dans la démarche de soins et destiné à faire acquérir et maintenir des compétences au malade**, en particulier asthmatique. Ces compétences sont transversales ; elles sont applicables à toutes les affections chroniques.

**L'éducation thérapeutique structurée est plus efficace que l'information seule.** Effectuée si besoin avec un interprète (voir page 28), elle est destinée à aider, écouter et comprendre la personne, définir des objectifs clairs et réalisables, établir une stratégie de questionnement qui renforce le rôle actif du patient dans la prise de son traitement et évaluer les acquis du patient. Elle comporte, après un diagnostic éducatif (recueil des informations sur le patient : personnalité, mode de vie, besoins, connaissance de la maladie et de sa thérapeutique, capacité à apprendre) un apprentissage à l'autogestion du traitement (appréciation des symptômes, plan de crise, mesure du DEP) et nécessite un suivi régulier (particulièrement en cas d'asthme sévère ou de risque de gravité).

**Un système à trois zones pour aider le patient à gérer ses symptômes :**

- **zone verte** : l'asthme est maîtrisé. Ni le sommeil ni les activités ne sont interrompus. Les symptômes sont minimes ou inexistant. Débit expiratoire (DEP) entre 80 et 100 % ;
- **zone orange** : vigilance devant la survenue de symptômes nocturnes, gêne de l'activité, toux, sifflements, oppression thoracique d'activité ou de repos, et/ou DEP entre 60 et 80 %. Il peut s'agir d'une exacerbation isolée (suivre alors le plan de crise) ou d'une détérioration progressive qui justifie une consultation médicale pour modifier la prise en charge ;
- **zone rouge** : alerte. Les symptômes gênent l'activité ou sont présents au repos. DEP < 60 %. Si le DEP reste < 60 % malgré la prise immédiate d'un  $\beta_2$ -stimulant d'action brève, des soins médicaux rapides doivent être entrepris. Dans tous les cas, consulter rapidement un médecin.

**L'apprentissage d'un plan de crise doit faire l'objet d'une prescription écrite :**

- **crise légère** :  $\beta_2$ -stimulant inhalé d'action brève, 2 à 4 bouffées espacées de quelques minutes et répétées si nécessaire jusqu'à 3 fois la première heure. Les symptômes régressent et le DEP redevient supérieur à 80 % ;
- **crise d'intensité moyenne** : la réponse au  $\beta_2$ -stimulant est incomplète, DEP entre 60 et 80%. Poursuivre la prise espacée de  $\beta_2$ -stimulant inhalé, prendre une première dose de corticoïde oral (PREDNISOLONE 0,5 à 1 mg/kg) et consulter un médecin avant la nuit ;

**Le malade doit être capable :**

- *de faire connaître ses besoins, de déterminer des buts et d'informer son entourage ;*
- *de comprendre son corps, sa maladie et les répercussions dans l'environnement familial, à l'école, au travail. Un malade « chronique » ne peut se soigner correctement s'il ne comprend pas sa maladie, comment on la diagnostique et comment on la soigne ;*
- *de repérer les symptômes précoces et les signes d'alerte ;*
- *de faire face à l'urgence, c'est-à-dire de décider dans l'urgence et d'être capable d'appliquer un protocole d'urgence ;*
- *de transférer ce qu'il a appris dans un contexte à un autre contexte (changement de travail, de lieu de vie, voyages) ;*
- *de mettre en pratique les connaissances acquises afin de les adapter à sa vie ;*
- *de savoir utiliser à bon escient les ressources du système de soins (ne pas avoir recours systématiquement aux services d'urgences mais savoir qui appeler, quand et où consulter) ;*
- *de faire valoir ses droits, notamment en matière de protection maladie.*

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Association Asthme et Allergies**  
3 rue Hamelin, 75116 PARIS  
T : 01 47 55 03 56  
[www.asmanet.com](http://www.asmanet.com)
- **Comité national contre les maladies respiratoires**  
66 bd Saint-Michel  
75006 PARIS  
T : 01 46 34 58 80
- **Haute Autorité de santé, Éducation thérapeutique du patient asthmatique,**  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- **Inpes outils d'éducation du patient** [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

- **crise sévère** : la crise répond mal aux  $\beta_2$ -stimulants, DEP < 60 %. Faire appel à une visite rapide du médecin tout en poursuivant les  $\beta_2$  inhalés et en prenant une première dose de corticoïde oral. En cas de symptômes sévères d'emblée, d'aggravation rapide ou de délai d'attente du médecin, T : 15 (régulation Samu) pour transport médicalisé d'urgence ;
- **après une crise**, l'amélioration est progressive et les  $\beta_2$ -stimulants inhalés doivent être poursuivis quelques jours. En cas de prise de corticoïde oral, la cure doit être poursuivie durant 3 à 10 jours en fonction de la gravité et de l'évolution (PREDNISOLONE 0,5 à 1 mg/kg/j).

## RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR PAGE 382)

**Un étranger « sans-papiers » atteint d'asthme persistant et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplit les critères médicaux de « régularisation ».** En effet, si les  $\beta_2$ -stimulants inhalés d'action brève sont d'accès relativement aisé, il en va différemment du traitement de fond en raison du coût des corticoïdes inhalés et des  $\beta_2$ -stimulants inhalés d'action prolongée, ainsi que de la carence en médecins (prescription et surveillance clinique). Or dans le cas d'un asthme persistant, l'insuffisance du traitement de fond conduit à la survenue d'asthme aigu grave.

**Dans l'observation du Comede (voir Rapports annuels sur [www.comede.org](http://www.comede.org)), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades diminuent depuis 2003**, les refus étant principalement fondés sur la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine. Parmi 115 réponses documentées entre 2000 et 2006, le taux d'accord est de 79 % en première demande (avec de grandes variations selon les départements), de 58 % en renouvellement, et de 46 % en recours contentieux contre un refus de délivrance. Les refus sont plus fréquents pour les personnes d'Afrique de l'Ouest. Les rapports médicaux destinés au Médecin inspecteur de santé publique (MISP) et, en cas de recours contentieux, les certificats destinés au tribunal administratif doivent argumenter sur le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale (degré de sévérité de la maladie et autres risques d'asthme aigu grave) ; ainsi que sur le risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine, apprécié notamment par les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine (voir *Repères géopolitiques et accès aux soins* page 31), en particulier le taux de médecins/habitant (comparativement à la situation en France, 337 médecins/100 000 h en 2005).