

# L'asthme en France : sa gravité potentielle mérite plus d'exigence

**Dominique Seyer**  
Médecin-conseil, direction régionale du Service médical de la région Nord-Est

**Philippe-Henri Déprez**  
Médecin-conseil, direction régionale du Service médical de la région Centre

**Dominique Prunet**  
Médecin-conseil

**Pierre Fender**  
Médecin-conseil national adjoint

**Hubert Allemand**  
Médecin-conseil national  
Service médical, Cnamts

**L'Assurance maladie s'est fortement impliquée dans le développement des bonnes pratiques pour la prise en charge des patients asthmatiques.**

**M**aladie inflammatoire chronique affectant les voies respiratoires, l'asthme ne mérite pas la réputation d'affection banale, voire bénigne, qu'il conserve parfois. Sa fréquence et sa gravité n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. En France, 4,5 millions de personnes ont été soignées pour leur asthme en 2000, soit 10,8 % de la population couverte par le régime général<sup>1</sup>. Le coût des traitements peut être estimé à plus d'un milliard d'euros par an.

Ses mécanismes sont pourtant de mieux en mieux compris, sa prise en charge codifiée, et les médicaments qui permettent de le traiter de plus en plus efficaces.

Une enquête publiée par l'Assurance maladie, dans l'édition 2001 des *Faits marquants*[1], mettait en effet en évidence des carences dans la prise en charge des patients asthmatiques au regard des recommandations de bonne pratique médicale. Les résultats des études présentées, menées dans cinq régions différentes, étaient convergents :

- les asthmatiques étaient souvent gênés dans leurs activités,
- l'éducation des patients était insuffisante,
- le suivi des malades était rarement optimal,

1. Étude de l'assurance maladie réalisée sur les données de remboursement des médicaments en 2000 aux assurés sociaux protégés par le régime général des salariés, qui couvre 41,5 millions de personnes (salariés hors fonctionnaires et étudiants).

- le traitement pouvait être mieux adapté.

## Un engagement accru de la part de nombreuses régions

Depuis quelques années, les partenaires conventionnels ont introduit le thème du « patient asthmatique » dans les sujets nationaux de formation professionnelle conventionnelle financée par l'Assurance maladie. Entre 2001 et 2003, près de 2 000 médecins généralistes ont suivi ce type de formation.

Durant cette période, dans de nombreuses régions (Centre [2], Ile-de-France, Franche-Comté, Haute-Normandie, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Champagne-Ardenne, Lorraine) et sur l'Île de la Réunion [3], le Service du contrôle médical de l'Assurance maladie (régime général) a axé ses actions sur la diffusion des recommandations internationales du Global initiative of asthma (Gina) [4] et de l'Agence nationale pour le développement en santé (Andem) [5]. Les premières ont été régulièrement mises à jour. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a complété celles de l'Andem, qui portaient sur le diagnostic et le traitement de l'asthme, par des recommandations sur l'éducation du patient asthmatique adulte et adolescent en 2001 [6], enfant en 2002 [7], et plus récemment, en 2004, sur le suivi médical du patient asthmatique [8].

L'objectif était d'améliorer la prise en charge de l'asthme au regard des recommandations existantes [4, 5]. Les actions

entreprises, bien que différentes, avaient toutes pour but de diffuser le plus largement possible les recommandations de bonne pratique auprès des médecins généralistes.

L'évaluation de ces actions a permis de mesurer l'évolution des modalités de prise en charge des malades asthmatiques, qu'il s'agisse des adultes ou des enfants.

### Dans certaines régions, des actions spécifiques ont été menées

**En Franche Comté**, un accord de bon usage des soins (AcBus) a été signé le 15 mai 2002. Il s'agit d'un avenant à la convention régissant les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'Assurance maladie. Sur une période de trois ans, un travail en commun avec les professionnels de santé a permis :

- d'élaborer un consensus régional de prise en charge pluridisciplinaire,
- de réaliser un carnet de suivi du malade,
- d'organiser des journées de formation,
- et de développer l'éducation thérapeutique.

Un bilan est prévu au deuxième semestre 2005.

**En Champagne-Ardenne**, des entretiens confraternels ont été proposés aux médecins généralistes qui prescrivaient le moins de corticothérapie inhalée. Cent quatre médecins ont été rencontrés en 2004. Lors de cet entretien, les résultats de l'étude régionale ont été présentés. Une plaquette résumant les recommandations de bonne pratique ainsi qu'un débitmètre de pointe (DMP) ont été remis aux praticiens.

**En région Centre**, les recommandations ont été diffusées, en 2001-2002, à tous les omnipraticiens et pneumologues de la région, avec un rappel à l'occasion d'une demande d'exonération du ticket modérateur de leurs patients au titre de l'asthme. À titre expérimental, une aide au sevrage tabagique a également été organisée en collaboration avec les centres d'examen de santé des caisses primaires d'assurance maladie. Les asthmatiques fumeurs réguliers, volontaires, ont bénéficié d'une prise en charge des patchs nicotiques, pendant trois mois (lire encadré).

**En Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca)**, les recommandations ont été diffusées

auprès des médecins généralistes, pneumologues, allergologues et pédiatres de la région. Un entretien confraternel portant sur la maladie asthmatique a également été proposé à tous les médecins demandant une prise en charge à 100 % pour leur patient asthmatique. Sur 281 entretiens proposés, 266 ont été réalisés.

### Une prise en charge qui s'améliore progressivement

L'évaluation des actions menées par l'Assurance maladie montre une amélioration significative de la surveillance et du traitement des patients asthmatiques dans ces régions.

**En Champagne-Ardenne**, un questionnaire d'évaluation a été adressé aux 104

médecins ayant bénéficié d'un entretien confraternel. Neuf sur dix [89] ont répondu. Seul un médecin sur deux examinait périodiquement ses patients asthmatiques. Après l'entretien, ils étaient neuf sur dix à le faire. De même, l'utilisation périodique du DMP est multipliée par deux chez l'enfant (25 % à 50 %) et chez l'adulte (31 % à 62 %). L'exploitation des bases de remboursement régionales a permis de mettre en évidence, pour ces médecins, une légère augmentation de 5 % du ratio : nombre de patients ayant eu un remboursement de corticoïde inhalé sur nombre de patients ayant eu le remboursement d'un antiasthmatique.

**En région Centre**, l'évaluation réalisée en 2003 sur un échantillon de 460 patients

## Un facteur aggravant : le tabagisme

La proportion de patients asthmatiques qui se déclarent fumeurs est importante. Elle est comparable à celle de la population générale. En région Centre, 35 % des adultes asthmatiques examinés par les médecins conseils déclaraient fumer régulièrement [2]. Ils étaient 37 % en Champagne-Ardenne, 26 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans l'île de la Réunion [3].

### Quels sont les effets du tabac sur l'asthme ?

Le tabagisme constitue un facteur d'aggravation et de mauvais contrôle de l'asthme. Il agit en effet sur les mécanismes de l'inflammation bronchique, et entraîne la diminution de l'action des corticoïdes inhalés [9, 10, 11].

Une analyse comparative des prises en charge entre asthmatiques fumeurs et asthmatiques n'ayant jamais fumé, faite en région Centre, montre que les asthmatiques fumeurs sont moins bien suivis et traités

que les asthmatiques non fumeurs :

- Les asthmatiques fumeurs ont moins souvent une exploration fonctionnelle respiratoire que les non fumeurs, 57 % versus 74 %,
- ils se rendent moins fréquemment chez un pneumologue, 62 % versus 71 %,
- ils font appel plus fréquemment aux services d'urgence, 29 % versus 16 %.

### Asthme et tabac : comment agir ?

L'amélioration de la prise en charge du patient asthmatique fumeur doit passer par le sevrage tabagique.

### Une action efficace menée en région Centre

En région Centre, une expérience a été menée au sein de l'assurance maladie afin d'inciter les asthmatiques fumeurs au sevrage. Le principe : leur proposer une consultation spécifique au centre d'examen de santé et une gratuité de patchs

nicotiques pendant trois mois.

Parmi les 148 fumeurs asthmatiques ciblés, on observait que :

- 51 % d'entre eux exprimaient le désir d'arrêter de fumer,
- 42 % (62 malades) acceptaient de se rendre au centre d'examen de santé. Pour ces derniers, on constatait à un an : 54 % d'arrêt temporaire avec, lors de la reprise, une diminution du nombre de cigarettes fumées. La période de sevrage complet était supérieure à six mois : 23 % d'arrêt définitif.

Ces résultats étaient comparables à ceux d'une étude portant sur une population en situation de précarité, ayant bénéficié d'une consultation en centre d'examen de santé. Si une prise en charge des substituts nicotiques de trois mois était proposée à ces sujets, 38 % acceptaient la démarche de sevrage et 30 % d'entre eux étaient toujours abstinents à six mois [12]. ■

s'appuie sur une étude similaire à celle de 1999 (n=691). Les résultats de ces deux études portant sur les adultes de 16 à 55 ans traités pendant au moins un an pour asthme, montrent :

- un recours au pneumologue passant de 47 % à 68 %,
- une utilisation du DMP par les médecins traitants passant de 31 % à 51 %,
- une diminution, encore non significative, du nombre de malades hospitalisés pour leur asthme de 6 % à 4 %,

● une diminution de 20 % du nombre de malades atteints d'un asthme aux stades persistants ne bénéficiant pas d'un traitement de fond, le nombre de malades bénéficiant d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) restant comparable (tableau 1).

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les tendances observées sont superposables à celles de la région Centre, alors que l'étude initiale de 2001-2002 et l'évaluation en 2003 étaient limitées aux sujets bénéficiant

d'une prise en charge à 100 % pour leur asthme (tableau 1).

L'action de l'Assurance maladie s'inscrit ainsi dans un mouvement de fond devant aboutir à la prise de conscience de la réalité de cette maladie. Celle-ci permet de donner au patient les clés pour devenir acteur, et non plus objet de sa prise en charge. ■

tableau 1

**Évolution des modalités de surveillance et de prise en charge thérapeutique des malades asthmatiques en région Centre et Paca (en pourcentage)**

	Centre Adultes		Paca Adultes et enfants en affection longue durée (ALD)	
	Avant (n=691)	Après (n=460)	Avant (n=289)	Après (n=228)
Suivi par un spécialiste	47	68		
Utilisation du DMP	31	51	28	51
Réalisation d'une EFR	70	71	94	93
Recours à l'hospitalisation	6	4	18	11

**références**

1. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. « L'asthme en France : une maladie à prendre au sérieux ». In : *Faits marquants* 2001. Paris : Cnamts ; p. 53-9.
2. Balland S., Deprez P., Freslon L., Schmitt B., Charlon R. « La maladie asthmatique de l'adulte. État clinique, facteurs de risque et suivi médical en région Centre ». *Rev Med Ass Maladie* 2002 ; 33 : 89-97.
3. Prévot L., Dalleau-Passarelli N., Soulas A., Trevidic E. « Prise en charge médicale des patients asthmatiques. Enquête de pratique auprès d'assurés sociaux et de médecins de la Réunion ». *Rev Med Ass Maladie* 2003 ; 34 : 3-13.
4. National heart, lung, and blood institute, National institutes of health. *Global initiative for asthma. Pocket guide for asthma management and prevention, a pocket guide for physicians and nurses*. Bethesda (Maryland) : NIH Publication N° 02-3659 ; 1998. Disponible sur [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com).
5. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem). « Asthme : critères de gravité, aspects diagnostiques et thérapeutiques ». *Concours Médical* 1996 ; 41 (suppl.) Recommandations et références médicales ([www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)).
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent*. Paris : Anaes ; juin 2001. Disponible sur [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique*. Paris : Anaes ; juin 2002. Disponible sur [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents*. Paris : Anaes ; septembre 2004. Disponible sur [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).
9. Sasaki H., Sekizawa K., Yanai M., Arai H., Yamaya M., Ohru T. « Effects of air pollution and smoking on chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma ». *Tohoku J Exp Med* 1998 ; 186 : 151-67.
10. Chalmers G.W., Macleod K.J., Little S.A., Thomson L.J., McSharry C.P., Thomson N.C. « Smoking and airway inflammation in patients with mild asthma ». *Chest* 2001 ; 120 : 1917 - 22.
11. Chalmers G.W., Macleod K.J., Little S.A., Thomson L. J., McSharry C.P., Thomson N.C. « Influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroid treatment in mild asthma ». *Thorax* 2002 ; 57 : 226-30.
12. Kuntz C., Spycckrelle Y., Giordanella J.-P., Baudier F. « Évaluation de la prise en charge des substituts nicotiques proposés à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé ». *Bull Epidemiol Hebd* 2001 ; 22-3.