

Corps du texte

- 1. [Ou'est-ce que l'asthme ?](#)
- 2. [Pourquoi ?](#)
- 3. [Quels symptômes et quelles conséquences ?](#)
- 4. [Quelques chiffres](#)
- 5. [Traitement](#)
- 6. [Conséquences sur la vie scolaire](#)
- 7. [Quand faire attention ?](#)
- 8. [Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?](#)
- 9. [L'avenir](#)

Qu'est-ce que l'asthme ?

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches, responsable d'un rétrécissement du diamètre intérieur des bronches. Ce rétrécissement est dû à un épaississement de la paroi par l'inflammation, à une hypersécrétion de mucus et à un spasme des muscles bronchiques. Cette obstruction est responsable des crises, qui se manifestent par une gêne respiratoire.

Pourquoi ?

L'asthme est la résultante de deux facteurs associés.

o Facteurs génétiques

Les facteurs congénitaux, qui constituent le « terrain » : l'hérédité est très importante avant la puberté et surtout chez le jeune enfant, et on retrouve des antécédents allergiques familiaux dans 49 à 75 % des cas.

o Facteurs liés à l'environnement

Ils sont indispensables à l'apparition des signes cliniques :

- allergènes (pollens, phanères d'animaux, acariens, moisissures, venins d'hyménoptères, certains aliments, etc.),
- irritants (air sec et froid, temps humide, fumée de tabac, etc.),
- infections des voies respiratoires (rhume, grippe, bronchites, etc.),
- exercice physique.

Quels symptômes et quelles conséquences ?

Les modifications physiologiques bronchiques précèdent largement la survenue de la crise, et il est important de savoir reconnaître les signes avant-coureurs. Être attentif à ces petits signes permet à l'enfant de prendre ses médicaments à temps, au moment où l'asthme est facile à contrôler.

- Pendant la phase initiale, un enfant peut présenter un ou plusieurs des signes suivants : accès de toux qui se prolonge, essoufflement, sifflement, respiration par la bouche, accélération de la fréquence respiratoire. Il peut parfois verbaliser sa plainte : oppression thoracique, sensation de gêne respiratoire, d'essoufflement, de gorge qui gratte, de ne pas se sentir bien, etc.

- Certains signes témoignent d'une crise grave : difficultés à la parole avec paroles fragmentées ou phrases incomplètes, pâleur ou cyanose, sueurs, agitation, angoisse, somnolence.

Une crise d'asthme sévère peut aboutir à une détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation. La répétition des crises peut représenter un facteur d'exclusion et d'isolement au sein de la collectivité avec pour conséquence absentéisme et échec scolaire.

Quelques chiffres

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente en pédiatrie et la première maladie sociale de l'enfant et de l'adolescent. Un futur asthmatique naît en France toutes les 10 minutes. Environ 10 % des enfants français sont asthmatiques. La prévalence de l'asthme et des maladies allergiques ne cesse d'augmenter.

En France, il y a tous les ans 14 000 à 35 000 nouveaux cas d'asthme chez l'enfant. Dans une classe de 20 à 30 élèves, il y a 1 à 3 enfants asthmatiques.

Traitement

Le traitement de l'asthme repose à la fois sur la prévention et sur la prise en charge des crises.

- Le traitement de fond, généralement administré au domicile, comprend le plus souvent un bronchodilatateur de longue durée d'action et une corticothérapie inhalée. Les bronchodilatateurs entraînent une relaxation des muscles bronchiques et permettent de lever l'obstruction des voies aériennes. La corticothérapie est anti-inflammatoire, permettant de prévenir les crises, mais aussi de diminuer l'épaississement de la paroi bronchique en cas de crise.

- Le traitement de la crise : un Projet d'accueil individualisé (PAI) permet de préciser par écrit le rôle et les conditions d'intervention de chacun des intervenants, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

Un instrument utile pour obtenir une mesure objective de la sévérité de l'asthme est le débitmètre de pointe : la valeur obtenue est appelée Débit expiratoire de pointe (DEP). C'est un index de l'intensité de l'obstruction des voies aériennes. Pour chaque enfant il existe une valeur normale (fonction du sexe, de la taille et de l'âge) à laquelle il faudra se référer en cas de crise.

Devant une crise habituelle, il faut isoler l'enfant, le calmer, le rassurer, le laisser dans la position où il se sent le mieux. Une amélioration rapide est obtenue par l'administration de bronchodilatateurs par voie inhalée. Différents systèmes d'inhalation existent (spray, poudre, etc.). Chaque enfant a

un système propre qu'il a appris à utiliser et qui lui convient. La maîtrise de la technique par l'enseignant constitue un atout contre l'angoisse ressentie par l'enfant. Si la crise est minime, les activités peuvent être poursuivies rapidement. Des secours d'urgence doivent être demandés si la crise ne s'améliore pas rapidement, en appelant le 15, et dans ce cas on donnera également à l'enfant des corticoïdes par la bouche. Dans tous les cas les parents et le médecin devront être informés de la survenue d'une crise.

Conséquences sur la vie scolaire

Les conséquences de l'asthme sur la scolarité sont en partie liées aux réveils nocturnes qu'il occasionne et à l'absentéisme. La répétition des crises peut représenter un facteur d'exclusion et d'isolement au sein de la collectivité. La qualité de la scolarité dépend de la continuité du projet scolaire favorisé par la régularité de la fréquentation scolaire et le maintien de liens en cas de problèmes. Un retard scolaire de 1 à 3 ans concerne 30 % des enfants asthmatiques en général. Il augmente au fil des années pour atteindre 54 % au collège et 61 % au lycée.

Quand faire attention ?

- o Exposition à un risque allergique (perruches, hamsters, pollens, poussière, etc.).
- o Pratique sportive (voir document asthme et sport), les sorties et activités parascolaires (sport équestre, animaux de ferme, etc.).
- o Périodes critiques de l'année scolaire (rentrée, examens...)
- o Cantine et repas peuvent également être à risque si un enfant présente des allergies alimentaires.

Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?

Les moyens d'action reposent sur une étroite collaboration entre parents, enseignants et médecins.

L'organisation d'un PAI ainsi que le renforcement du traitement de fond au moment des périodes critiques (rentrée, examens, etc.) doivent être mis en place avec le médecin traitant. Il est souhaitable de signaler également au médecin l'absentéisme et le retard scolaire qui sont des indicateurs d'un traitement insuffisant ou d'une mauvaise compliance.

Il est nécessaire d'aménager au mieux les conditions de scolarité : éviter l'éloignement des établissements scolaires avec de longs trajets matinaux et nocturnes, interdire l'élevage d'animaux à poils ou à plumes, éviter les matelas, oreillers, moquettes et peluches dans les classes maternelles, assurer un entretien régulier des locaux, limiter au maximum le tabagisme passif, etc.

Certaines recommandations peuvent être données aux enseignants :

- o Faciliter la prise des repas et la prise des médicaments en cas d'épisode aigu et au moment des activités sportives.
- o Tolérer les retards justifiés. En cas d'absence justifiée, permettre aux enfants asthmatiques de bénéficier d'une continuité dans les contenus d'apprentissage.
- o Encourager l'exercice physique tout en sachant reconnaître et respecter les limites de l'enfant.
- o Éviter l'exposition aux allergènes, irritants.
- o Lutter contre le tabagisme passif.

La pratique d'un sport constitue une part importante de la vie d'un enfant asthmatique, et elle doit être considérée comme l'un des volets thérapeutiques de l'asthme. Un enfant asthmatique non seulement peut mais doit faire du sport. Il faut simplement privilégier les efforts progressifs et modérés : gymnastique, natation, jeux de ballons, judo, éviter les à-coups physiques trop violents. Le choix de l'activité dépend des possibilités de pratique et des goûts de l'enfant.

La prévention non médicamenteuse des crises réside en un bon échauffement, une tenue adaptée aux conditions climatiques et une adaptation de l'effort. Certains enfants pourront inhaler un dilatateur bronchique avant l'effort, et dans tous les cas tout enfant devra en avoir à sa disposition. Lors des sorties et des classes de découvertes, le traitement de fond doit être scrupuleusement bien pris, et les activités présentant un risque allergique devront être anticipées. Le traitement devra être facilement disponible et les responsables de cette sortie organisée devront être informés de la maladie de l'enfant. Les médicaments inhalés ne sont pas dangereux aux doses efficaces. Leur usage doit simplement être adapté à chaque cas.

L'avenir

Le développement de thérapeutiques plus adaptées permet actuellement un meilleur équilibre de l'asthme. Grâce à une démarche de coopération entre parents, enseignants, médecins traitant et scolaire, notamment par le biais d'un PAI, l'intégration de l'enfant asthmatique à l'école devrait être facilitée. Une prise en charge efficace à l'école permet de réduire les absences, d'améliorer la qualité de la vie scolaire, de recevoir les soins nécessaires en cas d'urgence, de participer pleinement aux activités physiques, et de faciliter les apprentissages. La vie scolaire de l'enfant asthmatique conditionne son avenir professionnel, d'où l'importance de son bon déroulement.

[L'enfant asthmatique et le sport](#) [1]

S'informer sur les maladies et leurs conséquences [Allergie alimentaire](#) [2]

[Asthme : BEP](#) [3]

Associations [Asthme et Allergies](#) [4]

[5]

Asthme

Publié sur le site Tous à l'école (<http://tousalecole.fr>)

Liens:

[1] <http://tousalecole.fr/sites/default/files/medias/integrascal/documents/asthme%20et%20sport.pdf>

[2] <http://tousalecole.fr/content/allergie-alimentaire>

[3] <http://tousalecole.fr/content/asthme-bep>

[4] <http://tousalecole.fr/content/asthme-et-allergies>

[5] <http://tousalecole.fr/content/asthme>