



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Insuffisance respiratoire chronique secondaire à un asthme

Actualisation décembre 2008

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Avertissement	2
2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Critères 2002).....	3
3. Listes des actes et prestations	4
3.1 Actes médicaux et paramédicaux.....	4
3.2 Biologie	6
3.3 Actes techniques	7
3.4 Traitements.....	8
3.5 Dispositifs médicaux.....	11

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la LAP est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Avertissement

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, a créé la Haute Autorité de santé et a précisé ses missions, notamment dans le domaine des affections de longue durée (article R.161-71 du code de la sécurité sociale).

En son article 6, elle modifie l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale qui définit les circonstances d'exonération du ticket modérateur pour l'assuré et, l'article L324-1 du même code qui précise les obligations en cas d'affection de longue durée, notamment celle d'établir un protocole de soins de façon conjointe, entre le médecin et le médecin conseil de la sécurité sociale. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Conformément à ses missions, fixées par le décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004, la Haute Autorité de santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut-être limitée ou supprimée, en application du 3° de l'article L.322-3.

Ces recommandations portent le cas échéant sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation. La liste des actes et prestations qui suit pour l'insuffisance respiratoire chronique secondaire à un asthme cible ainsi l'ensemble des prestations qui peuvent apparaître justifiées pour la prise en charge d'un malade en ALD, lors d'un suivi ambulatoire. Elle doit servir de base aux protocoles de soins pour les patients en ALD, en sachant que certaines situations particulières de complications faisant l'objet d'hospitalisation peuvent être à l'origine d'actes et de soins non listés ici.

2. Critères médicaux d'admission en vigueur (*Critères 2002*)

Outre la gravité clinique, l'insuffisance respiratoire chronique grave est définie :

- 1 Par l'existence d'une hypoxie sanguine :
 - Pression artérielle en oxygène (**PaO₂**) mesurée au repos, sous air, < **55 mmHg**. Deux mesures au moins à 15 jours sont nécessaires pour s'assurer que l'hypoxie, ainsi définie, correspond à un état stable et non pas à une poussée évolutive de la maladie broncho-pulmonaire ;
 - Une **PaO₂ < 60 mmHg** peut être retenue si on constate
 - une hypoxie nocturne
 - ou une polyglobulie importante
 - ou des signes d'insuffisance ventriculaire droite (IVD) ;
- 2 À défaut, un VEMS mesuré dans de bonnes conditions techniques, par un spiromètre conformément aux recommandations de la C.E.C.A 1, c'est-à-dire < 50% des valeurs théoriques normales ; la réduction du VEMS, ainsi définie, doit être constatée à 2 reprises à au moins un mois d'intervalle².

Si les tests spirométriques ou gazométriques sont impossibles à réaliser ou non fiables, un crédit devra être accordé à l'**examen clinique** toujours très évocateur dans de tel cas.

- 3 **dans le cas de la maladie asthmatique**, les seuls critères gazométriques ou spirométriques peuvent être mis en défaut ; l'attribution de l'exonération au titre de l'IRC grave sera fondée sur les critères³:
 - cliniques : permanence de la dyspnée, répétition des crises paroxystiques ;
 - spirométriques : persistance d'un syndrome d'obstruction sous traitement ;
 - et thérapeutiques : nécessité de la prise prolongée pluriquotidienne de médicaments broncho-dilatateurs.
- 4 **Il faut exclure de l'insuffisance respiratoire grave** :
 - les IR sévères mais transitoires (post-opératoires, post-traumatiques, post-radiothérapeutiques...) ;
 - les complications de certaines affections broncho-pulmonaires chroniques, comme les bronchectasies qui ne répondent pas aux critères définis ci-dessus (hémoptysies, suppurations broncho-pulmonaires répétées...).

¹ C.E.C.A : Communauté Européenne de Charbon et de l'Acier

Les résultats spirométriques dépendent de la coopération du malade. Les experts de la C.E.C.A. insistent sur les explications précises à donner au sujet. Les valeurs les plus élevées de trois essais techniquement satisfaisants et ne différant pas de plus de 0,3 litre doivent être retenues.

² Tel que définie, il n'est pas précisé si la réduction du VEMS est observée avec ou sans traitement

³ Cette définition ne précise pas si les critères doivent être associés (et) ou non (ou)

3. Listes des actes et prestations

3.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Asthme contrôlé Patient sous OLD ou ventilation assistée Détérioration de l'état clinique Evénement intercurrent, Crise d'asthme Sevrage tabagique Corticothérapie orale de courte durée
Pneumologue/pédiatre	Asthme difficile à contrôler, enfant Patient sous OLD ou ventilation assistée Crise d'asthme Contrôle inacceptable Corticothérapie orale En suivi au décours d'une hospitalisation Éducation thérapeutique structurée Programme de réhabilitation respiratoire
Kinésithérapeute	Drainage bronchique (asthme sécrétant), Contrôle ventilatoire, Réentraînement à l'exercice des muscles respiratoires
Allergologue	Bilan initial chez l'enfant et suivi si désensibilisation
ORL	Recherche de pathologie associée
Autres intervenants de santé potentiels	
Diététicien(ne)	Déséquilibre nutritionnel, pédiatrie (prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation)
Infirmier(ère)	OLD, soins et mesures d'hygiène si ventilation assistée
Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation (MPR)	Coordination de réhabilitation
Consultation spécialisée de tabacologie	Aide au sevrage tabagique
Prestataire	Contrôle technique OLD ou ventilation mécanique, obligation de matériovigilance et de maintenance préventive et curative
Réseau de soins	
Équipe pluridisciplinaire de réhabilitation respiratoire	Selon programme de réhabilitation

Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient (et de sa famille chez l'enfant) ayant un asthme : intelligibilité de sa maladie, maîtrise des gestes techniques et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- une information, qui porte sur les thérapeutiques disponibles (adaptation du traitement pharmacologique en fonction des symptômes), les effets indésirables possibles des traitements reçus par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats ;
- un apprentissage des gestes techniques (techniques d'inhalation, mesures d'hygiène chez les malades ventilés) ;
- un apprentissage portant sur le contrôle de l'environnement (évacuation des facteurs déclenchants, avec l'appui d'un conseiller médical en environnement intérieur) et la pratique de l'exercice physique en fonction de sa tolérance à l'effort représentent des interventions irremplaçables à toutes les étapes de la prise en charge du patient asthmatique. Un arrêt de la consommation de tabac est indispensable.

Ces actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des patients ou par une éducation de groupe. La coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées.

3.2 Biologie

Examens	Situations particulières
Hémogramme avec plaquettes	Recherche de complication
Ionogramme sanguin, créatininémie	Surveillance complications et traitements en cours
Théophyllinémie	Au début d'un traitement, si facteurs de risque d'effets secondaires et selon l'évolution clinique
IgE totales	Adulte et adolescent à partir de 12 ans : avant administration de omalizumab Enfant de moins de 3 ans : selon prescription,
Radio Allergo Sorbent test (R.A.S.T) spécifique d'un allergène perannuel	Adulte et adolescent à partir de 12 ans, avant administration de omalizumab si le taux d'IgE < 76 UI/ml
IgE spécifiques	Selon prescription si immunothérapie chez l'enfant

3.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
EFR	Tous les patients : <ul style="list-style-type: none"> - tous les 3 à 6 mois selon le niveau de contrôle de l'asthme - en cas de modification thérapeutique, au mieux dans les 1 à 3 mois qui suivent la modification ; - si corticothérapie orale de courte durée : 1 semaine et 1 mois après l'arrêt - si aggravation - au décours d'une hospitalisation - avant et après programme de réhabilitation respiratoire
Gaz du sang artériel (chez l'adulte) (SaO ₂ chez l'enfant)	Tous les patients <i>Bilan initial</i> : si VEMS < 50 %, ou si discordance entre les symptômes et le VEMS, ou insuffisance respiratoire, dysfonction ventriculaire droite <i>Suivi</i> : asthme sans OLD : selon évolution clinique si OLD : au moins 1/an et si aggravation
Oxymétrie nocturne	Selon symptômes
Test de marche de 6 minutes	Evaluation du handicap
Épreuve d'effort	Évaluation du handicap
ECG	Bilan initial si cœur pulmonaire chronique, bilan avant réhabilitation
Radiographies de thorax	Selon symptômes, recherche emphysème
Échographie cardiaque	Si hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) et selon évolution clinique
Endoscopie bronchique	Selon contexte
Tomodensitométrie thoracique	Recherche diagnostique, complications
Densité osseuse	Corticothérapie au long cours, sujet âgé, femme ménopausée
PHmétrie	Bilan initial chez l'enfant

3.4 Traitements

Traitements pharmacologiques ⁽⁴⁾	Situations particulières
Traitement médicamenteux de fond	
Bêta-2 agonistes de courte durée d'action (suspension pour inhalation et solution pour inhalation par nébuliseur)	Adaptation des doses et associations selon les recommandations de l'Anaes, et en fonction de l'âge et du poids (enfant) Inhalation par nébulisation indiquée en cas d'asthme aigu grave et réservée au spécialiste en pneumologie ou pédiatrie, ou en situation d'urgence
Bêta-2 agonistes de longue durée d'action (β2LA) (voie inhalée, orale)	
Anticholinergiques (suspension pour inhalation et solution pour inhalation par nébuliseur)	
Corticostéroïdes inhalés (CSI)	
Associations fixes β2LA et CSI	
Théophylline ou dérivé	
Antagoniste des récepteurs aux leucotriènes	
Omalizumab	en traitement additionnel des patients présentant un asthme allergique persistant sévère dont la dépendance aux IgE a été établie sur des critères probants. Seuls les patients ayant un taux d'IgE sériques totales compris entre 30 et 700 UI/ml et ayant un poids pour lequel la posologie a été établie pourront être mis sous traitement par omalizumab

4 Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.)

Traitements pharmacologiques ⁽⁴⁾	Situations particulières
Corticostéroïde oral	
Traitement des facteurs de risque/des facteurs aggravants ou déclenchant/des complications	
Sevrage tabagique (dont éventuel recours aux substituts nicotiniques ou aide médicamenteuse au sevrage (bupropion LP, varénicline)	Aide au sevrage tabagique chez les patients dépendants - substituts nicotiniques (prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation) - Aide médicamenteuse au sevrage tabagique : (prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation)
Vaccination antigrippale Vaccination antipneumococcique	Selon calendrier vaccinal
Immunothérapie chez l'enfant	Selon prescription
Antibiothérapie	Si surinfection bronchique, infection ORL
Traitement d'un reflux gastro-œsophagien	
Correction d'une polyglobulie	
Diurétiques	Selon symptômes

Autres Traitements	Situations particulières
Kinésithérapie respiratoire	
Réhabilitation respiratoire (Séances de réentraînement à l'exercice avec ergomètre)	Selon indication (Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation)
Oxygénothérapie et ventilation mécanique (chez l'adulte)	
Forfait (F) d'oxygénothérapie à long terme (OLD) <ul style="list-style-type: none"> - prestations communes : fournitures de consommables et matériel, prestations techniques et administratives - F hebdomadaires <ul style="list-style-type: none"> [1] OLD en poste fixe [2] intensive ou de déambulation : oxygène liquide 	
Forfait de ventilation assistée (VA) <ul style="list-style-type: none"> - prestations techniques, administratives et générales, communes à tous les forfaits de VA - F hebdomadaire <ul style="list-style-type: none"> [4] VA pour trachéotomisés [5] VA supérieure ou égale à 12 heures (VNI) [6] VA inférieure à 12 heures (VNI) 	
Forfaits de ventilation assistée associée à l'oxygénothérapie	
Petit matériel de stérilisation pour l'hygiène de la ventilation mécanique (prestacion dont le remboursement n'est pas prévu par la législation)	

3.5 Dispositifs médicaux

Dispositifs	Situations particulières
Débitmètre de pointe	Tous les patients
Chambre d'inhalation pour administration des médicaments par aérosol-doseur	Tous les patients
Appareils générateurs d'aérosol	<ul style="list-style-type: none">- forfaits de location (appareils pneumatiques ou à ultrasons avec ou sans humidificateurs)- achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)- renouvellement du masque- forfait pour remplacement des accessoires des appareils avec humidificateur



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr