

Asthme : comprendre et mieux contrôler sa maladie

De l'enfant à l'adulte, des formes légères aux asthmes difficiles ou sévères

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique et variable des bronches. Il peut commencer à tout âge, être allergique ou non, changer au cours de la vie et parfois être difficile à contrôler. Avant de parler d'« asthme sévère », il faut confirmer le diagnostic, vérifier le traitement, la technique d'inhalation, l'observance et rechercher les facteurs qui entretiennent les symptômes.

3 repères essentiels

1. L'asthme peut exister à tout âge et n'est pas toujours allergique

Sifflements, essoufflement, oppression et toux varient dans le temps. Chez l'enfant plus grand et l'adulte, le diagnostic repose idéalement sur les symptômes et une variabilité objective de l'obstruction bronchique.

2. Un asthme mal contrôlé n'est pas forcément un asthme sévère

Mauvaise technique d'inhalation, prises irrégulières, tabac/vapotage, exposition professionnelle, rhinosinusite, obésité, apnée du sommeil ou diagnostic différent peuvent expliquer un mauvais contrôle.

3. Même un asthme qui paraît « léger » mérite une protection anti-inflammatoire adaptée

Le traitement ne repose plus sur le bronchodilatateur de secours seul. Un traitement contenant un corticoïde inhalé est aujourd'hui au cœur de la stratégie, avec adaptation à l'âge et au profil.

Qu'est-ce que l'asthme ?

Inflammation des bronches + contraction variable des muscles bronchiques + parfois excès de mucus : les bronches se rétrécissent temporairement. Les symptômes peuvent disparaître presque complètement entre deux épisodes.

À retenir

Asthme ne signifie pas « bronches fragiles uniquement pendant les crises » : l'inflammation peut persister même lorsque les symptômes sont faibles.

Chez le tout-petit : un diagnostic qui se construit

Chez l'enfant de 5 ans ou moins, tous les épisodes de sifflements ne correspondent pas forcément à un asthme persistant. Le diagnostic s'appuie sur des épisodes récurrents compatibles, l'absence d'une cause plus probable et la réponse clinique au traitement. Si les éléments ne sont pas encore suffisants, le suivi dans le temps est essentiel.

Chez l'enfant plus grand, l'adolescent et l'adulte

À partir d'environ 6 ans, on cherche des symptômes respiratoires typiques et variables, associés à une variabilité objective du débit expiratoire. La spirométrie avec test bronchodilatateur est l'examen le plus classique. Un examen normal un jour donné n'exclut pas forcément l'asthme.

FeNO, éosinophiles, prick-tests et IgE : utiles, mais pas suffisants

Ces examens peuvent aider à préciser le type d'inflammation ou le rôle d'une allergie. Aucun ne diagnostique à lui seul l'asthme. Des valeurs normales ne suffisent pas non plus à l'exclure.

Tous les asthmes ne se ressemblent pas

Profil / contexte	Ce que cela signifie
Asthme allergique	Les symptômes concordent avec des allergènes réellement pertinents : acariens, pollens, animaux, moisissures, etc.
Asthme T2 / éosinophilique	Peut être allergique ou non. Peut s'associer à des éosinophiles/FeNO élevés, polypose ou dermatite atopique.
Asthme non-T2	Inflammation de type 2 peu évidente ; surtout rencontré dans certaines formes difficiles.
Début à l'âge adulte	Fait notamment discuter exposition professionnelle, polypose/AINS, éosinophilie ou autres maladies associées selon le contexte.
Asthme et obésité	L'obésité peut majorer les symptômes et compliquer le contrôle sans expliquer à elle seule toute gêne respiratoire.

Effort : faut-il arrêter le sport ?

Non. L'effort peut provoquer une bronchoconstriction chez certaines personnes ou révéler un asthme insuffisamment contrôlé. L'objectif est généralement de permettre l'activité physique. Des symptômes très atypiques à l'effort peuvent faire rechercher une autre cause, par exemple une obstruction laryngée inducible.

Asthme professionnel et AINS : deux situations à repérer

Un asthme peut être provoqué ou aggravé au travail : amélioration pendant les vacances ou les week-ends, lien avec une poussière, farine, latex, animal ou agent chimique. Chez certains patients avec asthme et polypose, les AINS peuvent déclencher des réactions respiratoires. Tout asthmatique n'est pas pour autant « allergique à l'aspirine ».

Asthme contrôlé : qu'est-ce que cela veut dire ?

- peu de symptômes dans la journée ;
- peu ou pas de réveils nocturnes ;
- activités peu limitées ;
- besoin faible de traitement de secours ;
- peu d'exacerbations, de passages aux urgences ou de cures de corticoïdes.

Deux dimensions différentes

On peut avoir peu de symptômes au quotidien mais conserver un risque de crise sévère. Le contrôle des symptômes et le risque futur doivent être évalués ensemble.

Comment traite-t-on l'asthme ?

Objectif	Principe
Traiter l'inflammation	Les corticoïdes inhalés sont la base anti-inflammatoire. Le schéma dépend de l'âge et de la stratégie choisie.
Soulager rapidement	L'inhalateur de secours dépend du traitement, de l'âge et du produit disponible. Il doit être utilisé selon le plan prescrit.
Ajouter si nécessaire	Des traitements complémentaires peuvent être proposés : LABA, LAMA, antileucotriènes ou autres options selon la situation.
Asthme sévère	Certaines biothérapies peuvent être proposées après confirmation du diagnostic, optimisation du traitement et caractérisation du profil inflammatoire.

Le bronchodilatateur de secours seul ne traite pas l'inflammation

Le soulagement rapide reste utile s'il fait partie de votre plan, mais il ne remplace pas la protection anti-inflammatoire. Si vous utilisez très souvent votre inhalateur de secours, parlez-en au médecin : cela peut signaler un contrôle insuffisant.

Une bonne technique d'inhalation compte autant que l'ordonnance

Un médicament efficace peut devenir peu efficace s'il n'arrive pas correctement dans les bronches. La technique, le dispositif, la chambre d'inhalation lorsqu'elle est indiquée et l'adaptation à l'âge doivent être vérifiés régulièrement.

Allergènes, tabac, vapotage et irritants

Si un allergène est réellement lié aux symptômes, réduire raisonnablement l'exposition peut aider. Un test positif ne prouve pas à lui seul la responsabilité dans l'asthme. Tabac actif/passif, vapotage, pollution et expositions professionnelles peuvent également aggraver les symptômes et les exacerbations.

Asthme + cures répétées de corticoïdes oraux

Les corticoïdes oraux peuvent être indispensables lors de certaines exacerbations, mais des cures répétées doivent conduire à réévaluer la stratégie de fond afin de réduire l'exposition cumulée.

Asthme non contrôlé, difficile à traiter, sévère : ce n'est pas pareil

Terme	À comprendre
Asthme non contrôlé	Symptômes fréquents et/ou exacerbations répétées ou graves.
Asthme difficile à traiter	Reste mal contrôlé malgré un traitement déjà important, ou nécessite un traitement important pour rester contrôlé. Des facteurs modifiables peuvent encore expliquer la situation.
Asthme sévère	Sous-groupe des asthmes difficiles : malgré bonne observance, bonne technique, traitement optimisé et prise en charge des facteurs associés, l'asthme reste incontrôlé ou se dégrade quand on réduit le traitement.

Le mot « difficile » ne décrit pas le patient

« Asthme difficile à traiter » décrit la complexité de la maladie ou de sa prise en charge. Il ne signifie pas « patient difficile ».

Avant de parler d'asthme sévère : vérifier les bases

Question	Pourquoi elle compte
Diagnostic confirmé ?	Les symptômes et examens correspondent-ils réellement à un asthme ?
Inhalateur bien utilisé ?	Technique et dispositif adaptés ?
Traitement réellement pris ?	Observance, accès au traitement, compréhension du plan ?
Expositions ?	Tabac/vape, allergènes pertinents, travail, irritants ?
Comorbidités ?	Rhinite/polypose, obésité, reflux symptomatique, apnée du sommeil, santé mentale, etc.
Autre diagnostic ?	Obstruction laryngée, BPCO, bronchiectasies, maladie cardiaque ou autre cause selon le contexte.

Ce qui peut ressembler à de l'asthme : survol des diagnostics différentiels

Contexte	Exemples à évoquer selon l'histoire
Petit enfant	Wheezing viral, corps étranger, malacie, malformation, mucoviscidose/dyskinésie ciliaire ou aspiration selon l'histoire.
Enfant / adolescent	Obstruction laryngée inductible, respiration dysfonctionnelle, déconditionnement, corps étranger, bronchiectasies selon les signes.
Adulte	BPCO, obstruction laryngée, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire selon le contexte, bronchiectasies, reflux, obésité/déconditionnement.
Asthme atypique / éosinophilique	ABPA, EGPA, syndrome hyperéosinophilique, infection chronique, sténose ou malacie des voies aériennes, selon les signes.

Cette liste ne signifie pas que tous ces examens doivent être réalisés chez tout asthmatique. Le bilan est guidé par l'histoire, l'examen et les signes inhabituels.

Asthme sévère : que cherche le spécialiste ?

La démarche suit généralement plusieurs étapes : confirmer l'asthme → optimiser les bases → rechercher comorbidités et diagnostics différentiels → caractériser l'inflammation → choisir éventuellement un traitement ciblé.

- allergie cliniquement pertinente ;
- éosinophiles sanguins ;
- FeNO lorsqu'il est disponible ;
- polypose nasale, dermatite atopique ou autres comorbidités de type 2 ;
- ABPA, AERD/N-ERD, EGPA ou hyperéosinophilie si le contexte l'évoque.

Biothérapies

Chez certains patients, des traitements ciblent les IgE, l'IL-5 / son récepteur, l'IL-4Rα ou TSLP. Le choix dépend du profil, des exacerbations, des comorbidités et des critères d'indication. Voir la fiche « Comprendre et suivre sa biothérapie ».

Crise / exacerbation : quand agir ?

Une exacerbation peut associer plus d'essoufflement, toux ou sifflements, réveils, besoin accru de traitement de secours ou baisse du débit expiratoire si vous le mesurez. Suivez votre plan d'action écrit.

Urgence - appelez le 15 ou le 112

Difficulté majeure à respirer, incapacité à parler normalement, épuisement, confusion ou somnolence, coloration bleutée, ou aggravation rapide malgré le traitement de secours.

Enfant, école, sport et adolescence

Un enfant asthmatique bien contrôlé doit pouvoir courir, jouer et faire du sport. Un PAI peut être utile selon la situation. À l'adolescence, l'objectif est de gagner progressivement en autonomie : connaître ses traitements, savoir utiliser son inhalateur, reconnaître une aggravation et parler sans tabou du tabac ou du vapotage.

Mon plan d'action écrit

Il précise votre traitement quotidien, le traitement de secours, les signes d'aggravation, quand contacter le médecin et quand appeler les urgences. Gardez-le accessible et faites-le actualiser avec l'équipe qui vous suit.

Ce qui aide à faire le point en consultation

À regarder	À noter
Symptômes	Journée, nuits, effort et limitations.
Traitement de secours	Fréquence d'utilisation et efficacité ressentie.

À regarder	À noter
Exacerbations	Urgences, hospitalisations et cures de corticoïdes depuis la dernière visite.
Traitement de fond	Prises oubliées, difficultés d'accès ou effets indésirables.
Contexte	Tabac/vapotage, travail, allergènes pertinents et autres facteurs déclenchants.

Idées reçues

Idée reçue	Message SOS Allergo
« L'asthme est forcément allergique. »	Non.
« Ma spirométrie est normale : je n'ai pas d'asthme. »	Pas forcément : l'asthme est variable.
« Asthme difficile = asthme sévère. »	Non. Il faut d'abord confirmer le diagnostic et optimiser les facteurs modifiables.
« Asthme = pas de sport. »	Faux. L'objectif est de permettre une vie active.
« Beaucoup de bronchodilatateur = asthme bien traité. »	Le soulagement ne remplace pas le traitement anti-inflammatoire.
« Une biothérapie permet d'arrêter immédiatement les inhalateurs. »	Non.

À lire aussi sur SOS Allergo

Rhinite et rhinoconjonctivite · Acariens · Pollens · Animaux · Moisissures · Prick-tests · Bien utiliser son inhalateur · Immunothérapie allergénique · Biothérapies · AINS/aspirine · Allergies professionnelles · PAI

Références principales

- Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2026 update.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Difficult-to-Treat & Severe Asthma in Adolescent and Adult Patients: Diagnosis and Management. 2026.
- Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. Eur Respir J. 2014;43:343-373.
- GINA 2026 guidance on diagnosis and management of asthma in children aged 5 years and younger, and in children 6-11 years.

Cette fiche d'information ne remplace pas un diagnostic, un plan d'action personnalisé ni une consultation médicale. Ne modifiez pas seul(e) votre traitement.