

**Normes
de qualité**

Asthme

Soins dans la communauté destinés aux personnes âgées de 16 ans et plus



**Santé
Ontario**

À propos de cette norme de qualité

La norme de qualité suivante porte sur le **diagnostic et la gestion de l'asthme chez les personnes âgées de 16 ans et plus** et met l'accent sur les soins primaires et les établissements communautaires. Il existe une norme de qualité distincte appelée [*Asthme : Soins dans la communauté destinés aux personnes âgées de moins de 16 ans.*](#)

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité sont élaborées par l'unité opérationnelle de la qualité de Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration des valeurs pour les patients de l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les adultes atteints d'asthme.

Énoncé de qualité 1 : Diagnostic

Les adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme obtiennent un test de spirométrie pour démontrer une obstruction réversible du débit d'air et, si négatif, d'autres tests de fonction pulmonaire pour confirmer le diagnostic d'asthme le plus tôt possible

Énoncé de qualité 2 : Contrôle de l'asthme

Les adultes atteints d'asthme font régulièrement l'objet d'une évaluation structurée afin de déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme et les raisons d'un mauvais contrôle.

Énoncé de qualité 3 : Médicaments contre l'asthme

Les adultes atteints d'asthme reçoivent une pharmacothérapie et des dispositifs appropriés en fonction de leur niveau actuel de contrôle de l'asthme, y compris le début précoce d'un traitement anti-inflammatoire par inhalation.

Énoncé de qualité 4 : Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

Les adultes atteints d'asthme et leurs aidants naturels reçoivent de l'information sur l'autogestion et un plan d'action pour l'asthme personnalisé par écrit qui est révisé régulièrement avec un professionnel de la santé.

Énoncé de qualité 5 : Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme

Les adultes qui répondent aux critères de l'asthme sévère ou qui ont d'autres indications appropriées sont dirigés vers des soins spécialisés pour l'asthme.

Énoncé de qualité 6 : Suivi après le congé de l'hôpital

Les adultes qui ont eu une visite à l'urgence ou qui ont été hospitalisés pour une exacerbation de l'asthme ont une évaluation de suivi dans les 2 à 7 jours suivant leur congé.

Table des matières

À propos de cette norme de qualité	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	1
Valeurs à la base de cette norme de qualité	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins	3
Portée de cette norme de qualité	5
Justification de la nécessité de cette norme	5
Comment utiliser cette norme de qualité	7
Pour les patients	7
Pour les cliniciens et les organismes	7
Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre	8
Manière de mesurer le succès global	9
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails	10
Énoncé de qualité 1 : Diagnostic	11
Énoncé de qualité 2 : Contrôle de l'asthme	17
Énoncé de qualité 3 : Médicaments contre l'asthme	22
Énoncé de qualité 4 : Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme	28
Énoncé de qualité 5 : Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme	33
Énoncé de qualité 6 : Suivi après le congé de l'hôpital	37
Appendices	42
Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration	43
Appendice 2. Glossaire	50
Remerciements	51
Références	53
À propos de nous	56

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur le diagnostic et la gestion de l'asthme chez les adultes âgés de 16 ans et plus et met l'accent sur les soins primaires et les établissements communautaires. Elle porte sur l'orientation vers des soins spécialisés pour les adultes qui satisfont les critères de l'asthme sévère, mais n'aborde pas la prise en charge de l'asthme sévère dans les soins spécialisés, de l'exacerbation aiguë de l'asthme ou des soins dispensés lors de consultations à l'urgence ou d'hospitalisations.

Il existe une norme de qualité distincte appelée [Asthme : Soins dans la communauté destinés aux personnes âgées de moins de 16 ans](#).

Justification de la nécessité de cette norme

L'asthme est une affection inflammatoire chronique des voies respiratoires dans les poumons. Chez les personnes atteintes d'asthme, les voies respiratoires s'enflamment et s'obstruent, généralement parce qu'elles réagissent de façon excessive à des facteurs internes et externes, communément appelés déclencheurs (par exemple, des allergènes, des irritants).^{1,2} Ces personnes éprouvent généralement de la difficulté à respirer, sont essouffées, ressentent une pression à la poitrine, ont une respiration sifflante (la respiration produit un sifflement dans les voies respiratoires), produisent des expectorations (mucus) ou toussent. Ces symptômes peuvent être épisodiques ou persistants. Comme pour bon nombre de maladies chroniques, la cause de l'asthme n'est pas connue avec certitude, mais on pense qu'il se développe à partir d'interactions entre des facteurs génétiques et environnementaux comme des antécédents familiaux d'asthme et l'exposition à la fumée, à la pollution atmosphérique ou aux vapeurs ou aux particules dans le cadre du travail.³ Lorsque l'asthme apparaît à l'âge adulte, on estime que 10 à 25 % des cas sont associés au travail^{4,5}.

L'asthme est l'une des maladies chroniques les plus courantes au Canada. En Ontario, on estime que plus de 2 millions de personnes étaient atteintes d'asthme en 2016/17^{6,7}. Ces dernières années, l'incidence de l'asthme en Ontario (soit le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées chaque année) a diminué dans toutes les tranches d'âge. Elle est ainsi passée de près de 10 nouveaux cas pour 1 000 personnes en 1996/97 à 2,45 pour 1 000 personnes en 2016/17⁸. De même, puisque les gens vivent généralement plus longtemps, la prévalence de l'asthme en Ontario (soit le nombre de personnes qui vivent avec la maladie) a continué à augmenter pour tous les âges. Elle est ainsi passée d'environ 90 pour 1 000 personnes en 1996 à 155 pour 1 000 personnes en 2016/17⁹. L'incidence et la prévalence varient considérablement dans l'ensemble de la province. Ainsi, en 2016/17, toutes deux étaient plus élevées dans la région du Centre-Ouest et plus faibles dans la région de Waterloo Wellington^{8,9}.

Bien que l'asthme ne puisse pas être guéri, la plupart des gens peuvent le contrôler en utilisant des médicaments de contrôle appropriés, comme des corticostéroïdes inhalés, et en réduisant leur exposition aux déclencheurs. Les soins de l'asthme visent principalement

à aider les personnes à contrôler leur asthme et à réussir à maintenir ce contrôle, ce qui réduira le risque d'exacerbation (une poussée ou crise d'asthme) et améliorera leur santé et leur qualité de vie en général³. Les lignes directrices actuelles indiquent qu'avec une prise en charge appropriée dans le cadre des soins primaires, la plupart des personnes atteintes d'asthme devraient pouvoir vivre sans symptômes. Les exacerbations qui exigent la prise de corticostéroïdes oraux, une consultation à l'urgence ou une hospitalisation doivent généralement être vues comme un échec dans la prise en charge de l'asthme. Tout décès dû à l'asthme devrait être jugé évitable¹⁰⁻¹².

Toutefois, on estime que 50 % des personnes atteintes d'asthme au Canada contrôlent mal leur asthme, ce qui entraîne des réductions inutiles de la qualité de vie et des maladies et des décès évitables^{13,14}. En Ontario, environ 85 personnes meurent chaque année de l'asthme (il y a eu 1 272 décès entre 2000 et 2015¹⁵). Le taux de mortalité toutes causes confondues, ajusté en fonction de l'âge et du sexe pour les personnes atteintes d'asthme, est plus élevé que pour l'ensemble de la population (en 2008, il y a notamment eu 852 décès pour 100 000 personnes atteintes d'asthme contre 640 pour 100 000 personnes dans la population en général¹⁶).

L'asthme non contrôlé contribue également à une plus grande utilisation des soins de santé et à des coûts élevés du point de vue des soins de santé. Il a été démontré que l'utilisation globale des services de santé pour les personnes atteintes d'asthme est beaucoup plus élevée pour les personnes dont l'asthme est non contrôlé¹⁷. Elle est également particulièrement élevée dans l'année précédant les décès liés à l'asthme^{1,18}. On a dénombré 21 886 consultations¹⁹ à l'urgence spécifiquement pour l'asthme et 8 393 hospitalisations spécifiques à l'asthme en Ontario en 2016/17^{17,20}.

L'asthme est également associé à des coûts indirects importants pour la société, comme l'absentéisme à l'école et au travail³. Le fardeau économique de l'asthme en Ontario (soit les coûts directs des soins de santé plus les coûts sociaux indirects) a été estimé à 1,8 milliard de dollars en 2011²¹.

Ces données mettent en évidence les possibilités d'améliorer la prise en charge de l'asthme dans le cadre des soins primaires et dans les établissements communautaires. Cette norme vise à aider les cliniciens à diagnostiquer l'asthme de façon appropriée, à reconnaître et à traiter l'asthme non contrôlé, à augmenter ou à réduire la médication afin qu'elle soit optimale, à donner aux personnes atteintes les moyens de s'autogérer en utilisant un plan d'action pour l'asthme et à favoriser des transitions sûres et efficaces dans les soins. L'amélioration de la qualité des soins pour l'asthme peut aider les gens à mieux contrôler leur maladie, ce qui leur permettra de prévenir les exacerbations aiguës, les consultations à l'urgence, les admissions à l'hôpital et les décès.

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les patients

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les adultes atteints d'asthme.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ce [guide du patient](#) sur l'asthme chez l'adulte, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les adultes atteints d'asthme.

Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions (appendice 1) pour vous aider à évaluer la qualité des soins que vous fournissez et à cerner les lacunes dans les soins et les secteurs à améliorer. Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins, la mesure est essentielle pour améliorer la qualité.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur l'asthme chez l'adulte, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres

fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;

- Nos [ressources de mesure](#), qui comprennent nos tableaux de données pour vous aider à cerner les lacunes dans les soins et à éclairer vos efforts de planification et d'amélioration des ressources; notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- Les [plans d'amélioration de la qualité](#), qui peuvent aider votre organisme à décrire comment il améliorera la qualité des soins fournis à vos patients, résidents ou clients au cours de la prochaine année.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Manière de mesurer le succès global

Le Comité consultatif sur la norme de qualité pour l'asthme a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux adultes atteints d'asthme en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Voir l'appendice 1 pour plus de détails sur la façon de mesurer ces indicateurs et notre [guide de mesure](#) pour plus d'information et de soutien.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme incident dont le diagnostic est confirmé par des tests de la fonction pulmonaire
- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui sont allés à l'urgence pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement anti-inflammatoire inhalé
- Nombre moyen de jours sans symptômes d'asthme pendant les quatre dernières semaines chez les adultes atteints d'asthme
- Nombre moyen de jours d'absence de l'école ou du travail pour cause d'asthme au cours des quatre dernières semaines

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails

1

Diagnostic

Les adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme obtiennent un test de spirométrie pour démontrer une obstruction réversible du débit d'air et, si négatif, d'autres tests de fonction pulmonaire pour confirmer le diagnostic d'asthme le plus tôt possible.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁸ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁹ 2012,¹¹ 2017²⁰ | Global Initiative for Asthma, 2019¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²² | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017³

Définitions

Soupçonné cliniquement d'être atteint d'asthme : L'asthme est soupçonné cliniquement en présence de signes ou de symptômes d'obstruction variable du débit d'air et en l'absence de tout autre diagnostic (par exemple, autres troubles respiratoires, maladie cardiovasculaire). Les signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air comprennent l'essoufflement, une pression à la poitrine, une respiration sifflante et de la toux. La présence de signes et de symptômes respiratoires doit être évaluée à l'aide d'un historique clinique structuré et d'un examen physique, avant d'être indiquée dans le dossier médical. Comme on estime que 10 à 25 % des cas de début d'asthme chez l'adulte sont liés au travail, il convient également d'obtenir un historique détaillé de l'exposition professionnelle afin de cerner toute relation entre les symptômes et les activités professionnelles et de voir si certains allergènes ou irritants présents sur le lieu de travail pourraient causer les symptômes respiratoires ou y contribuer.

Les symptômes respiratoires caractéristiques de l'asthme vont souvent¹ :

- Inclure plus d'un symptôme (par exemple, essoufflement, pression à la poitrine, respiration sifflante, toux);
- Varier en intensité ou dans le temps (par exemple, pire la nuit ou au petit matin);

1

Diagnostic

- Être causés par des allergènes (par exemple, acariens, squames d'animaux, blattes, pollen, moisissures), des irritants (par exemple, infections, fumée, émanations, produits chimiques, températures extrêmes, exercice, orages), des expositions sur le lieu de travail (par exemple, allergènes, irritants) ou d'autres déclencheurs (par exemple, rhinite, sinusite, reflux gastro-œsophagien, réactions aux aliments et aux médicaments, rire, changements hormonaux \ pendant les menstruations et la grossesse).

Spirométrie : Le test de fonction pulmonaire préféré pour diagnostiquer l'asthme. Il permet d'évaluer l'obstruction du débit d'air et sa réversibilité¹⁰. Le test mesure le débit d'air comme un rapport entre le volume d'air forcé qui peut être expiré des poumons en une seconde (VEM1), soit le volume d'air expiré pendant la première seconde de la mesure de la capacité vitale forcée (CVF), et la CVF, qui est le volume d'air expiré après avoir inspiré le plus profondément possible (point d'inspiration maximal). Les résultats sont présentés en pourcentage de la valeur prévue ou en valeur absolue à comparer avec la limite inférieure de la normale (LIN) du rapport VEM1/CVF. Les valeurs de référence pour interpréter le test sont généralement basées sur l'âge, le sexe et la taille et peuvent également inclure la race.

La spirométrie doit être effectuée avant et après l'administration d'un bronchodilatateur inhalé. Un rapport VEM1/CVF avant l'administration du bronchodilatateur qui donne un résultat inférieur à la LIN (environ < 0,70 à 0,80) indique une obstruction du débit d'air. Une augmentation de la VEM1 d'au moins 12 % et 200 ml après la prise du bronchodilatateur indique que l'obstruction du débit d'air est réversible et soutient un diagnostic d'asthme. Un test de spirométrie négatif n'exclut pas l'asthme, surtout lorsque l'asthme est contrôlé, en raison de la faible sensibilité du test. Dans de tels cas, des tests supplémentaires de la fonction pulmonaire sont nécessaires pour confirmer le diagnostic d'asthme. Dans les situations où les personnes ne peuvent pas effectuer le test de spirométrie, elles pourront être orientées vers des soins spécialisés pour l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 5).

Autres tests de la fonction pulmonaire : En Ontario, les tests suivants sont recommandés pour confirmer un diagnostic d'asthme¹⁰ :

- Les **tests de provocation** sont une autre méthode utilisée pour diagnostiquer l'asthme lorsque la spirométrie est négative. Ils évaluent l'hypersensibilité et l'hyperréactivité des voies

1

Diagnostic

respiratoires. Ces tests sont également appelés tests de provocation bronchique et peuvent être directs, comme le test de provocation à la méthacholine, ou indirects, comme le test de provocation à l'exercice. Les tests de provocation à la méthacholine ne devraient pas être effectués dans les semaines qui suivent une infection active. En fonction de leur durée d'action, les bronchodilatateurs ne devraient pas être utilisés avant le test. S'il n'y a aucun danger, le traitement par corticostéroïdes inhalés ne doit pas être pris pendant 4 à 8 semaines avant le test pour supprimer l'effet anti-inflammatoire sur les voies respiratoires²³;

- La **mesure du débit maximal expiratoire (DME)** évalue la présence d'une variation du débit d'air sur une période de deux semaines. Une variation du DME supérieure à 20 % permet de diagnostiquer l'asthme

La mesure de l'inflammation des voies respiratoires obtenue, par exemple en mesurant la fraction expirée de monoxyde d'azote de l'air expiré (FeNO), n'est pas encore largement disponible en Ontario, mais de nouvelles preuves de son utilité dans le diagnostic de l'asthme apparaissent²².

Dès que possible : Effectuer une spirométrie, suivie d'autres tests de la fonction pulmonaire si la spirométrie est négative ou impossible, pour confirmer le diagnostic d'asthme le plus rapidement possible et dans un délai maximal de trois mois après qu'une personne ait demandé des soins pour ses symptômes respiratoires. Un essai de médicament peut être envisagé si les tests ne peuvent être effectués de manière fiable ou rapide, mais les tests de confirmation devront quand même être effectués, quel que soit le résultat de l'essai de médicament¹⁰. Tout doit être mis en œuvre pour que le diagnostic d'asthme puisse être confirmé par des tests de la fonction pulmonaire, en particulier si des changements dans l'état de la personne suggèrent qu'elle pourrait être en mesure d'exécuter des tests. Cela inclut la réévaluation d'un adulte ayant reçu un diagnostic d'asthme dans son enfance sans mesures objectives.

Justification

En Ontario, le nombre de spirométrie et d'autres tests de la fonction pulmonaire pour diagnostiquer l'asthme est en augmentation, mais pas encore de manière systématique. Selon les données administratives disponibles sur la santé, environ la moitié des personnes subissent un test de fonction pulmonaire pour confirmer leur diagnostic dans les trois ans et demi qui suivent le moment où elles ont commencé à obtenir des soins pour l'asthme²⁴.

1

Diagnostic

L'asthme est souvent diagnostiqué en fonction des symptômes et des antécédents, sans spirométrie ni autre test de la fonction pulmonaire^{14,25}. Il y a cependant un risque de mauvais diagnostic lorsque l'obstruction réversible du débit d'air n'est pas confirmée par un test de fonction pulmonaire puisque d'autres affections peuvent également provoquer des symptômes de type asthmatique¹⁴. En plus d'un traitement inapproprié, un faux diagnostic d'asthme peut entraîner des retards dans l'établissement d'un diagnostic approprié²⁵.

En l'absence de tests de la fonction pulmonaire, il est également possible que le diagnostic d'asthme soit mis de côté, ce qui mènera à un traitement inapproprié avec des médicaments sans liens avec l'asthme (par exemple, des antibiotiques pour la toux chronique). Le fait de ne pas diagnostiquer l'asthme et de ne pas commencer à prendre de médicaments appropriés augmente également le risque que la personne soit atteinte d'une exacerbation grave de son asthme¹⁴.

1

Diagnostic

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes soupçonnés d'être atteints d'asthme

Si vos symptômes comprennent un essoufflement, une pression à la poitrine, une respiration sifflante ou une toux, votre médecin de famille ou votre infirmier praticien devrait s'assurer que vous ayez un test respiratoire avant de vous diagnostiquer de l'asthme. Il se peut qu'il vous offre des médicaments pendant que vous attendez que ce test soit fait. Une fois les résultats de vos tests disponibles, votre médecin de famille ou l'infirmier praticien les examinera avec vous.

Pour les cliniciens

Administrer ou demander une spirométrie pour les adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme afin de confirmer un diagnostic d'asthme. En raison de la faible sensibilité de la spirométrie avec test de réponse bronchodilatatrice dans le diagnostic de l'asthme et lorsque la spirométrie avec test de réponse bronchodilatatrice est négative, des tests supplémentaires de la fonction pulmonaire tels que le test de provocation à la méthacholine seront nécessaires pour diagnostiquer un éventuel asthme.

Les tests doivent être effectués le plus rapidement possible, idéalement dans un délai maximal de trois mois après qu'une personne ait demandé à être soignée en raison de symptômes respiratoires. Une fois les résultats disponibles, ils devraient être examinés avec les patients. Des délais d'attente plus longs ne devraient pas dissuader les cliniciens d'ordonner et de demander des tests appropriés de la fonction pulmonaire pour confirmer un diagnostic d'asthme. Documenter les signes et les symptômes d'une obstruction variable du débit d'air tirés des antécédents cliniques, des examens physiques et des mesures objectives comme base de diagnostic de l'asthme^{18,22}.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme qui ont subi des tests de la fonction pulmonaire dans les trois mois suivant la prise en charge de leurs symptômes respiratoires
- Disponibilité locale des tests de la fonction pulmonaire

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

1

Diagnostic

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que le test de la fonction pulmonaire soit disponible et accessible localement. Veiller à ce que les professionnels de la santé dans les établissements de soins primaires et communautaires soient au courant de la disponibilité locale des tests de la fonction pulmonaire²² et puissent demander les tests appropriés pour les personnes soupçonnées cliniquement d'être atteintes d'asthme, y compris la spirométrie et les tests de provocation, sans avoir à consulter d'abord pour obtenir des soins spécialisés pour l'asthme. Veiller à ce que la spirométrie soit effectuée dans le cadre d'un programme d'assurance qualité par des professionnels de la santé qualifiés^{3,18}

Contrôle de l'asthme

Les adultes atteints d'asthme font régulièrement l'objet d'une évaluation structurée afin de déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme et les raisons d'un mauvais contrôle.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019⁸ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁰ 2012,¹¹ 2017²² | Global Initiative for Asthma, 2019¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²² | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017³

Définitions

Évaluation structurée pour déterminer le niveau de contrôle de l'asthme : Les paramètres de contrôle de l'asthme chez l'adulte incluent la mesure des symptômes, de la fonction pulmonaire et de l'inflammation des voies respiratoires.

Contrôle des symptômes

Le contrôle des symptômes au cours des quatre semaines précédentes doit être évalué au moins une fois par an à l'aide de questionnaires et d'outils de contrôle des symptômes validés (par exemple, le Test de contrôle de l'asthme [ACT], le Asthma Control Questionnaire [ACQ]) afin d'évaluer les critères¹⁰ suivants :

- Symptômes diurnes (objectif : < 4 jours/semaine);
- Symptômes nocturnes (objectif : < 1 nuit/semaine);
- Fréquence du besoin de médicaments de secours ou de soulagement (objectif : < 4 doses/semaine);
- Activité physique (objectif : normale);
- Absence du travail ou de l'école en raison de l'asthme (objectif : aucune).

La fréquence et la gravité des exacerbations (objectif : peu fréquentes et légères) doivent être évaluées depuis la dernière consultation médicale pendant laquelle elles ont été constatées²⁶.

2

Contrôle de l'asthme

Fonction pulmonaire

La fonction pulmonaire doit être évaluée grâce à la spirométrie et à d'autres tests de la fonction pulmonaire selon les besoins (1) au début du traitement; (2) après trois à six mois de traitement afin de déterminer et de documenter la réponse au traitement et le meilleur VEM₁ de la personne (volume d'air expiré en une seconde); et (3) annuellement pour une évaluation continue du contrôle de l'asthme et du risque d'exacerbation¹. Les mesures suivantes de la fonction pulmonaire doivent être évaluées :

- VEM₁ (objectif ≥ 90 % du meilleur résultat personnel);
- Si la spirométrie n'est pas disponible, la mesure du débit maximal expiratoire (DME) peut être utilisée (variation diurne cible < 10 % à 15 %)¹⁰.

Inflammation des voies respiratoires

L'inflammation des voies respiratoires doit également être évaluée pour les adultes atteints d'asthme modéré à sévère non contrôlé qui reçoivent des soins dans des centres spécialisés :

- Éosinophiles dans les expectorations (cible < 2 % à 3 %).

Au moins une fois par an : le contrôle des symptômes et les raisons éventuelles d'un mauvais contrôle doivent être évalués au moins une fois par année par une évaluation structurée, et même plus fréquemment, dans les cas suivants : (1) lors de chacune des consultations médicales liées pour de l'asthme; (2) après une grave exacerbation des symptômes; (3) lors d'un changement de traitement; (4) lorsqu'un schéma de surconsommation de β 2-agonistes à courte durée d'action (BACA) est décelé pendant l'année (défini comme ≥ 3 inhalateurs BACA utilisés dans un an ou moins d'un an)^{27,28}; et (5) en cas de besoins de santé complexes. Dans certains cas, une rencontre téléphonique ou virtuelle peut suffire pour évaluer le contrôle des symptômes de l'asthme. La fonction pulmonaire doit être évaluée au moins une fois par an, comme cela est décrit ci-dessus.

Raisons d'un mauvais contrôle : Les professionnels de la santé doivent examiner les raisons suivantes pour expliquer tout mauvais contrôle, puisque ces facteurs peuvent augmenter le risque d'exacerbations plus graves de l'asthme et contribuer à une mauvaise qualité de vie :

2

Contrôle de l'asthme

- Une adhésion inadéquate à la médication de contrôle (par exemple, sous-utilisation des corticostéroïdes inhalés [CSI] en raison des effets secondaires, des attitudes et des objectifs du traitement de l'asthme ou coût trop élevé);
- Une technique d'inhalation incorrecte;
- L'exposition à des déclencheurs d'allergies et à des irritants, y compris l'exposition sur le lieu de travail (par exemple, rhumes, allergènes, fumée, fumée de cigarette, vapeurs de cigarettes électroniques, cannabis inhalé, produits chimiques, parfums/senteurs);
- Des comorbidités symptomatiques (par exemple, rhinite, rhinosinusite chronique, reflux gastro-œsophagien, obésité, apnée obstructive du sommeil, dépression, anxiété)^{1,12};
- Les répercussions des déterminants sociaux de la santé et les difficultés d'accès à l'aide pour faire face à ces répercussions (par exemple, l'éducation, l'emploi, l'ethnicité et la culture, le soutien familial et social, le logement, la situation géographique, le revenu, le transport et l'accès aux soins).

Justification

Le contrôle de l'asthme doit être évalué au moins une fois par an dans le cadre des soins primaires^{10,18,29}. L'évaluation du contrôle est une lacune importante dans la prise en charge des adultes atteints d'asthme. Un audit longitudinal de la pratique des soins primaires en Ontario en 2012 et 2013 a révélé que seulement 15 % des patients avaient subi une évaluation afin de déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme au moins une fois pendant la période de l'audit³⁰. Les professionnels de la santé ont évalué le contrôle des symptômes de l'asthme avec au moins une question tirée des recommandations des lignes directrices dans seulement 6 % des consultations (261 sur 4 122 consultations). Dans de tels cas, ils ont posé en moyenne 1,6 des cinq questions recommandées. Ils ont posé des questions sur les symptômes diurnes dans 61 % des consultations avec évaluation du contrôle de l'asthme, sur la fréquence à laquelle le médicament de secours est utilisé (45 %), sur les symptômes nocturnes (27 %), sur les limitations imposées à l'activité physique (23 %) et sur l'absentéisme scolaire ou professionnel (4 %). Les cinq critères de contrôle de l'asthme n'ont été évalués que dans 1,5 % (n = 4) de ces consultations³⁰.

2

Contrôle de l'asthme

L'écart se creuse également entre la pratique actuelle et l'évaluation annuelle recommandée de la fonction pulmonaire (voir la définition dans cet énoncé). Le pourcentage de personnes ayant reçu des soins pour l'asthme et ayant subi un test de la fonction pulmonaire pendant la même année a diminué de plus de la moitié en Ontario, passant de 14 % en 1996/1997 à 7 % en 2016/17²⁴.

L'absence d'évaluation continue du contrôle de l'asthme est préoccupante, puisqu'on estime que 50 % des personnes atteintes de cette maladie ne la contrôlent pas bien^{13,14}. L'asthme non contrôlé est le plus souvent associé à l'inobservance du traitement avec médicaments, à une mauvaise utilisation de l'inhalateur, à l'absence de diagnostic objectif (voir l'Énoncé de qualité 1) et à une mauvaise gestion des comorbidités¹². Ces raisons, et d'autres, peuvent être déterminées et réglées afin d'aider les gens à contrôler et à gérer leur asthme¹².

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme ayant subi un test de la fonction pulmonaire au cours des douze derniers mois

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints d'asthme

Un professionnel de la santé devrait vous voir au moins une fois par an pour vérifier votre asthme. Si vous avez une crise grave ou si vous changez de médicament, il se peut que votre professionnel de la santé doive vous voir plus souvent. Lors de ces rendez-vous, il doit vous expliquer comment vous devriez vous sentir lorsque votre asthme est bien contrôlé et vous poser des questions à propos des éléments suivants :

- Vos symptômes d'asthme et ce qui les aggrave;
- Votre consommation de médicaments;
- Toute autre chose qui pourrait affecter ce que vous ressentez.

Vous pouvez contribuer en faisant un suivi de ces détails entre les rendez-vous.

Pour les cliniciens

Aviser les patients qu'ils peuvent s'attendre à vivre sans symptômes lorsque l'asthme est bien contrôlé. Évaluer régulièrement et au minimum une fois par an le contrôle des symptômes de l'asthme selon les critères recommandés. L'évaluation structurée doit déterminer le niveau de contrôle des symptômes de l'asthme de la personne et les raisons d'un mauvais contrôle pour pouvoir y remédier avant de penser à modifier la médication (voir l'Énoncé de qualité 3). Dans la mesure du possible, s'assurer que la spirométrie et les autres tests de la fonction pulmonaire nécessaires sont effectués de la façon décrite ci-dessus.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les personnes atteintes d'asthme soient informées qu'elles peuvent s'attendre à vivre sans symptômes lorsque leur asthme est bien contrôlé. Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les établissements de soins primaires et communautaires pour que les professionnels de la santé puissent évaluer, au moins une fois par année et selon les critères recommandés, le contrôle des symptômes de l'asthme et les raisons d'un mauvais contrôle. Assurer la disponibilité et l'accessibilité locales des tests de la fonction pulmonaire afin de surveiller le contrôle de l'asthme.

Médicaments contre l'asthme

Les adultes atteints d'asthme reçoivent une pharmacothérapie et des dispositifs appropriés en fonction de leur niveau actuel de contrôle de l'asthme, y compris le début précoce d'un traitement anti-inflammatoire par inhalation.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁸ | Société canadienne de thoracologie, 2017¹² | Global Initiative for Asthma, 2019¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²² | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017³

Définitions

Médicaments et appareils appropriés : Tous les adultes dont le diagnostic d'asthme est confirmé doivent se voir offrir des médicaments adaptés à leur niveau actuel de contrôle de l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 2) ainsi que les inhalateurs et les aérochambres les plus appropriés pour répondre à leurs besoins. (Une aérochambre est un long tube muni d'une valve qui peut être fixé à un aérosol-doseur pour faciliter la prise du médicament sous forme inhalée). Les doses de médicaments que prennent les personnes qui présentent un ou plusieurs des critères pour l'asthme non contrôlé doivent être augmentées afin de les aider à reprendre le contrôle, mais seulement après avoir tenu compte des raisons ayant entraîné le mauvais contrôle (par exemple, en donnant des conseils sur l'abandon du tabagisme, la façon d'éliminer l'exposition à la fumée du tabac et du cannabis et la manière d'éviter les allergènes ou le recours à l'immunothérapie [si elle est indiquée]). Les raisons d'un mauvais contrôle comprennent, sans s'y limiter, les symptômes de comorbidité, l'exposition aux déclencheurs (par exemple, les allergènes du rhume, la fumée de cigarette, la vapeur des cigarettes électroniques, les irritants sur le lieu de travail), une mauvaise technique d'utilisation de l'inhalateur, une dépendance excessive au médicament de secours ou de soulagement avec une utilisation inadéquate des médicaments de contrôle (voir l'Énoncé de qualité 2).

Une fois que la personne atteinte d'asthme a réussi à contrôler sa maladie en prenant quotidiennement des anti-inflammatoires pendant au moins trois à six mois, sa médication doit ensuite être réduite à la plus faible dose efficace nécessaire pour garder le contrôle sur la maladie, prévenir les exacerbations et minimiser les effets secondaires, à moins que de récentes tentatives précédentes n'aient échoué.

3

Médicaments contre l'asthme

Les médicaments doivent être offerts à un niveau plus ou moins élevé, selon le cas, de la façon suivante :

- **Étape 1** : Les adultes qui présentent des symptômes moins de deux fois par semaine et qui n'ont aucun facteur de risque d'exacerbation peuvent utiliser, au besoin, un médicament inhalé de secours à courte durée d'action sous forme d'un β_2 -agoniste à courte durée d'action (BACA)¹². L'utilisation, si nécessaire, d'un anti-inflammatoire inhalé et d'un médicament de secours à courte ou à longue durée d'action sous forme de corticostéroïde inhalé (CSI)-formotérol à faible dose peut être un traitement alternatif de l'étape 1³¹⁻³⁴.
- **Étape 2** : Les adultes qui présentent des symptômes deux fois par semaine ou plus ou qui répondent à d'autres critères pour l'asthme non contrôlé doivent se voir offrir un anti-inflammatoire quotidien inhalé sous forme de CSI à faible dose avec un médicament de soulagement BACA au besoin^{12,18,22,35}. Des preuves récentes démontrent que l'utilisation, au besoin, d'un anti-inflammatoire inhalé et d'un médicament de secours à courte ou à longue durée d'action sous forme de CSI-formotérol peut être un traitement alternatif de l'étape 2³¹⁻³⁴. L'utilisation quotidienne d'un anti-inflammatoire oral sous forme d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARL) avec un médicament de soulagement BACA au besoin constitue un traitement de deuxième intention de l'étape 2¹².
- **Étape 3** : Les adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé par l'utilisation quotidienne d'un anti-inflammatoire inhalé sous forme de CSI à faible dose doivent se voir offrir une combinaison quotidienne d'anti-inflammatoire inhalé et de médicament de soulagement à longue durée d'action combiné à faible dose (c'est-à-dire un CSI/ β_2 -agoniste à longue durée d'action (BALD)) avec un médicament de soulagement BACA au besoin. Les personnes dont l'asthme n'est pas contrôlé par une faible dose de CSI-formotérol devraient également passer à une utilisation quotidienne de ce médicament (avec un CSI-formotérol à faible dose utilisé comme médicament de soulagement). Les thérapies de deuxième intention de l'étape 3 comprennent la prise quotidienne continue d'un CSI à faible dose et l'ajout d'un ARL quotidien ou le recours à un CSI à dose moyenne¹².
- **Étape 4** : Les adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé par une combinaison quotidienne d'anti-inflammatoire inhalé et de médicament de soulagement à longue durée d'action sous forme de CSI/BALD à faible dose doivent se voir offrir un CSI/BALD quotidien à dose moyenne (avec un BACA au besoin ou un CSI-formotérol à dose moyenne utilisé comme médicament de soulagement). Les thérapies de deuxième intention de l'étape 4 comprennent la prise quotidienne continue d'un CSI/BALD à faible dose et l'ajout quotidien d'un ARL ou la prise quotidienne continue d'un CSI/BALD à faible dose et l'ajout quotidien de tiotropium¹².

3

Médicaments contre l'asthme

- **Étape 5** : Les adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé même s'ils utilisent quotidiennement les médicaments de l'étape 4 doivent se voir offrir un CSI/BALD à forte dose pris quotidiennement (avec un BACA ou un CSI-formotérol à forte dose utilisé comme médicament de soulagement) et doivent être orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 5).

La réduction du dosage des médicaments peut être tentée une fois que la personne atteinte d'asthme a gardé le contrôle pendant au moins trois à six mois.

Les adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme, mais dont la maladie n'a pas encore été confirmée et qui n'ont pas encore subi de test de la fonction pulmonaire, peuvent se voir prescrire un essai de médicament si les tests ne peuvent être effectués de manière fiable ou rapide, mais le test de la fonction pulmonaire devrait tout de même être effectué le plus rapidement possible, quel que soit le résultat de l'essai de médicament (voir l'Énoncé de qualité 1)¹⁰.

Contrôle de l'asthme : Les paramètres comprennent la mesure des symptômes, de la fonction pulmonaire et de l'inflammation des voies respiratoires, comme cela est décrit dans l'Énoncé de qualité 2.

Justification

La gestion de l'asthme vise à contrôler la maladie et, ce faisant, à prévenir ou à minimiser le risque de complications et de décès à court et à long terme¹⁰. Puisque l'asthme non contrôlé est généralement associé à une dépendance excessive aux médicaments de secours ou de soulagement et à une utilisation inadéquate des médicaments de contrôle, la prestation de soins conforme aux recommandations d'augmentation de la dose des médicaments peut contribuer à améliorer le contrôle de l'asthme.

3

Médicaments contre l'asthme

Cependant, la médication appropriée en tant que composante de la gestion de l'asthme dépend souvent d'autres éléments clés d'un traitement de haute qualité comme l'évaluation régulière du contrôle de l'asthme et des raisons d'un mauvais contrôle (voir l'Énoncé de qualité 2) et l'utilisation de plans d'action pour l'asthme combiné à l'éducation sur l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 4)¹. Par conséquent, les discussions à propos des médicaments et des appareils entre la personne atteinte d'asthme et son professionnel de la santé devraient favoriser l'autonomisation du patient, les décisions partagées et l'autogestion. Il peut s'agir de discussions sur les préférences du patient, comme ses objectifs, ses croyances et ses préoccupations en ce qui concerne l'asthme et les médicaments, ses préférences à propos des stratégies qui lui permettront de bien contrôler sa maladie et de réduire le risque d'exacerbation de l'asthme (tout en tenant compte des caractéristiques ou du phénotype individuels), ainsi que sur des questions pratiques comme la technique à utiliser avec l'inhalateur, le contrôle de l'observance du traitement et le caractère abordable des médicaments¹.

La nécessité d'améliorer les connaissances des prescripteurs à propos de l'augmentation ou de la réduction optimale de la dose de médicament contre l'asthme continue à être un élément important d'une prescription appropriée. En dépit des recommandations en ce qui concerne le début précoce d'un traitement anti-inflammatoire inhalé et l'augmentation ou la diminution de la dose de médicament de contrôle en fonction du niveau de contrôle de l'asthme du patient, un audit longitudinal de la pratique en Ontario a révélé d'importantes lacunes dans les soins³⁰. De nombreuses personnes atteintes d'asthme non contrôlé (55 %) ne se sont pas vues prescrire de médicaments anti-inflammatoires inhalés et parmi celles à qui on a prescrit des anti-inflammatoires, seule la moitié a vu sa médication changer, passant d'un CSI seul à un CSI avec BALD ou à un CSI avec ARL.³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints d'asthme

La plupart des adultes atteints d'asthme peuvent vivre sans symptômes en utilisant régulièrement leur inhalateur de contrôle et en évitant autant que possible les déclencheurs. Votre médecin de famille ou l'infirmier praticien devrait discuter avec vous de vos objectifs, de vos croyances et de vos préoccupations au sujet de l'asthme et des médicaments afin que vous puissiez décider ensemble du médicament et des appareils qui vous conviennent le mieux. Pendant cette discussion, il devrait :

- Expliquer à quel moment utiliser vos pompes et vous montrer comment les utiliser;
- Vous demander de lui montrer comment vous utilisez vos inhalateurs pour s'assurer que vous les utilisez en toute confiance.

Il existe de nombreux types de médicaments contre l'asthme. Si vos symptômes d'asthme persistent malgré vos médicaments actuels, demandez à votre médecin de famille ou à l'infirmier praticien d'essayer une dose différente ou un autre médicament contre l'asthme. Au moment d'exécuter les ordonnances, votre pharmacien vous apprendra à utiliser le médicament et répondra à vos questions. Il est important de prendre votre médicament de contrôle tous les jours, si votre médecin ou l'infirmier praticien vous l'a prescrit.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement anti-inflammatoire inhalé
- Pourcentage d'adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et pour qui toutes les raisons de leur mauvais contrôle ont déjà été abordées
- Pourcentage d'adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et dont le dosage des médicaments a été augmenté après que les raisons ayant entraîné leur mauvais contrôle aient été abordées

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

3

Médicaments contre l'asthme

Pour les cliniciens

Prescrire des médicaments selon le niveau de contrôle de l'asthme de la personne. N'augmenter le dosage du médicament, selon les étapes décrites dans les définitions de cet énoncé, qu'après avoir tenu compte des autres raisons d'un mauvais contrôle (voir l'Énoncé de qualité 2). Commencer par un CSI à faible dose comme médicament de contrôle régulier pour les adultes ayant un diagnostic d'asthme confirmé qui présentent des symptômes d'asthme deux fois ou plus par semaine ou qui répondent à d'autres critères pour l'asthme non contrôlé. Comme alternative, le CSI-formotérol, à prendre selon les besoins, peut être prescrit dans les mêmes cas. Une fois que la personne atteinte d'asthme a réussi à contrôler sa maladie en prenant quotidiennement des anti-inflammatoires pendant au moins trois à six mois, sa médication doit ensuite être réduite à la plus faible dose efficace nécessaire pour garder le contrôle sur la maladie, prévenir les exacerbations et minimiser les effets secondaires, à moins que de récentes tentatives précédentes n'aient échoué.

Pour les personnes dont le diagnostic d'asthme n'est pas confirmé, ne prescrire un essai de médicament que si le test de la fonction pulmonaire ne peut être effectué de manière fiable ou rapide (voir l'Énoncé de qualité 1). Les tests de confirmation doivent toujours être effectués, quel que soit le résultat de l'essai de médicament¹⁰.

Au moment de prescrire de donner des médicaments contre l'asthme, donnez des instructions claires à propos du moment et de la façon d'utiliser la médication et le système de distribution de façon appropriée. Enseigner la bonne technique d'utilisation de l'inhalateur et d'une aérochambre, au besoin, et demander aux gens de montrer comment ils utilisent leur inhalateur pour s'assurer qu'ils utilisent une technique appropriée. (Cette méthode d'éducation des patients est appelée la « réexplication »).

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les établissements de soins primaires et communautaires pour que les professionnels de la santé puissent prescrire les médicaments et les appareils appropriés selon le niveau de contrôle de l'asthme. Veiller à ce que les adultes qui sont atteints d'asthme puissent avoir accès aux médicaments et aux appareils les plus appropriés pour eux et avoir les moyens de les obtenir.

4

Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

Les adultes atteints d'asthme et leurs aidants naturels reçoivent de l'information sur l'autogestion et un plan d'action pour l'asthme personnalisé par écrit qui est révisé régulièrement avec un professionnel de la santé.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁸ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁰ 2012,¹¹ 2017¹² | Global Initiative for Asthma, 2019¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²² | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017³

Définitions

Éducation sur l'autogestion : Éducation adaptée aux besoins d'apprentissage de la personne et donnée par un professionnel de la santé qualifié. Elle devrait comprendre de l'information et du soutien à propos des questions suivantes³ :

- L'observance du traitement (par exemple, les effets secondaires, attitudes et objectifs associés au traitement de l'asthme, le caractère abordable des médicaments et des appareils);
- L'appareil utilisé pour administrer les médicaments et la technique à utiliser avec l'inhalateur;
- La façon de déterminer et d'éviter ou de réduire l'exposition aux déclencheurs d'allergies et aux irritants (par exemple, squames d'animaux, moisissures, rhume, émanations, fumées, pollution de l'air, températures extrêmes, produits chimiques, parfums et odeurs);
- La prévention et l'abandon du tabagisme pour la personne atteinte d'asthme et les autres personnes qui vivent avec elle (par exemple, vapotage, tabac, cannabis);
- Les répercussions des comorbidités sur les symptômes de l'asthme et l'importance de les gérer (par exemple, rhinite, rhinosinusite chronique, reflux gastro-œsophagien, obésité, apnée obstructive du sommeil, dépression, anxiété)^{1,12};
- L'utilisation de débitmètres pour débit de pointe lorsque cela est indiqué.

4

Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

Pour que les personnes soient en mesure de gérer elles-mêmes leur asthme, les professionnels de la santé qui donnent de l'éducation et du soutien sur l'autogestion doivent tenir compte des déterminants sociaux de la santé et de la situation de chacune des personnes (par exemple, l'éducation, l'emploi, l'origine ethnique et la culture, le soutien familial et social, le logement, la situation géographique, le revenu, le transport et l'accès aux soins).

Plan d'action pour l'asthme : Un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme (parfois appelé PAA) est fourni en même temps que l'éducation sur l'autogestion. Ce plan comprend généralement trois « zones » (semblables aux couleurs des feux de circulation, soit vert, jaune et rouge) pour décrire le niveau de contrôle de l'asthme. Il comprend un ensemble d'instructions qui ont été écrites en collaboration avant d'être expliquées et remises à la personne atteinte d'asthme ou à son ou ses aidants naturels pour leur fournir de l'aide à propos des éléments suivants :

- Comment évaluer le contrôle de l'asthme (autosurveillance);
- Comment garder un bon contrôle et prévenir les exacerbations de l'asthme en utilisant régulièrement des médicaments de contrôle;
- Comment reconnaître les signes, symptômes ou le débit de pointe indiquant un asthme non contrôlé;
- Que faire pendant les périodes d'asthme non contrôlé, par exemple ajouter des médicaments ou augmenter la dose des médicaments, la quantité de médicaments à prendre et pendant combien de temps, et comment et à quel moment demander de l'aide (par exemple, quand appeler son professionnel de la santé ou se rendre à l'hôpital).

Révision régulière : Le plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme doit être revu lors de chacune des consultations associées à l'asthme, après une grave exacerbation des symptômes, lorsqu'il y a un changement dans le niveau de contrôle ou dans le traitement, ou au moins une fois par an.

Professionnel de la santé : De nombreux types de professionnels de la santé peuvent jouer un rôle dans l'élaboration et la révision des plans d'action pour l'asthme et dans l'éducation sur l'autogestion. Les plans d'action peuvent être fournis par des fournisseurs de soins primaires, comme les médecins de famille ou les infirmiers praticiens, ou par des pneumologues, des

4

Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

allergologues et d'autres médecins. Les infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens et tout autre professionnel de la santé qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme peuvent également examiner les plans d'action pour l'asthme et fournir une éducation sur l'autogestion.

Justification

Fournir de l'éducation sur l'autogestion à propos de la technique à utiliser avec l'inhalateur, tout comme les plans d'action personnalisés écrits sur l'asthme qui renforcent la compréhension des médicaments et sont régulièrement revus par un professionnel de la santé, peut améliorer grandement la gestion de l'asthme et les effets sur la santé^{11,36,37}. Dans la pratique actuelle, l'éducation sur l'autogestion est peu utilisée et les patients se voient rarement remettre des plans d'action écrits pour l'asthme. Ainsi, lors d'une enquête effectuée en 2004, seuls 22 % des médecins canadiens avaient déclaré remettre régulièrement des plans d'action écrits pour l'asthme, alors que 11 % des patients ont dit en avoir reçu un¹³. Des audits de graphiques sur les soins primaires et les services d'urgence en Ontario et en Alberta ont montré qu'une écrasante majorité de patients atteints d'asthme n'avaient aucun plan d'action pour l'asthme^{8,36,38}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints d'asthme

Votre professionnel de la santé devrait vous expliquer ce qu'est l'asthme, y compris ce que vous pouvez faire pour prendre soin de vous. Vous, vos aidants naturels (si vous voulez qu'ils participent) et votre professionnel de la santé devriez travailler ensemble afin de mettre en place un plan d'action pour l'asthme personnalisé. Ce plan décrit :

- Vos médicaments et comment les prendre;
- Ce que vous pouvez faire chaque jour pour rester en santé;
- Ce que vous devez faire si vos symptômes s'aggravent.

Pour les cliniciens

Au moment de prescrire des médicaments, donner de la formation sur l'autogestion de l'asthme aux adultes atteints d'asthme et à leurs aidants naturels, et travailler avec eux afin de créer un plan d'action écrit et personnalisé pour l'asthme qui tient compte de l'alphabétisation, de la facilité d'utilisation et du langage des utilisateurs. Veiller à ce qu'ils reçoivent de l'information sur les fournisseurs de services locaux et soient orientés vers ces derniers puisqu'ils peuvent les aider à apprendre comment éviter ou réduire l'exposition aux déclencheurs et améliorer leur capacité d'autogestion (par exemple, en les orientant vers l'éducation sur l'asthme, les soins fournis par l'équipe ou les services sociaux).

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui ont déjà reçu de l'éducation sur l'autogestion de l'asthme dispensée par un professionnel de la santé qualifié
- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui ont reçu un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme
- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui disposent d'un plan d'action personnalisé par écrit et qui l'ont fait réviser au cours des douze derniers mois

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

4

Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

Lorsqu'une personne se voit prescrire des médicaments, il faut s'assurer qu'ils sont conformes au plan d'action pour l'asthme de la personne et de passer le plan en revue avec elle.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les établissements de soins primaires et communautaires pour que les professionnels de la santé puissent fournir et revoir les plans d'action pour l'asthme et l'éducation sur l'autogestion avec les adultes atteints d'asthme et leurs aidants naturels. Veiller à ce que les adultes atteints d'asthme et leurs aidants naturels aient accès à des professionnels de la santé formés en matière d'autogestion de l'asthme et des plans d'action pour l'asthme, y compris, mais sans s'y limiter, les inhalothérapeutes et autres professionnels de la santé qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme.

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme

Les adultes qui répondent aux critères de l'asthme sévère ou qui ont d'autres indications appropriées sont dirigés vers des soins spécialisés pour l'asthme.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁸ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁰ 2012,¹¹ 2017¹² | Global Initiative for Asthma, 2019¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²² | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017³

Définitions

Asthme sévère : Asthme exigeant un traitement par corticostéroïde inhalé [CSI] à forte dose, comme le souligne l'énoncé de principe actuel de la Société canadienne de thoracologie¹² et un deuxième produit de contrôle pendant l'année précédente, ou des corticostéroïdes systémiques pendant 50 % de l'année précédente pour éviter que la maladie ne soit « plus contrôlée » ou qui reste « incontrôlable » malgré ce traitement¹². Avant de classer l'asthme d'une personne comme sévère, les professionnels de la santé doivent vérifier le contrôle de l'asthme à l'aide d'une évaluation structurée, ainsi qu'examiner minutieusement les raisons d'un mauvais contrôle (voir l'Énoncé de qualité 2). Les spécialistes de l'asthme sont plus à même de mener des examens plus approfondis et de proposer certains traitements pour l'asthme sévère.

Indications appropriées : Les indications appropriées pour diriger les personnes vers des soins spécialisés pour l'asthme incluent, sans s'y limiter, les catégories suivantes :

- L'incapacité de la personne à exécuter des tests de la fonction pulmonaire;
- L'incertitude diagnostique (par exemple, avoir une spirométrie obstructive, mais une réversibilité bronchodilatatrice négative, des symptômes qui suggèrent l'asthme, mais une spirométrie négative et une variabilité négative du débit de pointe);
- L'asthme non contrôlé, y compris les exacerbations quasi fatales et l'asthme non contrôlé pendant la grossesse;

5

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme

- L'asthme sévère;
- L'asthme lié au travail confirmé ou soupçonné (c'est-à-dire asthme professionnel ou aggravé par le travail);
- Les effets secondaires soupçonnés du traitement (par exemple, infections fongiques ou à levures, ostéoporose);
- Toute hospitalisation associée à l'asthme;
- La nécessité d'effectuer des tests d'allergie pour évaluer le rôle éventuel des allergènes environnementaux.

Soins spécialisés pour l'asthme : Selon l'indication clinique, un ou plusieurs des professionnels suivants pourront fournir des soins spécialisés pour l'asthme :

- Un pneumologue;
- Un allergologue;
- Un interniste généraliste spécialisé en médecine respiratoire;
- Un professionnel de la santé spécialisé dans l'asthme ou qui travaille dans une clinique spécialisée dans l'asthme, comme un médecin de famille, un infirmier praticien, un infirmier, un inhalothérapeute ou tout autre professionnel de la santé qui est éducateur accrédité en santé respiratoire ou éducateur certifié dans le domaine de l'asthme.

Justification

La plupart des adultes atteints d'asthme peuvent gérer efficacement leur maladie et ses symptômes avec des médicaments appropriés, une éducation sur l'autogestion et du soutien fourni par les établissements de soins primaires. Cependant, l'asthme de certaines personnes continue à être non contrôlé malgré une médication appropriée (voir l'Énoncé de qualité 3) ou ces personnes ont besoin de doses maximales de médicaments pour le contrôler, et peuvent alors être atteintes d'asthme sévère^{1,12}. Dans de telles situations cliniques, il peut être nécessaire de diriger les patients vers des soins spécialisés pour l'asthme afin d'obtenir des conseils d'experts

5

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme

sur le diagnostic ou la prise en charge^{1,12}. Afin de promouvoir les soins axés sur le patient, le processus d'orientation devrait inclure une approche intégrée comprenant collaboration, communication et partage des décisions entre les professionnels de la santé et la personne atteinte d'asthme.

Une récente vérification des dossiers d'un échantillon de cliniques de soins primaires en Ontario a mis en évidence les données selon lesquelles les temps d'attente (la durée entre le moment où un médecin oriente son patient vers un spécialiste et sa consultation chez ce dernier) varient selon les spécialités cliniques (79 jours en moyenne pour les orientations non urgentes et 49 jours pour les orientations urgentes)³⁹. Les outils électroniques de consultation spécialisée comme les consultations électroniques et virtuelles peuvent être utilisés pour améliorer les temps d'attente avant de recevoir des soins spécialisés pour l'asthme.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints d'asthme

Si vous prenez vos médicaments et évitez autant que possible les déclencheurs, mais que vous continuez à avoir des symptômes d'asthme, ou si votre médecin de famille ou votre infirmier praticien a d'autres préoccupations, il doit consulter un spécialiste pour l'asthme ou vous orienter vers des soins spécialisés pour l'asthme.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme sévère ou d'une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme
- Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui se sont rendu au moins deux fois à l'urgence ou qui ont été hospitalisés à une ou à plusieurs reprises pour des problèmes d'asthme et qui ont ensuite consulté un médecin spécialiste dans les trois mois qui suivent l'événement déclencheur

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

5

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme

Pour les cliniciens

Veiller à ce que les adultes atteints d'asthme sévère ou d'autres indications appropriées (voir les définitions dans cet énoncé) soient orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme. Après avoir vu le patient, le fournisseur de soins spécialisés pour l'asthme doit fournir au fournisseur de soins primaires le plan de traitement et de suivi recommandé (au besoin). Dans certains cas, une consultation entre le fournisseur de soins primaires et le fournisseur de soins spécialisés pour l'asthme peut être nécessaire ou suffisante, c'est-à-dire que le patient peut ne pas avoir besoin de se rendre chez le spécialiste.

Tous les cliniciens concernés doivent s'assurer que la collaboration, la communication et le partage des décisions entre les professionnels de la santé, la personne atteinte d'asthme et ses aidants naturels font partie du processus d'orientation.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les systèmes, les processus et les ressources soient en place afin que tous les adultes atteints d'asthme aient accès en temps voulu et au besoin à des soins spécialisés sur recommandation de leur fournisseur de soins primaires, notamment en utilisant l'orientation électronique, ainsi que les consultations électroniques et virtuelles. S'assurer que les professionnels de la santé dans les établissements de soins primaires et communautaires soient au courant des services et des processus d'orientation en matière d'asthme dans leurs communautés³.

6

Suivi après le congé de l'hôpital

Les adultes qui ont eu une visite à l'urgence ou qui ont été hospitalisés pour une exacerbation de l'asthme ont une évaluation de suivi dans les 2 à 7 jours suivant leur congé.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁸ | Global Initiative for Asthma, 2019¹

Définitions

Exacerbation de l'asthme : Peut se produire chez les personnes ayant un diagnostic préexistant d'asthme (même s'il est léger ou bien contrôlé) ou, parfois, comme première manifestation de l'asthme. Il s'agit d'un épisode caractérisé par une aggravation progressive des symptômes, soit essoufflement, toux, respiration sifflante ou pression à la poitrine, et par une diminution progressive de la fonction pulmonaire. Les exacerbations de l'asthme représentent un changement suffisamment important par rapport à l'état habituel de la personne pour exiger une modification du traitement (par exemple, l'utilisation de corticostéroïdes oraux), de consulter un médecin à l'urgence ou d'être hospitalisé. Les exacerbations se produisent souvent en réponse à l'exposition à des déclencheurs irritants ou allergiques (par exemple, infection virale, bactérienne ou fongique dans les voies respiratoires supérieures ou inférieures, pollution de l'air, fumée, pollen) ou à une observance insuffisante des médicaments de contrôle. Cependant, un sous-ensemble de personnes continuera de présenter des exacerbations sans exposition aux déclencheurs.

Évaluation de suivi : Les adultes doivent être évalués dans un établissement de soins primaires ou dans une clinique d'asthme dans les deux à sept jours après toute consultation à l'urgence ou tout congé de l'hôpital, et être réévalués régulièrement pendant les semaines suivantes jusqu'à ce qu'ils parviennent à contrôler leur asthme et à atteindre ou dépasser leur meilleure fonction pulmonaire personnelle (voir l'Énoncé de qualité 2). Le suivi initial peut être effectué par des fournisseurs de soins primaires, comme des médecins de famille ou des infirmiers praticiens, ou par des pneumologues, des allergologues et d'autres médecins ou membres de l'équipe de soins, comme des infirmières, des inhalothérapeutes et des pharmaciens qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme. Dans certains cas, un suivi téléphonique ou virtuel peut être suffisant¹.

6

Suivi après le congé de l'hôpital

L'évaluation de suivi doit être individualisée et associée aux détails de la consultation à l'urgence ou de l'hospitalisation. Les éléments de l'évaluation de suivi comprennent, sans s'y limiter, un examen des éléments suivants :

- Compréhension de la personne ou de ses aidants naturels de la cause de l'exacerbation de l'asthme;
- Contrôle de l'asthme et raisons d'un mauvais contrôle (voir l'Énoncé de qualité 2);
- Modification au besoin de la médication par les médecins prescripteurs ou les infirmiers praticiens, y compris l'arrêt des corticostéroïdes oraux (voir l'Énoncé de qualité 3);
- Plan d'action pour l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 4);
- Éducation sur l'autogestion, y compris observance de la médication, technique d'inhalation et évitement ou réduction de l'exposition aux déclencheurs (voir l'Énoncé de qualité 4).

Justification

Les exacerbations de l'asthme peuvent être des situations d'urgence qui mettent la vie de la personne en danger et peuvent donc exiger des soins à l'urgence ou une hospitalisation¹. La transition de l'hôpital à la maison peut compliquer les soins d'une personne, puisque les transitions représentent des périodes de vulnérabilité dans la prestation des soins de santé⁴⁰. Chaque transition entraîne le risque que certaines informations soient perdues ou qu'il y ait une mauvaise communication entre les établissements de soins, ce qui peut accroître la vulnérabilité de la personne aux événements indésirables⁴¹.

Le besoin de soins aigus chez les adultes atteints d'asthme doit être vu comme un échec de prise en charge de l'asthme, et leur retour aux soins primaires doit être l'occasion de combler les lacunes en matière de soins ou d'autogestion¹⁰. Les lacunes dans la qualité des soins hospitaliers peuvent également accroître la vulnérabilité aux événements indésirables. Par exemple, l'étude sur les variations régionales de l'asthme en Ontario a indiqué d'importantes lacunes dans les services d'urgence en Ontario, y compris la sous-utilisation des stéroïdes systémiques après le congé (chez environ 33 % des patients adultes) et l'absence d'orientation des patients vers des soins spécialisés pour l'asthme (environ 2,7 %)⁴².

6

Suivi après le congé de l'hôpital

Un suivi rapide dans un établissement de soins primaires ou l'orientation vers une clinique d'asthme peuvent atténuer ces risques. Chez certains patients qui ont des maladies respiratoires ou chroniques autres que l'asthme, un suivi précoce a été associé à l'amélioration des résultats des patients et à la réduction des taux de réadmission, d'utilisation des services d'urgence et de décès.⁴¹

Pour plus d'informations sur la planification du congé et le suivi dans l'établissement de soins primaires après le congé, veuillez consulter la norme de qualité [*Transitions entre l'hôpital et la maison.*](#)

6

Suivi après le congé de l'hôpital

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes soupçonnés d'être atteints d'asthme

Si vous êtes allé à l'urgence ou avez été hospitalisé en raison d'une crise d'asthme, votre médecin de famille ou l'infirmier praticien doit effectuer un suivi dans les deux à sept jours qui suivent afin de voir comment vous allez et apporter les modifications nécessaires à votre médication ou à votre plan d'action pour l'asthme. Dans certains cas, le suivi initial peut être effectué par un pneumologue, un allergologue ou un autre médecin, ou par d'autres membres de l'équipe de soins comme les infirmières, les inhalothérapeutes et les pharmaciens qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme. Lors de cette consultation, vous pouvez également poser des questions pour vous assurer de bien comprendre :

- Ce qui a causé la crise;
- Les soins reçus;
- Ce que vous pouvez faire pour prévenir les crises d'asthme.

Pour les cliniciens

Avant qu'un adulte qui a eu une exacerbation de son asthme ne reçoive son congé de l'urgence, l'équipe de soins doit lui dire de prendre un rendez-vous de suivi de soins primaires. Si la personne a été hospitalisée, l'équipe de soins de l'hôpital doit organiser une évaluation de suivi des soins primaires. Dans les deux cas, l'équipe de soins doit envoyer les informations de congé de la personne directement à son fournisseur de soins primaires. Le suivi des soins primaires est important pour s'assurer que le traitement de la personne se poursuit, que ses symptômes d'asthme sont bien contrôlés et que sa fonction pulmonaire atteint son meilleur niveau.

INDICATEUR DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes ayant eu une évaluation de suivi des soins primaires ou dans une clinique d'asthme dans les sept jours suivant une consultation à l'urgence ou une hospitalisation pour exacerbation de l'asthme

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

6

Suivi après le congé de l'hôpital

Après son congé de l'hôpital, penser à orienter les patients vers un programme d'éducation sur l'asthme ou vers des soins spécialisés pour l'asthme.¹

Pour les planificateurs des services de santé

S'assurer que les systèmes, les processus et les ressources sont en place afin que tous les adultes aient un accès opportun au suivi des soins primaires après une consultation à l'urgence ou une hospitalisation associée à l'asthme. Il s'agit notamment de s'assurer que tous les adultes atteints d'asthme aient un fournisseur de soins primaires, de prendre des dispositions pour une évaluation de suivi des soins primaires et de permettre une communication sans faille entre l'hôpital et les établissements de soins primaires.

Appendices

Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité pour l'asthme a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux adultes atteints d'asthme en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Pour évaluer la prestation équitable des soins, vous pouvez stratifier les indicateurs mesurés localement selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, comme l'âge, le niveau de scolarité, le genre, le revenu, la langue et le sexe.

Notre [guide de mesure](#) fournit plus d'informations et des étapes concrètes sur la façon d'intégrer la mesure dans votre travail de planification et d'amélioration de la qualité.

Manière de mesurer le succès global

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme incident dont le diagnostic est confirmé par des tests de la fonction pulmonaire

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le diagnostic est confirmé par un test de la fonction pulmonaire
- Sources des données : Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur

la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui sont allés à l'urgence pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui se sont rendues à l'urgence pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois
- Sources des données : Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement anti-inflammatoire inhalé

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme ayant une ou plusieurs indications appropriées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui se sont vues prescrire un traitement anti-inflammatoire inhalé
- Source des données : collecte de données locales

Nombre moyen de jours sans symptômes d'asthme pendant les quatre dernières semaines chez les adultes atteints d'asthme

- Population : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Calcul : nombre moyen de jours sans symptômes au cours des quatre dernières semaines
- Source des données : collecte de données locales

Nombre moyen de jours d'absence de l'école ou du travail pour cause d'asthme au cours des quatre dernières semaines

- Population : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Calcul : nombre moyen de jours d'absence de l'école ou du travail pour cause d'asthme au cours des quatre dernières semaines
- Source des données : collecte de données locales

Manière de mesurer l'amélioration par rapport aux énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Diagnostic

Pourcentage d'adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme qui ont subi des tests de la fonction pulmonaire dans les trois mois suivant la prise en charge de leurs symptômes respiratoires

- Dénominateur : nombre total d'adultes soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont subi des tests de la fonction pulmonaire dans les trois mois qui suivent la prise en charge de leurs symptômes respiratoires
- Source des données : collecte de données locales

Disponibilité locale des tests de la fonction pulmonaire

- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 2 : Contrôle de l'asthme

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme ayant subi un test de la fonction pulmonaire au cours des douze derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur ayant subi un test de la fonction pulmonaire au cours des douze derniers mois
- Sources des données : collecte de données locales, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario

Énoncé de qualité 3 : Médicaments contre l'asthme

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement anti-inflammatoire inhalé

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme ayant une ou plusieurs indications appropriées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui se sont vues prescrire un traitement anti-inflammatoire inhalé
- Sources des données : collecte de données locales, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) (65 ans et plus), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario

Pourcentage d'adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et pour qui toutes les raisons de leur mauvais contrôle ont déjà été abordées.

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme non contrôlé
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont toutes les raisons de leur mauvais contrôle ont déjà été abordées
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et dont le dosage des médicaments a été augmenté après que les raisons ayant entraîné leur mauvais contrôle aient été abordées

- Dénominateur : nombre total d'adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et pour qui d'autres raisons de leur mauvais contrôle ont déjà été abordées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont vu le dosage de leur médication être augmenté
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 4 : Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui ont déjà reçu de l'éducation sur l'autogestion de l'asthme dispensée par un professionnel de la santé qualifié

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont reçu au moins une fois une éducation sur l'autogestion de l'asthme dispensée par un professionnel de la santé qualifié
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui ont reçu un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont reçu un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme

- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui disposent d'un plan d'action personnalisé par écrit et qui l'ont fait réviser au cours des douze derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme qui ont un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le plan d'action pour l'asthme a été revu au cours des douze derniers mois
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 5 : Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme sévère ou d'une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme sévère avec une ou plusieurs indications appropriées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui sont orientées vers des soins spécialisés pour l'asthme
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints d'asthme qui se sont rendu au moins deux fois à l'urgence ou qui ont été hospitalisés à une ou à plusieurs reprises pour des problèmes d'asthme et qui ont ensuite consulté un médecin spécialiste dans les trois mois qui suivent l'événement déclencheur

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints d'asthme qui se sont rendu au moins deux fois à l'urgence ou qui ont été hospitalisés à une ou à plusieurs reprises pour des problèmes d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont consulté un médecin spécialiste dans les trois mois suivant l'événement déclencheur

- Sources des données : Base de données sur les congés des patients (BDPCP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario

Énoncé de qualité 6 : Suivi après le congé de l'hôpital

Pourcentage d'adultes ayant eu une évaluation de suivi des soins primaires ou dans une clinique d'asthme dans les sept jours suivant une consultation à l'urgence ou une hospitalisation pour exacerbation de l'asthme

- Dénominateur : nombre total d'adultes qui se sont rendues à l'urgence ou ont été hospitalisées pour une exacerbation de l'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont subi une évaluation de suivi des soins primaires ou dans une clinique d'asthme dans les sept jours qui suivent leur congé de l'urgence ou leur hospitalisation
- Sources des données : collecte de données locales, Base de données sur les congés des patients (BDPCP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario

Appendice 2. Glossaire

Adulte : Personne âgée de 16 ans et plus.

Aidant naturel : Non-professionnel qui fournit gratuitement des soins et du soutien à un adulte atteint d'asthme. Il peut s'agir d'un conjoint, d'un membre de la famille, d'un parent, d'un tuteur légal ou de toute personne choisie par la personne atteinte d'asthme.

Médicament de contrôle : Une pompe « de contrôle » ou « préventive » qui empêche les symptômes en réduisant l'enflure des voies respiratoires dans les poumons.

Professionnels de la santé : Professionnels réglementés, comme les infirmières, infirmiers praticiens, ergothérapeutes, pharmaciens, médecins, physiothérapeutes, psychologues, inhalothérapeutes et travailleurs sociaux.

Fournisseurs de soins de santé : Fournisseurs de soins de santé et personnes exerçant des professions non réglementées, comme le personnel administratif, les préposés aux services de soutien comportemental, les préposés aux services de soutien à la personne, les employés des services de loisirs et le personnel qui offre du soutien spirituel.

Médication de secours ou de soulagement : Pompe ou inhalateur de secours qui réduit rapidement les symptômes en ouvrant les voies respiratoires.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario (Qualité) remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Samir Gupta (coprésident)

Pneumologue pour adultes, Hôpital St. Michael Professeur adjoint, Université de Toronto Scientifique auxiliaire, Centre de recherche Keenan, Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael

Dhenuka Radhakrishnan (coprésidente)

Spécialiste des troubles respiratoires infantiles et chercheuse clinique, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; professeure adjointe, Département de pédiatrie, Université d'Ottawa, Scientifique auxiliaire, ICES

Janice Bélanger

Éducatrice respiratoire certifiée, Group Health Centre

Madonna Ferrone

Coordonnatrice, gestionnaire de projet, éducatrice respiratoire certifiée, Asthma Research Group Inc. et Hôtel-Dieu Grace Healthcare

Andrea S. Gershon

Chercheuse principale, Sunnybrook Research Institute et ICES Professeure agrégée, Université de Toronto, Pneumologue, Sunnybrook Health Sciences Centre

Carmela Graziani

Consultante en situation de vécu

Samim Hasham

Pharmacienne clinicienne ; Consultante, Association canadienne pour la santé mentale Peel, cliniques d'accès rapide ; Professeur, Adler College Toronto

Julie Hunter

Infirmière praticienne, Centre de santé Lady Dunn

Alan Kaplan

Médecin de famille, Président, Regroupement canadien des médecins de famille en santé respiratoire, Chargé d'enseignement clinique, Université de Toronto

M. Diane Lougheed (représentante de la Société canadienne de thoracologie)

Professeure de médecine, des sciences de la santé publique et des sciences biomédicales et moléculaires, présidente de la division de pneumologie, Université Queen's, Chercheuse adjointe principale, ICES

Kate Mulligan

Consultante en situation de vécu, Directrice, Politiques et communications, Alliance pour les communautés en santé

Zoe Nugent

Médecin membre du personnel et spécialiste des troubles respiratoires infantiles, Peterborough Regional Health Centre, The Peterborough Clinic

Delanya Podgers

Infirmière praticienne – Asthme et MPOC, Kingston Health Sciences Centre

Jessica Schooley

Coordonnatrice d'établissement offrant le programme d'aide aux fournisseurs de soins primaires pour l'asthme et éducatrice respiratoire certifiée, clinique de l'asthme pédiatrique, Kingston Health Sciences

Ryan Smith

Pédiatre membre du personnel, directeur médical, clinique de l'asthme pédiatrique, Orillia Soldiers' Memorial Hospital

Christina Sperling

Directrice, Respiratory Health Program, L'Association pulmonaire

Itamar Tamari

Médecin de famille, Stonegate Community Health Centre; Directeur médical, Programme d'aide aux fournisseurs de soins primaires pour l'asthme

Teresa To

Professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Chercheuse principale, The Hospital for Sick Children
Directrice, Ontario Asthma Surveillance Information System

Christine Truong

Pharmacienne clinicienne, éducatrice respiratoire certifiée, équipe de santé familiale de North York

Angelina Wiwczor

Infirmière praticienne, éducatrice certifiée spécialisée en asthme, Health Sciences North-NEO Kids, Kids Care Centre

Calvin Young

Consultante en situation de vécu



La [Société canadienne de thoracologie](#) approuve la norme de qualité de Santé Ontario *Asthme : Soins dans la communauté destinés aux personnes âgées de 16 ans et plus*.

Références

1. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention (2019 update) [Internet]. Fontana (WI): The Initiative; 2019 [cited 2019 Nov]. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma. Quality standard [Internet]. London (UK): The Institute; 2013 (2018 update) [cited 2019 Mar]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs25/>
3. Registered Nurses' Association of Ontario. Adult asthma care: promoting control of asthma [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2017 May [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Adult_Asthma_FINAL_WEB.pdf
4. Dykewicz MS. Occupational asthma: current concepts in pathogenesis, diagnosis, and management. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;123(3):519-28; quiz 29-30.
5. Maestrelli P, Boschetto P, Fabbri LM, Mapp CE. Mechanisms of occupational asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;123(3):531-42; quiz 43-4.
6. To T, Stanojevic S, Feldman R, Moineddin R, Atenafu EG, Guan J, et al. Is asthma a vanishing disease? A study to forecast the burden of asthma in 2022. *BMC Public Health.* 2013;13:254.
7. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma prevalence counts [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2019 [cited 2019 May 16]. Available from: <https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/07/prevalence.pdf>
8. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma incidence crude rates (per 1,000 Ontario population) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2019 [cited 2019 Apr 29]. Available from: https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/07/ast_incr_tupto2016.pdf
9. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma prevalence crude rates (per 100 Ontario population) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2019 [cited 2019 Apr 29]. Available from: https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/07/prevrt_upto2016.pdf
10. Lougheed MD, Lemiere C, Dell SD, Ducharme FM, Fitzgerald JM, Leigh R, et al. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum: 2010 consensus summary for children six years of age and over, and adults. *Can Respir J.* 2010;17(1):15-24.
11. Lougheed MD, Lemiere C, Ducharme FM, Liciskai C, Dell SD, Rowe BH, et al. Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Can Respir J.* 2012;19(2):127-64.
12. FitzGerald JM, Lemiere C, Lougheed MD, Ducharme FM, Dell SD, Ramsey C, et al. Recognition and management of severe asthma: a Canadian Thoracic Society position statement. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2017;1(4):199-221.
13. FitzGerald JM, Boulet LP, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: The Reality of Asthma Control (TRAC) study. *Can Respir J.* 2006;13:253-9.
14. The Lung Association. Moving the dial on the diagnosis and treatment of asthma [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2019 Jan [cited 2019 May 13]. Available from: https://www.lung.ca/sites/default/files/MovingtheDial_WhitePaper.pdf
15. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Mortality among the asthma prevalent population, by ICD-10 chapters, from 2000 to 2015 [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2019 [cited 2019 May 28]. Available from: https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/08/mortality_ICD10_2000_2015_complete_pdf-1.pdf

16. To T, Simatovic J, Zhu J, Feldman L, Dell SD, Lougheed MD, et al. Asthma deaths in a large provincial health system. A 10-year population-based study. *Ann Am Thorac Soc*. 2014;11(8):1210-7.
17. Sadatsafavi M, Lynd L, Marra C, Carleton B, Tan WC, Sullivan S, et al. Direct health care costs associated with asthma in British Columbia. *Can Respir J*. 2010;17(2):74-80.
18. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma [Internet]. London (UK): Health-care Improvement Scotland; 2019 Jul [cited 2019 Dec 2]. Available from: <https://www.brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/asthma/>
19. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma-specific emergency department visits [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2019 [cited 2019 May 17]. Available from: https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/07/ast_ed.pdf
20. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma-specific hospitalizations [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2019 [cited 2019 May 17]. Available from: https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/07/ast_cihi.pdf
21. Smetanin P, Stiff D, Briante C, Ahmad S, Wong L, Ler A. Life and economic impact of lung disease in Ontario: 2011 to 2041 [Internet]. Toronto (ON): RiskAnalytica on behalf of the Ontario Lung Association; 2011 [cited 2019 Apr 29]. Available from: <http://lungontario.ca/wp-content/uploads/2017/09/OLA-Final-Report-June-281.pdf>
22. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management [Internet]. London (UK): The Institute; 2017 Nov [cited 2019 Jan 21]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/evidence>
23. Coates AL, Wanger J, Cockcroft DW, Culver BH, Diamant Z, Gauvreau G, et al. ERS technical standard on bronchial challenge testing: general considerations and performance of methacholine challenge tests. *Eur Respir J*. 2017;49(5).
24. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma indicators for all of Ontario, 1996-2016 [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2018 [cited 2019 May 15]. Available from: <https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/08/ONTARIO.pdf>
25. Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemiere C, et al. Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. *JAMA*. 2017;317(3):269-79.
26. Lougheed MD, Minard J, Dworkin S, Juurlink MA, Temple WJ, To T, et al. Pan-Canadian Respiratory Standards Initiative for Electronic Health Records (PRESTINE): 2011 national forum proceedings. *Can Respir J*. 2012;19(2):117-26.
27. Hull SA, McKibben S, Homer K, Taylor SJ, Pike K, Griffiths C. Asthma prescribing, ethnicity and risk of hospital admission: an analysis of 35,864 linked primary and secondary care records in East London. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016;26:16049.
28. Stanford RH, Shah MB, D'Souza AO, Dhamane AD, Schatz M. Short-acting beta-agonist use and its ability to predict future asthma-related outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012;109(6):403-7.
29. Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, Grad RM, Watson WTA, Yang CL, et al. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position paper. *Can Respir J*. 2015;22(3):135-43.
30. Price C, Agarwal G, Chan D, Goel S, Kaplan AG, Boulet LP, et al. Large care gaps in primary care management of asthma: a longitudinal practice audit. *BMJ Open*. 2019;9(e022506):1-10.

31. Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, Barnes PJ, Zhong N, Keen C, et al. As-needed budesonide–formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018;378(20):1877-87.
32. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, Barnes PJ, Zhong N, Keen C, et al. Inhaled combined budesonide–formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018;378(20):1865-76.
33. Global Initiative for Asthma. Pocket guide for asthma management and prevention (for adults and children older than 5 years) [Internet]. Fontana (WI): The Initiative; 2019 [cited 2019 Jun 4]. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/04/GINA-2019-main-Pocket-Guide-wms.pdf>
34. Beasley R, Holliday M, Reddel HK, Braithwaite I, Ebmeier S, Hancox RJ, et al. Controlled trial of budesonide–formoterol as needed for mild asthma. *N Engl J Med*. 2019;380(21):2020-30.
35. Reddel HK, Busse WW, Pedersen S, Tan WC, Chen YZ, Jorup C, et al. Should recommendations about starting inhaled corticosteroid treatment for mild asthma be based on symptom frequency: a post-hoc efficacy analysis of the START study. *Lancet*. 2017;389(10065):157-66.
36. FitzGerald JM, Boulet L-P, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: The Reality of Asthma Control (TRAC) study. *Can Respir J*. 2006;13(5):253-9
37. Burgess S, Sly P, Devadason S. Adherence with preventive medication in childhood asthma. *Pulm Med*. 2011;2011:973849.
38. Tsuyuki RT, Sin DD, Sharpe HM, Cowie RL, Nilsson C, Man SF. Management of asthma among community-based primary care physicians. *J Asthma*. 2005;42(3):163-7.
39. Liddy C, Nawar N, Moroz I, McRae S, Russell C, Mihan A, et al. Understanding patient referral wait times for specialty care in Ontario: a retrospective chart audit. *Healthcare Policy*. 2018;13(3):59-69.
40. Naylor M, Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs*. 2008;108 Suppl 9:58-63.
41. Health Quality Ontario. Effect of early follow-up after hospital discharge on outcomes in patients with heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2017 May;17(8):1-37. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series>.
42. Lougheed MD, Garvey N, Chapman KR, Cicutto L, Dales R, Day AG, et al. The Ontario Asthma Regional Variation Study: emergency department visit rates and the relation to hospitalization rates. *Chest*. 2006;129(4):909-17.

À propos de nous

Une fois pleinement établie, notre but sera de permettre la prestation de soins et de services de santé de grande qualité pour tous les Ontariens, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, tout en leur offrant la meilleure expérience possible à chaque étape du parcours.

Pour plus d'informations, visitez : ontariohealth.ca/fr/notre-equipe

Besoins de renseignements supplémentaires?

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

Santé Ontario (Qualité)

130 rue Bloor Ouest, 10e étage

Toronto, Ontario

M5S 1N5

Tél. : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Télécopieur : 416-323-9261

Courriel : qualitystandards@hqontario.ca

Site Web : hqontario.ca

