

**Normes
de qualité**

Asthme

Soins dans la communauté destinés aux personnes âgées de moins de 16 ans



**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 moins de 16 ans** 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 16 ans et plus](#).

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 enfants et les adolescents atteints d'asthme.

Énoncé de qualité 1 : Diagnostic

Les enfants de 6 ans et plus et les adolescents 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. Les enfants âgés de 1 à 5 ans sont diagnostiqués comme étant atteints d'asthme une fois que les signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air, de réversibilité des symptômes avec les médicaments contre l'asthme et d'absence de soupçon clinique d'un autre diagnostic ont été documentés.

Énoncé de qualité 2 : Contrôle de l'asthme

Les enfants et les adolescents 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 enfants et les adolescents atteints d'asthme reçoivent des médicaments et des dispositifs appropriés en fonction de leur âge et de leur niveau actuel de contrôle de l'asthme, y compris le début précoce d'un traitement régulier avec anti-inflammatoire inhalé.

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

Les enfants et les adolescents 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 pédiatrique

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme ayant une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique.

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

Les enfants et les adolescents 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	8
Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre	9
Manière de mesurer le succès global	9
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails	11
Énoncé de qualité 1 : Diagnostic	12
Énoncé de qualité 2 : Contrôle de l'asthme	20
Énoncé de qualité 3 : Médicaments contre l'asthme	26
Énoncé de qualité 4 : Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme	33
Énoncé de qualité 5 : Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique	38
Énoncé de qualité 6 : Suivi après le congé de l'hôpital	42
Appendices	47
Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration	48
Appendice 2. Glossaire	57
Remerciements	58
Références	60
À propos de nous	63

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 moins de 16 ans et met l'accent sur les soins primaires et les établissements communautaires. Elle porte sur l'orientation vers des soins spécialisés pour les enfants et les adolescents qui ont des indications caractéristiques 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.

Le [Clinical Handbook for Paediatric Asthma](#) du Provincial Council for Maternal and Child Health et du ministère de la Santé de l'Ontario traite des épisodes de soins pour certains types de maladies ou d'actes médicaux pour les patients à l'urgence et une fois hospitalisés¹.

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

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)^{2,3}. 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^{4,5}.

L'asthme est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les enfants au Canada puisqu'environ 15 % des enfants et des adolescents (jusqu'à l'âge de 19 ans) étaient atteints de cette maladie en 2013/14⁶. En Ontario, on estime qu'une personne sur quatre âgée de moins de 19 ans était atteinte d'asthme en 2015⁷ et que la moitié des nouveaux cas d'asthme sont découverts chez des personnes âgées de moins de 15 ans⁸. 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 2016/17. 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 1996/1996 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 Wellington⁹.

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 général^{16,17}).

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 contrôlé¹⁸. Elle est également particulièrement élevée dans l'année précédant les décès liés à l'asthme^{2,19}. Au Canada, l'asthme est la cause la plus fréquente d'hospitalisation d'enfants et, d'après le nombre d'absences scolaires, de consultations à l'urgence et d'hospitalisations, c'est l'une des principales causes de morbidité due aux maladies chroniques chez les enfants et les adolescents.^{2,20} L'âge est également un facteur important. Ainsi, en Ontario, les taux d'hospitalisation liés à l'asthme, de consultations à l'urgence et de demandes de remboursement au titre du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (RAMO) sont beaucoup plus élevés chez les très jeunes enfants (moins de 5 ans) et les jeunes enfants (5 à 9 ans) que chez les enfants plus âgés et les adolescents²¹. On a dénombré 14 015 consultations à l'urgence spécifiquement pour l'asthme et 4 215 hospitalisations spécifiques à l'asthme en Ontario en 2016/17 chez les personnes âgées de 19 ans et moins.²¹

L'asthme est également associé à des coûts indirects importants pour la société, comme l'absentéisme à l'école et au travail⁵. Les personnes atteintes d'asthme ont souvent une qualité de vie inférieure à celle de la population générale, ce qui explique la plus faible productivité au travail des aidants naturels des enfants atteints d'asthme⁶. 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 2011⁸.

Ces données mettent en évidence les possibilités d'améliorer la gestion de l'asthme. Par exemple, les taux d'hospitalisation plus élevés chez les plus jeunes enfants (moins de 5 ans) sont liés aux difficultés de diagnostic et de traitement de l'asthme dans cette tranche d'âge^{6,22}. Mais ces hospitalisations sont vues comme étant largement évitables grâce à l'amélioration du diagnostic et de la gestion de l'asthme dans les établissements de soins primaires et 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 enfants et aux adolescents atteints d'asthme et à leurs aidants naturels 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 enfants et les adolescents à mieux contrôler leur maladie, ce qui leur permettra de prévoir 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 enfants et les adolescents 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 les enfants et les adolescents, 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 enfants et les adolescents 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 les enfants et les adolescents, 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 enfants et aux adolescents 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'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans atteints d'asthme incident dont le diagnostic est confirmé par des tests de la fonction pulmonaire
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans atteints d'asthme ayant subi un test de la fonction pulmonaire au cours des douze derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui sont allés à l'urgence pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui ont été hospitalisés 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 de jeunes enfants âgés de 1 à 5 ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme dont le diagnostic d'asthme est confirmé par la réversibilité documentée des signes ou des symptômes avec des médicaments
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement (quotidien) régulier avec anti-inflammatoire inhalé
- Nombre moyen de jours sans symptômes d'asthme pendant les quatre dernières semaines chez les enfants et les adolescents 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 enfants de 6 ans et plus et les adolescents 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. Les enfants âgés de 1 à 5 ans sont diagnostiqués comme étant atteints d'asthme une fois que les signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air, de réversibilité des symptômes avec les médicaments contre l'asthme et d'absence de soupçon clinique d'un autre diagnostic ont été documentés.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019⁹ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁰ 2015²³ | Global Initiative for Asthma, 2019² | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²⁴ | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004⁴

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 (voir les définitions ci-dessous). La présence d'autres affections atopiques (par exemple, eczéma, allergie alimentaire, rhinite allergique) chez l'enfant ou chez les autres membres de la famille doit également être évaluée lorsque l'asthme est soupçonné.

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.

1

Diagnostic

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 $< 0,80$ à $0,90$) indique une obstruction du débit d'air. Une augmentation de la VEM1 d'au moins 12 % 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 respiratoires. Les tests de provocation, également appelés tests de provocation bronchique, comme le test de provocation à la méthacholine. 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 respiratoires²⁵;
- 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 chez les enfants et les adolescents de plus de 12 ans.

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 apparaissent²⁴.

1

Diagnostic

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 adolescent ayant reçu un diagnostic d'asthme dans son enfance sans mesures objectives.

Signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air : Inclut l'essoufflement, la pression à la poitrine, la respiration sifflante ou 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.

Les symptômes respiratoires caractéristiques de l'asthme vont souvent^{2,26} :

- 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);
- Se produire fréquemment (≥ 2 jours/semaine ou ≥ 8 jours/mois);
- Être causés par des allergènes (par exemple, acariens, squames d'animaux, blattes, pollen, moisissures), des irritants (par exemple, infections, fumée, produits chimiques, exercice, températures extrêmes, orages) ou d'autres déclencheurs (par exemple, rhinite, sinusite, reflux gastro-œsophagien, réactions aux aliments et aux médicaments, rire, changements hormonaux pendant l'adolescence).

Réversibilité des symptômes avec les médicaments contre l'asthme: Le diagnostic de l'asthme chez les enfants et les adolescents est mieux étayé par la preuve de la réversibilité de l'obstruction du débit d'air obtenue en utilisant la spirométrie pré- et post-bronchodilatation chez ceux qui peuvent exécuter le test. Les enfants âgés de 1 à 5 ans ne peuvent souvent pas subir de

1

Diagnostic

spirométrie et, dans cette tranche d'âge, la réversibilité des symptômes peut être directement observée et documentée par un médecin ou un autre professionnel de santé qualifié. Un diagnostic clinique d'asthme peut être confirmé à la suite d'une amélioration de l'état découlant de la prise de médicaments contre l'asthme, sans doute clinique d'autre diagnostic (voir la définition ci-dessous). La réversibilité des symptômes peut être remarquée chez les enfants qui présentent des épisodes récurrents (≥ 2) d'aggravation des symptômes avec signes semblables à ceux de l'asthme, déterminés en fonction des éléments suivants :

- **Respiration sifflante lors de l'examen** : L'observation directe d'une amélioration de l'état de l'enfant après l'utilisation d'un bronchodilatateur inhalé (avec ou sans corticostéroïdes oraux) constitue la méthode préférée pour confirmer le diagnostic.
- **Aucune respiration sifflante lors de l'examen, avec des symptômes fréquents ou une aggravation modérée ou sévère** : Penser à un essai de médicament d'une durée de trois mois avec une dose moyenne de CSI prise chaque jour et, au besoin, un β_2 -agoniste à courte durée d'action (BACA). L'autre méthode utilisée pour confirmer le diagnostic comporte l'amélioration évidente et constante de la fréquence et de la gravité des symptômes ou des exacerbations.
- **Aucune respiration sifflante lors de l'examen, avec des symptômes peu fréquents et de légères exacerbation** : Surveiller et réévaluer l'état lorsque la personne sera symptomatique. Une autre solution consiste à donner un essai de médication avec BACA selon les besoins et à utiliser un rapport convaincant des parents indiquant une réaction rapide et répétée au BACA comme méthode de diagnostic moins fiable.

Autre diagnostic : Comprend, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Anomalies des voies aériennes (par exemple, trachéomalacie, bronchomalacie);
- Maladies cardiaques congénitales (par exemple, cardiopathies congénitales);
- Affections caractérisées par des difficultés respiratoires (par exemple, essoufflement, hyperventilation, anxiété, essoufflement à l'effort en raison d'une mauvaise condition cardiopulmonaire);
- Affections pulmonaires congénitales (par exemple, fibrose kystique, dyskinésie ciliaire primitive [DCPI]);

1

Diagnostic

- Troubles digestifs (par exemple, reflux gastro-œsophagien, maladie gastro-intestinale éosinophilique);
- Infections (par exemple, pneumonie bactérienne, coqueluche, tuberculose, dysfonction immunitaire);
- Maladie pulmonaire obstructive chronique sévère (par exemple, bronchectasie);
- Infections des voies aériennes supérieures (par exemple, rhumes et toux récurrents, rhinovirus);
- Dysfonction des cordes vocales (par exemple, fonction paroxystique des cordes vocales).

Un autre diagnostic et l'orientation vers un spécialiste (voir l'Énoncé de qualité 5) doivent être envisagés pour les enfants et les adolescents qui présentent des symptômes évocateurs de l'asthme, mais dont la spirométrie est normale ou qui sont incapables d'effectuer des tests de la fonction pulmonaire.

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'asthme²⁷. La majorité des enfants de 6 ans et plus peuvent exécuter une spirométrie (le test de fonction pulmonaire préféré pour diagnostiquer l'asthme). Tout doit être mis en œuvre pour confirmer le diagnostic d'asthme par des tests de la fonction pulmonaire, en particulier si des changements dans l'état de l'enfant suggèrent qu'il pourrait être en mesure d'exécuter des tests.

L'asthme est souvent diagnostiqué en fonction des symptômes et des antécédents, sans spirométrie ni autre test de la fonction pulmonaire^{14,16}. Il existe un risque de mauvais diagnostic lorsque l'obstruction réversible du débit d'air n'est pas confirmée par un test de la fonction pulmonaire^{14,16}. L'asthme est souvent mal diagnostiqué chez les adolescents qui présentent des symptômes liés à l'exercice physique qui peuvent être causés par d'autres maladies associées à des difficultés

1

Diagnostic

respiratoires ou à la toux²⁶. Les enfants et les adolescents dont le diagnostic d'asthme n'est pas étayé par un test de la fonction pulmonaire sont moins susceptibles de recevoir un médicament approprié et pourront donc être plus exposés à une exacerbation de l'asthme si celui-ci n'est pas traité correctement³.

Chez les enfants de 1 à 5 ans qui présentent des symptômes récurrents de type asthmatique ou des exacerbations, même si ceux-ci sont déclenchés par des infections virales, le diagnostic de l'asthme doit être envisagé²³. Chez ces enfants, il peut être difficile de diagnostiquer l'asthme, car ils sont souvent incapables d'exécuter le test de la fonction pulmonaire et parce que les symptômes respiratoires épisodiques (c'est-à-dire respiration sifflante et toux) liés à d'autres maladies respiratoires sont fréquents dans cette tranche d'âge^{6,26}. Le diagnostic de l'asthme chez les enfants de ce groupe d'âge doit être établi en fonction des signes ou des symptômes d'obstruction des voies respiratoires observés et documentés et d'une réponse clinique cohérente aux médicaments contre l'asthme suggérant une réversibilité de l'obstruction des voies respiratoires, en l'absence de doute clinique d'un autre diagnostic^{3,23}.

1

Diagnostic

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les aidants naturels des enfants et des adolescents soupçonnés d'être atteints d'asthme

Si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus et qu'il est essoufflé, a une sensation de serrement à la poitrine ou une respiration sifflante ou qu'il tousse, le professionnel de la santé doit s'assurer que votre enfant a subi un test de la fonction pulmonaire avant d'établir un diagnostic d'asthme. Comme il se peut que vous deviez attendre un certain temps pour ces tests, votre enfant pourra peut-être devoir commencer à prendre des médicaments immédiatement pour l'aider à respirer. Une fois que les résultats de votre enfant sont disponibles, le médecin de famille de votre enfant ou l'infirmier praticien les examinera avec vous.

Si votre enfant a moins de 6 ans, il se peut qu'il ne soit pas en mesure de faire les tests de fonction pulmonaire. Pour savoir si votre enfant est atteint d'asthme, le professionnel de la santé qui s'occupe de votre enfant fera ce qui suit :

- Vérifier sa respiration et ses symptômes;
- Prescrire un médicament contre l'asthme pour voir si cela aide votre enfant;
- Vérifier si ses symptômes sont dus à autre chose que l'asthme.

Pour les cliniciens

Administrer ou demander une spirométrie pour les enfants et les adolescents de 6 ans et plus qui sont soupçonnés cliniquement d'être atteint d'asthme afin de confirmer un tel diagnostic. En

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

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans 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
- Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 5 ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme dont le diagnostic d'asthme est confirmé par la réversibilité documentée des signes ou des symptômes de l'obstruction du débit d'air et la réversibilité de ces signes ou symptômes avec des médicaments pour l'asthme
- 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

raison de la faible sensibilité de la spirométrie dans le diagnostic de l'asthme, il faut envisager la nécessité d'effectuer des tests supplémentaires de la fonction pulmonaire tels que le test de provocation à la méthacholine si la spirométrie n'est pas concluante. 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 doivent être examinés avec les patients et leurs aidants naturels. 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^{19,24}.

En général, les enfants de moins de 6 ans ne sont pas en mesure d'effectuer un test de fonction pulmonaire précis.⁴ Pour confirmer un diagnostic d'asthme chez des enfants de 1 à 5 ans qui ne peuvent pas exécuter de spirométrie et pour lesquels vous n'avez aucun soupçon clinique d'un autre diagnostic, il faut observer et documenter les signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air (c'est-à-dire essoufflement, pression à la poitrine, respiration sifflante ou toux) et les améliorations qu'apportent les médicaments contre l'asthme pendant deux ou plusieurs épisodes d'aggravation des symptômes avec signes semblables à ceux de l'asthme.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les tests de fonction pulmonaire soient disponibles et accessibles localement pour les enfants et les adolescents de 6 à 16 ans. 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 pulmonaire²⁴ et puissent demander les tests appropriés pour les enfants et les adolescents soupçonnés cliniquement d'être atteints 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.^{5,19} S'assurer que les médecins de premier recours et les infirmiers praticiens aient les connaissances et les compétences nécessaires pour diagnostiquer cliniquement l'asthme chez les enfants de 1 à 5 ans.

Contrôle de l'asthme

Les enfants et les adolescents 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, 2019⁹ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁰ 2015,²³ 2017²² | Global Initiative for Asthma, 2019² | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²⁴ | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004⁴

Définitions

Évaluation structurée pour déterminer le niveau de contrôle de l'asthme : Les paramètres de contrôle de l'asthme chez les enfants et les adolescents comprennent des mesures des symptômes et de la fonction pulmonaire.

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 Asthma Quiz for Kidz²⁸, le Test de contrôle de l'asthme [ACT]², le Asthma Control Questionnaire [ACQ])²⁹ afin d'évaluer les critères²³ suivants :

- Symptômes diurnes (objectif : < 4 jours/semaine pour les enfants de 6 ans et plus; < 2 jours/semaine pour les enfants de moins de 6 ans);
- Symptômes nocturnes (objectif : < 1 nuit/semaine);
- Fréquence du besoin de médicaments de sauvetage ou de secours (objectif : < 4 doses/semaine pour les enfants de 6 ans et plus; < 2 doses/semaine pour les enfants de moins de 6 ans);
- 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 constatées³⁰.

Fonction pulmonaire

Pour les enfants de 6 ans et plus, 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'exacerbation². Il est très courant d'observer une fonction pulmonaire normale chez les enfants entre deux exacerbations. Ceux qui ont un bon contrôle des symptômes avec une fonction pulmonaire anormale persistante doivent être orientés vers des soins pédiatriques spécialisés dans l'asthme³¹. Les mesures suivantes de la fonction pulmonaire doivent être évaluées :

- VEM1 (objectif ≥ 90 % du meilleur résultat personnel);
- Si la spirométrie ne peut être utilisée, la variation dans la mesure du débit maximal expiratoire (DME) diurne peut être utilisée pour les enfants et les adolescents de 12 ans et plus (objectif : < 10 % à 15 %)¹⁰.

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 à 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)^{32,33}; (5) Avant la période pendant laquelle l'asthme du patient serait la plus symptomatique (c'est-à-dire alors qu'il serait susceptible d'être le plus exposé à des infections virales et à des allergènes) ou pendant cette période; et (6) 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 :

- 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 (par exemple, rhumes, fumée de cigarette, vapeurs de cigarettes électroniques, cannabis inhalé, parfums/senteurs, produits chimiques);
- Des comorbidités symptomatiques (par exemple, rhinite, rhinosinusite chronique, reflux gastro-œsophagien, obésité, apnée obstructive du sommeil, dépression, anxiété)^{2,12};
- 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^{10,19,23}. L'évaluation du contrôle est une lacune importante dans la prise en charge des personnes atteintes d'asthme. Un audit longitudinal de la pratique des soins primaires en Ontario en 2012 et 2013 a révélé que seulement 15 % des patients (âgés de 16 ans ou plus) avaient subi une évaluation afin de déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme au moins une fois pendant la période de l'audit³⁴. 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 questions n'ont été posées que dans 1,5 % (n = 4) de ces consultations³⁴.

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 atteintes d'asthme (6 ans et plus) 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 2016/17²⁷.

En plus des taux élevés de soins à l'urgence et d'hospitalisations, l'asthme non contrôlé chez les enfants est également associé à une réduction de la santé cardiovasculaire, à des absences à l'école et à une moins bonne qualité de vie en raison de l'état de santé⁶. Bon nombre de raisons d'un contrôle insuffisant peuvent être corrigées puisque 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 comorbidités.¹² Ces raisons, et d'autres, peuvent être déterminées et réglées afin d'aider les enfants et les adolescents à contrôler et à gérer leur asthme. Les enfants et les adolescents considérés comme susceptibles d'être atteints d'asthme non contrôlé doivent également faire l'objet d'une évaluation précise de la gravité de leurs symptômes, suivie d'une orientation appropriée (par exemple, vers des soins d'urgence, un rendez-vous de suivi ou des soins spécialisés pour l'asthme, y compris des tests d'allergie (voir l'Énoncé de qualité 5))^{4,23}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les aidants naturels des enfants et des adolescents atteints d'asthme

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

- Les symptômes d'asthme de votre enfant et ce qui les aggrave;
- L'utilisation des médicaments de votre enfant;
- Toute autre chose qui pourrait affecter la façon dont votre enfant se sent.

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

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

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans atteints d'asthme ayant subi une exploration fonctionnelle respiratoire 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.

2

Contrôle de l'asthme

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.

L'asthme peut apparaître pour la première fois à l'adolescence (généralement au début des menstruations), ou s'aggraver ou s'améliorer, au milieu des changements physiques, émotionnels, cognitifs et sociaux rapides qui se produisent pendant cette période. Par conséquent, une surveillance étroite est nécessaire afin que le dosage des médicaments puisse être modifié pour conserver le contrôle de l'asthme au dosage efficace le plus bas possible²⁶.

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 enfants et les adolescents atteints d'asthme reçoivent des médicaments et des dispositifs appropriés en fonction de leur âge et de leur niveau actuel de contrôle de l'asthme, y compris le début précoce d'un traitement régulier avec anti-inflammatoire inhalé.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁹ | Société canadienne de thoracologie, 2012,¹¹ 2015,²³ 2017²² | Global Initiative for Asthma, 2019² | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²⁴

Définitions

Médicaments et appareils appropriés : Tous les enfants et adolescents dont le diagnostic d'asthme est confirmé doivent se voir offrir des médicaments adaptés à leur niveau actuel de contrôle de l'asthme 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 enfants doivent passer à une aérochambre avec embout buccal dès que leur niveau de développement le leur permet (par exemple, à partir de 4 ans)⁴. La technique d'utilisation de l'inhalateur doit être évaluée (par exemple, en utilisant l'outil d'évaluation des dispositifs d'inhalation (IDAT))³⁵ pour identifier les besoins changeants au fur et à mesure que les enfants et les adolescents grandissent et se développent⁴.

Les doses de médicaments que prennent les enfants et les adolescents 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'élimination de l'exposition à la fumée du tabac et du cannabis, la prévention ou l'abandon du tabac et l'évitement des allergènes ou 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), une mauvaise technique d'utilisation de l'inhalateur, une dépendance excessive au médicament de secours ou de soulagement avec une utilisation inadéquate ou intermittente des médicaments de contrôle.

3

Médicaments contre l'asthme

L'utilisation intermittente de stéroïdes inhalés à faible dose ou à dose moyenne uniquement lors d'exacerbations déclenchées par un virus chez les enfants et les adolescents n'est pas recommandée en raison du manque de preuves que cette stratégie soit la meilleure méthode pour maintenir le contrôle de l'asthme²³. Si l'asthme reste incontrôlé après le passage aux corticostéroïdes inhalés (CSI) à dose moyenne (quotidienne) pour les enfants de 1 à 11 ans, ou CSI/ β 2-agoniste à longue durée d'action (BALD) à dose moyenne régulier ou à longue durée d'action ou un à CSI ou à un antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARL) pour les adolescents de 12 ans et plus, il faudra penser à consulter un spécialiste pour l'asthme pédiatrique ou à orienter le patient vers un tel spécialiste²³.

Une fois que l'enfant ou l'adolescent atteint d'asthme a réussi à contrôler sa maladie en prenant quotidiennement son médicament de contrôle pendant au moins trois 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.

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

Enfants âgés de 1 à 5 ans

- **Étape 1:** Les enfants qui ont des symptômes légers et peu fréquents (< 8 jours/mois) et aucune exacerbation ou de légères exacerbations (c'est-à-dire qui n'ont pas à utiliser de corticostéroïdes oraux de secours, n'ont pas besoin de se rendre à l'urgence ou d'être hospitalisés et dont les exacerbations ne durent ni quelques heures ni quelques jours) devraient se voir offrir un médicament de soulagement, au besoin, sous forme de β 2-agoniste à courte durée d'action (BACA).²³
- **Étape 2:** Les enfants qui ont des symptômes persistants (\geq 8 jours/mois) ou des exacerbations modérées à graves (c'est-à-dire une aggravation des symptômes lorsqu'ils prennent un BACA seulement qui exige la prise de corticostéroïdes oraux doivent se rendre à l'urgence ou être hospitalisés) doivent se voir offrir un anti-inflammatoire en inhalation régulier (quotidien) sous forme de CSI à faible dose avec un BACA de soulagement au besoin²³
- **Étape 3:** Si l'enfant n'obtient pas une réponse appropriée avec un CSI quotidien à faible dose, il devrait se voir offrir un CSI à dose moyenne avec un BACA de soulagement au besoin. Une orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique devra être envisagée si la réponse reste insuffisante

3

Médicaments contre l'asthme

Enfants âgés 6 à 11 ans

- **Étape 1:** Les enfants 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 de β 2-agoniste à courte durée d'action (BACA)¹²
- **Étape 2:** Les enfants qui présentent des symptômes deux fois par semaine ou plus pendant la journée ou qui répondent à d'autres critères pour l'asthme non contrôlé doivent se voir offrir un anti-inflammatoire régulier (quotidien) inhalé sous forme de CSI à faible dose avec BACA de soulagement au besoin¹². 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 2 moins efficace³⁶.
- **Étape 3:** Les enfants dont l'asthme n'est pas contrôlé et qui prennent déjà un traitement anti-inflammatoire inhalé au quotidien sous forme de CSI à faible dose devraient se voir offrir un CSI quotidien à dose moyenne avec un BACA de soulagement au besoin¹². Une orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique devra être envisagée si la réponse reste insuffisante.
- **Étape 4:** Si l'enfant n'obtient pas une réponse suffisante avec un CSI quotidien à dose moyenne, il devrait se voir offrir une des deux options suivantes dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'asthme pédiatrique (ou en consultation avec un tel établissement) : (1) passer à un traitement quotidien combiné avec anti-inflammatoires inhalés et médicaments de secours à longue durée d'action sous forme de CSI et de BALD à dose moyenne; ou (2) continuer à prendre un CSI à dose moyenne et ajouter un anti-inflammatoire oral quotidien sous forme de ARL.

Adolescents de 12 ans et plus

- **Étape 1:** Les adolescents 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 1³⁷⁻⁴⁰.
- **Étape 2:** Les adolescents 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 régulier (quotidien) inhalé sous forme de CSI à faible dose avec un médicament de soulagement BACA au besoin^{12,19,24,41}. L'utilisation, si nécessaire, d'un anti-inflammatoire inhalé et

3

Médicaments contre l'asthme

d'un médicament de secours à courte ou à longue durée d'action sous forme de corticostéroïde inhalé à faible dose (CSI)-formotérol peut être un traitement alternatif de l'étape 2.³⁷⁻⁴⁰ 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 adolescents 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/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 adolescents 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.
- **Étape 5:** Les adolescents 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)¹².

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 enfants et adolescents, y compris les jeunes enfants, soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme, mais dont la maladie n'a pas encore été confirmée par un 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 fonction pulmonaire devrait tout de même être effectué le plus rapidement possible, quel que soit le résultat de cet essai (voir l'Énoncé de qualité 1)¹¹.

Contrôle de l'asthme : Les paramètres comprennent la mesure des symptômes et de la fonction pulmonaire, comme ils sont décrits 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.

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)². Par conséquent, les discussions à propos des médicaments et des appareils entre la personne atteinte d'asthme, ses aidants naturels 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 et de ses aidants naturels, 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 médicaments². Des facteurs dont l'importance varie au fur et à mesure que les enfants grandissent peuvent influencer sur les types de médicament et d'inhalateur prescrits. Ces facteurs comprennent la commodité, le prix, la facilité d'utilisation de l'appareil, la portabilité, la stigmatisation de l'asthme, l'influence des pairs et la préférence personnelle ou culturelle pour un appareil spécifique. Les adolescents courent un risque particulièrement élevé de mal contrôler leur asthme s'ils ont du mal à accepter la nécessité de prendre des médicaments de contrôle⁴.

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 anti-inflammatoire 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 médicaments offerts aux adultes atteints d'asthme³⁴. Il est probable que des lacunes similaires existent dans la prise en charge des enfants et des adolescents atteints d'asthme.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les aidants naturels des enfants et des adolescents atteints d'asthme

La plupart des personnes atteintes d'asthme peuvent vivre sans symptômes si elles utilisent régulièrement leur inhalateur de contrôle et évitent autant que possible les déclencheurs. Le professionnel de la santé qui s'occupe de votre enfant devrait travailler avec vous et votre enfant pour décider quels médicaments et appareils pour l'asthme seraient les plus efficaces pour lui. Pendant cette discussion, il devrait :

- Expliquer à votre enfant à quel moment il doit utiliser son inhalateur et lui montrer comment s'en servir;
- Demander à votre enfant de lui montrer comment il utilise ses inhalateurs pour s'assurer que vous et votre enfant avez confiance lorsque l'enfant les utilise.

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

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

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement (quotidien) régulier avec anti-inflammatoire inhalé
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents dont l'asthme n'est pas contrôlé et pour qui toutes les raisons de leur mauvais contrôle ont déjà été abordées
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents 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

Votre enfant doit toujours avoir son inhalateur de secours avec lui. Parlez à ses enseignants, aux autres éducateurs à l'école ou au personnel de l'école ou du service de garde de l'asthme de votre enfant et des médicaments dont il a besoin.

Pour les cliniciens

Prescrire des médicaments selon le niveau de contrôle de l'asthme de la personne et prescrire une aérochambre si des médicaments doivent être administrés à l'aide d'un aérosol-doseur. 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)¹². Commencer par un CSI à faible dose comme médicament de contrôle régulier pour les enfants et d'adolescents âgés de 1 à 16 ans 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 contrôlé¹². Pour les enfants de 12 ans et plus, un corticostéroïde-formotérol inhalé, à prendre au besoin, peut être prescrit comme traitement de rechange pour les mêmes indications.

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 lorsqu'un aérosol-doseur est prescrit et demander aux gens de montrer comment ils utilisent leur inhalateur pour s'assurer qu'ils utilisent une technique appropriée. (Cette technique 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 aidants naturels des enfants et des adolescents atteints d'asthme puissent avoir accès aux médicaments et aux appareils les plus appropriés pour l'enfant et avoir les moyens d'y accéder.

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

Les enfants et les adolescents 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, 2019¹⁹ | Société canadienne de thoracologie, 2010,¹⁰ 2015²³ | Global Initiative for Asthma, 2019² | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²⁴ | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004⁴

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 suivantes⁵ :

- 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)^{2,12};

4

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

- L'éducation des enfants plus âgés et des adolescents afin qu'ils prennent en charge de manière autonome tous les soins possibles, selon leur âge, et le soutien offert aux aidants naturels pour qu'ils transmettent progressivement la responsabilité de la prise en charge à l'enfant;
- L'utilisation de débitmètres pour débit de pointe lorsque cela est indiqué pour les enfants de 12 ans et plus.

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.

4

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

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 pédiatres, des 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^{11,13,42}. 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^{13,43}. 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. Lors d'un examen des dossiers de soins primaires en Alberta, seuls 2 % des patients avaient un plan d'action pour l'asthme⁴⁴.

Les enfants plus âgés et les adolescents atteints d'asthme doivent être préparés, éduqués et responsabilisés par les professionnels de la santé afin qu'ils puissent s'occuper eux-mêmes des soins associés à leur asthme et les aidants naturels doivent obtenir du soutien afin de pouvoir transférer progressivement cette responsabilité à leur enfant.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les aidants naturels des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Le professionnel de la santé qui s'occupe de votre enfant devrait vous aider, vous et votre enfant, à lui apprendre à gérer son asthme. Il doit travailler avec vous et votre enfant pour créer un plan d'action pour l'asthme. Ce plan décrit :

- Les médicaments de votre enfant et la façon de les prendre;
- Ce que votre enfant peut faire chaque jour pour rester en santé;
- Ce que votre enfant doit si ses symptômes s'aggravent.

Vous pouvez partager une copie du plan d'action pour l'asthme de votre enfant avec tout autre professionnel de santé et son école ou sa garderie.

Pour les cliniciens

Au moment de prescrire des médicaments, donner de la formation sur l'autogestion de l'asthme aux enfants et aux adolescents 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

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

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui ont reçu un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents 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

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).

Lorsque vous donnez les médicaments à des enfants et des adolescents atteints d'asthme, assurez-vous qu'ils sont conformes au plan d'action pour l'asthme et examinez ce plan avec eux ou avec leurs aidants naturels.

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 enfants et les adolescents atteints d'asthme et leurs aidants naturels. Veiller à ce que les enfants et les adolescents 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 pédiatrique

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme ayant une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique.

Sources: British Thoracic Society et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹⁹ | Canadian Thoracic Society, 2010,¹⁰ 2015²³

Définitions

Indications appropriées : Une orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique peut être envisagée pour l'une des raisons 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);
- Résultats anormaux persistants après les tests de la fonction pulmonaire malgré un bon contrôle des symptômes;
- Comorbidité soupçonnée ou autre diagnostic nécessitant des soins spécialisés;
- Absence de réaction à une augmentation de la médication de contrôle (par exemple, symptômes fréquents [≥ 8 jours/mois] malgré une dose moyenne quotidienne de corticostéroïde inhalé [de 200 à 250 µg pour les enfants de 1 à 5 ans, de 201 à 400 µg pour les enfants de 6 à 11 ans ou de 251 à 500 µg pour les enfants et les adolescents de 12 ans et plus] avec une technique d'inhalation correcte et une bonne observance du traitement)^{2,12,23};
- Exacerbations répétées (> 1) nécessitant des corticostéroïdes oraux, des soins à l'urgence ou une hospitalisation;
- Doute à propos d'un asthme sévère ou détection de celui-ci (c'est-à-dire avec des symptômes nécessitant un traitement avec CSI à dose élevée [> 400 µg/jour pour les enfants de 6 à 11 ans ou > 500 µg/jour pour les enfants de 12 ans et plus] et utilisation d'un deuxième médicament

5

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique

de contrôle pendant l'année précédente ou le besoin de prendre un corticostéroïde oral d'entretien au quotidien);

- Événement mettant la vie en danger, comme une admission aux soins intensifs;
- Effets secondaires soupçonnés du traitement (par exemple, suppression des surrénales, réduction continue de la vitesse de croissance après 1 à 2 ans de traitement par CSI)²;
- Mauvaise compréhension de l'autogestion de l'asthme (par la personne atteinte d'asthme ou son aidant naturel);
- La nécessité d'effectuer des tests d'allergie pour évaluer le rôle éventuel des allergènes environnementaux;
- D'autres éléments comme l'anxiété des parents, le besoin d'être rassuré ou le besoin d'une éducation supplémentaire.

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

- Un pneumologue pédiatrique;
- Un allergologue;
- Un pédiatre possédant une expertise en asthme;
- Un professionnel de la santé spécialisé dans l'asthme pédiatrique ou qui travaille dans une clinique spécialisée dans l'asthme pédiatrique, 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 enfants et des adolescents atteints d'asthme peuvent gérer efficacement leur asthme grâce aux médicaments, à l'éducation sur l'autogestion et au soutien des soins primaires. Cependant, dans certaines situations cliniques, il peut être nécessaire de diriger les patients

5

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique

vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique afin d'obtenir des conseils d'experts sur le diagnostic ou la prise en charge^{2,12}. Une étude qui examine les facteurs associés au fait, pour les enfants et les adolescents (de 0 à 17 ans), d'avoir vu un spécialiste de l'asthme lorsqu'ils se sont rendus à l'urgence pour leur asthme a révélé que l'autogestion était moins bonne chez ceux qui n'avaient pas vu de spécialiste⁴⁵. En particulier, les parents de ces patients ont indiqué que leur enfant sous-utilisait les médicaments de contrôle (24 % contre 64 % chez ceux qui avaient consulté un spécialiste) et les plans d'action contre l'asthme (20 % contre 62 %)⁴⁵.

En Ontario, les enfants et les adolescents, y compris les plus jeunes, peuvent devoir être orientés vers des soins spécialisés dans un centre régional d'asthme pédiatrique ou vers un programme de soins primaires pour l'asthme afin de confirmer un diagnostic d'asthme ou de continuer l'éducation sur l'autogestion^{23,46}. 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 et ses aidants naturels.

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)⁴⁷. 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 pédiatriques spécialisés pour l'asthme pédiatriques.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les aidants naturels des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Si votre enfant prend ses médicaments et évite autant que possible les déclencheurs, mais qu'il continue à avoir des symptômes d'asthme, ou si le médecin de famille de votre enfant ou infirmier praticien a d'autres préoccupations, il doit consulter un spécialiste pour l'asthme ou orienter votre enfant vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique.

5

Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique

Pour les cliniciens

Veiller à ce que les enfants et les adolescents atteints d'asthme soient orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique s'il existe des indications appropriées (voir la définition dans le présent énoncé). Après avoir vu le patient, le fournisseur de soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique 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 pédiatrique 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 enfants et les adolescents atteints d'asthme aient accès en temps voulu et au besoin à des soins spécialisés pour l'asthme pédiatriques 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 communautés⁵.

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

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme sévère ou d'une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents 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.

Suivi après le congé de l'hôpital

Les enfants et les adolescents 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, 2019¹⁹ | Global Initiative for Asthma, 2019²

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 enfants et les adolescents 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 suffisant².

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 hospitalisation². 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 santé⁴⁸. 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 indésirables⁴⁹.

Pour les enfants atteints d'asthme, le besoin de soins aigus lors d'une consultation doit être vu comme un échec de prise en charge de l'asthme, et le 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 32 % des patients pédiatriques) et l'absence d'orientation des patients pédiatriques vers des soins spécialisés pour l'asthme (environ 1,8 %) ou d'autres services axés sur l'asthme (environ 2,8 %)⁵⁰.

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 décès⁵¹.

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*](#).

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les aidants naturels des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Si votre enfant a dû se rendre à l'urgence ou a été hospitalisé en raison d'une crise d'asthme, le médecin de famille de votre enfant ou l'infirmier praticien devrait vous voir dans les 2 à 7 jours qui suivent son congé de l'hôpital. Il vérifiera l'état de santé de votre enfant et apportera les changements nécessaires à ses médicaments et à son 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;
- Quels soins a reçu votre enfant;
- Ce que votre enfant et vous pouvez faire pour prévenir les crises d'asthme.

Pour les cliniciens

Avant qu'un enfant ou un adolescent qui a eu une exacerbation de son asthme ne reçoive son congé de l'urgence, l'équipe de soins doit dire à son aidant naturel de prendre un rendez-vous de suivi des soins primaires. Si la personne a été hospitalisée,

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

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents 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 cet indicateur, 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

L'équipe de soins de l'hôpital doit organiser une évaluation de suivi des soins primaires. Dans les deux cas, l'équipe de soins après le congé 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.

Après son congé de l'hôpital, penser à orienter l'enfant ou l'adolescent vers un programme d'éducation sur l'asthme ou vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique.²

Pour les planificateurs des services de santé

S'assurer que les systèmes, les processus et les ressources sont en place afin que tous les enfants et les adolescents 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 enfants et les adolescents 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 enfants et aux adolescents 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'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans atteints d'asthme incident dont le diagnostic est confirmé par des tests de la fonction pulmonaire

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 16 ans 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'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans atteints d'asthme ayant subi un test de la fonction pulmonaire au cours des douze derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 16 ans 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 : 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'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents 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

Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui ont été hospitalisés pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont été hospitalisées 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 de jeunes enfants âgés de 1 à 5 ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme dont le diagnostic d'asthme est confirmé par la réversibilité documentée des signes ou des symptômes avec des médicaments

- Dénominateur : nombre total de jeunes enfants âgés de 1 à 5 ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le diagnostic d'asthme est confirmé par la réversibilité documentée des signes ou des symptômes avec des médicaments
- Source des données : collecte de données locales

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

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement (quotidien) régulier avec anti-inflammatoire inhalé

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme avec une ou plusieurs indications appropriées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui se sont vues prescrire un traitement (quotidien) avec 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 enfants et les adolescents atteints d'asthme

- Population : nombre total d'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans 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'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 16 ans 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

Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 5 ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme dont le diagnostic d'asthme est confirmé par la réversibilité documentée des signes ou des symptômes de l'obstruction du débit d'air et la réversibilité de ces signes ou symptômes avec des médicaments pour l'asthme

- Dénominateur : nombre total d'enfants de 1 à 5 ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme
- Numérateur : nombre d'enfants inclus dans le dénominateur dont le diagnostic d'asthme est confirmé par la réversibilité documentée des signes ou des symptômes de l'obstruction du débit d'air et la réversibilité de ces signes ou symptômes avec des médicaments pour l'asthme
- 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'enfants et d'adolescents atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents de 6 à 16 ans atteints d'asthme ayant subi une exploration fonctionnelle respiratoire au cours des douze derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 16 ans 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 (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 3 : Médicaments contre l'asthme

Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement (quotidien) avec anti-inflammatoire inhalé

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

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

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents 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 pédiatrique

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

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

Pourcentage d'enfants et d'adolescents 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 suivant l'événement déclencheur

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents 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 (BDCCP), 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'enfants et d'adolescents 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'enfants et d'adolescents qui sont allés à l'urgence ou ont été hospitalisés 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 suivant leur congé de l'urgence ou leur hospitalisation
- Sources des données : collecte de données locales, Base de données sur les congés des patients (BDCCP), 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

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

Enfants et adolescents : les personnes de moins de 16 ans.

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 Belanger

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 Centre

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 moins de 16 ans*.

Références

1. Provincial Council for Maternal and Child Health, Ministry of Health and Long-Term Care. Clinical handbook for paediatric asthma [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016 [cited 2019 Mar]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/hb_paed_asthma.pdf
2. 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>
3. 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/>
4. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting asthma control in children [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2004 [cited 2019 Mar]. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Asthma_Control_in_Children.pdf
5. Registered Nurses' Association of Ontario. Adult asthma care: promoting control of asthma [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2017 [cited 2019 Mar]. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Adult_Asthma_FINAL_WEB.pdf
6. Canadian Institute for Health Information. Asthma hospitalizations among children and youth in Canada. Ottawa (ON): The Institute; 2018.
7. Ontario Asthma Surveillance Information System. OASIS: asthma infographic [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); c1999-2014 [updated 2016; cited 2019 Mar]. Available from: <http://lab.research.sickkids.ca/oasis/oasis-statistics/>
8. 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]. Available from: <http://lungontario.ca/wp-content/uploads/2017/09/OLA-Final-Report-June-281.pdf>
9. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma incidence and prevalence (data tables) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2018 [cited 2019 Mar]. Available from: <http://lab.research.sickkids.ca/oasis/data-tables/>
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 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.
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. To T, Zhu J, Williams DP, Feldman L, Simatovic J, Gershon A, et al. Frequency of health service use in the year prior to asthma death. *J Asthma*. 2016;53(5):505-9.
16. 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.
17. 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.

18. 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.
19. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline [Internet]. London (UK): Healthcare Improvement Scotland; 2019 Jul [cited 2019 Dec]. Available from: <https://www.brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/asthma/>
20. To T, Dell S, Dick PT, Cicutto L, Harris JK, MacLusky IB, et al. Case verification of children with asthma in Ontario. *Pediatr Allergy Immunol*. 2006;17(1):69-76.
21. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Health services use (data tables) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2018 [cited 2019 Mar]. Available from: <http://lab.research.sickkids.ca/oasis/data-tables/>
22. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Only a third of children with asthma treated in an Ontario ED seek recommended follow-up care (news release) [Internet]. Toronto (ON): The Institute; 2012 [cited 2019 Mar]. Available from: <https://www.ices.on.ca/Newsroom/News-Releases/2012/Only-a-third-of-children-with-asthma>
23. 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.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management [Internet]. London (UK): The Institute; 2017 [cited 2019 Mar]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng80>
25. 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).
26. National Asthma Council Australia. Australian asthma handbook [Internet]. South Melbourne (AU): The Council; 2016 [cited 2019 Mar]. Available from: <https://www.astmahandbook.org.au/>
27. Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma indicators for all of Ontario [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2018 [cited 2019 Mar]. Available from: <http://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2018/08/ONTARIO.pdf>
28. Ducharme FM, Davis GM, Noya F, Rich H, Ernst P. The Asthma Quiz for Kidz: a validated tool to appreciate the level of asthma control in children. *Can Respir J*. 2004;11(8):541-6.
29. Juniper EF, Bousquet J, Abetz L, Bateman ED. Identifying 'well-controlled' and 'not well-controlled' asthma using the Asthma Control Questionnaire. *Respir Med*. 2006;100(4):616-21.
30. 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.
31. McGeachie MJ, Yates KP, Zhou X, Guo F, Sternberg AL, Van Natta ML, et al. Patterns of growth and decline in lung function in persistent childhood asthma. *N Engl J Med*. 2016;374(19):1842-52.
32. 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.
33. 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.
34. 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(1):e022506.

35. Davies B, Danseco E, Cicutto L, Higuchi KS, McConnell H, Edwards N, et al. Nursing best practice guidelines evaluation user guide: inhaler device assessment tool for promoting asthma control in children. Ottawa (ON): University of Ottawa Nursing Best Practice Research Unit; 2006.
36. Szeffler SJ, Baker JW, Uryniak T, Goldman M, Silkoff PE. Comparative study of budesonide inhalation suspension and montelukast in young children with mild persistent asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(5):1043-50.
37. 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>
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Burgess S, Sly P, Devadason S. Adherence with preventive medication in childhood asthma. *Pulm Med*. 2011;2011:973849.
43. Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke H, Greenhalgh T, Sheikh A, et al. Implementing supported self-management for asthma: a systematic review and suggested hierarchy of evidence of implementation studies. *BMC Med*. 2015;13(1):127.
44. 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.
45. Agnihotri NT, Pade KH, Vangala S, Thompson LR, Wang VJ, Okelo SO. Predictors of prior asthma specialist care among pediatric patients seen in the emergency department for asthma. *J Asthma*. 2018:1-7.
46. Ministry of Health and Long-Term Care, The Lung Association - Ontario. Primary Care Asthma Program (PCAP): program manual, version 2018 [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2018 [cited 2019 Mar]. Available from: <http://lungontario.ca/wp-content/uploads/2018/03/2018-Non-AP.pdf>
47. 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. *Health Policy*. 2018;13(3):59-69.
48. Naylor M, Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs*. 2008;108 Suppl 9:58-63.
49. 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
50. 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.
51. 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;17(8):1-37. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series>.

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

