

NORMES DE QUALITÉ

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Soins dans la collectivité
destinés aux adultes

MISE À JOUR 2023

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins prodigués aux personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'évaluation des personnes susceptibles d'être atteintes de MPOC. Elle fournit des conseils sur le diagnostic, la prise en charge et le traitement de la MPOC en milieu communautaire. La portée de cette norme de qualité s'applique aux soins primaires, aux soins spécialisés, ainsi qu'aux soins de longue durée et à d'autres établissements de soins à domicile et communautaires. Cette norme de qualité ne couvre pas les soins prodigués aux urgences ou en milieu hospitalier pour la prise en charge des exacerbations aiguës de MPOC.

La norme de qualité pour la MPOC peut être utilisée conjointement avec le document *Procédures basées sur la qualité : Manuel clinique pour la MPOC (aiguë et post-aiguë)*,¹ qui fournit des conseils sur les soins aux personnes atteintes de MPOC pendant leur hospitalisation et après leur sortie de l'hôpital. Santé Ontario a également élaboré la norme de qualité [Soins palliatifs : Soins pour les adultes aux prises avec une maladie évolutive et terminale](#),² qui peut être utilisée avec la norme de qualité pour la MPOC tout au long du parcours de soins des personnes atteintes de MPOC. Les personnes atteintes de MPOC souffrent souvent d'autres problèmes de santé. Santé Ontario a établi des normes de qualité pour certains de ces sujets, tels que la démence, la dépression majeure, l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'asthme, les transitions entre l'hôpital et le domicile, et l'hypertension. Toutes les normes de qualité sont disponibles sur ontariohealth.ca.

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 et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Énoncé de qualité 1: Diagnostic confirmé par spirométrie

Les personnes cliniquement soupçonnées d'être atteintes de MPOC obtiennent un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic dans les 3 mois suivant la manifestation des symptômes respiratoires.

Énoncé de qualité 2: Évaluation complète

Les personnes atteintes de MPOC reçoivent une évaluation complète pour déterminer le degré d'invalidité, le risque d'exacerbation aiguë et la présence de comorbidités près du moment du diagnostic et sur une base annuelle. La gravité de la limitation du débit de l'air, telle que déterminée initialement par un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic, est réévaluée lorsque l'état de santé de la personne change.

Énoncé de qualité 3: Objectifs des soins et planification des soins personnalisée

Les personnes atteintes de MPOC discutent de leurs objectifs de soins avec leur futur mandataire spécial, leur fournisseur de soins primaires et les autres membres de leur équipe de soins interprofessionnels. Ces discussions permettent d'éclairer la planification des soins personnalisée, qui est revue et mise à jour régulièrement.

Énoncé de qualité 4: Information et autogestion

Les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels reçoivent de l'information à l'oral et à l'écrit sur la MPOC de leur professionnel de la santé et participent aux interventions visant à soutenir l'autogestion, y compris l'élaboration d'un plan écrit d'autogestion.

Énoncé de qualité 5: Promotion de la cessation du tabagisme

Chaque fois que l'occasion se présente, les personnes atteintes de MPOC se font poser des questions au sujet de leur usage du tabac. Des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques servant à soutenir la cessation du tabagisme sont offertes aux personnes qui continuent de fumer.

Énoncé de qualité 6: Gestion pharmacologique de MPOC stable

Les personnes dont le diagnostic de MPOC a été confirmé se voient offrir une pharmacothérapie personnalisée afin d'alléger leurs symptômes et de prévenir les exacerbations aiguës. Leurs médicaments sont revus au moins une fois par an.

Énoncé de qualité 7: Vaccinations

Les personnes atteintes de MPOC se voient proposer des vaccins contre la grippe, le pneumocoque et d'autres vaccins, le cas échéant.

Énoncé de qualité 8: Soins respiratoires spécialisés

Les personnes ayant un diagnostic confirmé de MPOC sont aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés lorsque c'est cliniquement indiqué, après avoir reçu une évaluation complète et des traitements en soins primaires. Cette consultation a lieu conformément à l'urgence de leur état de santé.

Énoncé de qualité 9: Réadaptation pulmonaire

Les personnes atteintes de MPOC stable, de sévérité modérée à grave, sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire si elles sont limitées dans leurs activités ou leurs exercices et souffrent d'essoufflement, malgré une pharmacothérapie appropriée.

Énoncé de qualité 10: Gestion d'exacerbations aiguës de MPOC

Les personnes atteintes de MPOC ont accès aux services de leur fournisseur de soins primaires ou d'un professionnel de la santé de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant le début d'une exacerbation aiguë.

Énoncé de qualité 11: Suivi après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC

Les personnes atteintes de MPOC qui ont été hospitalisées pour une exacerbation aiguë font l'objet d'une évaluation de suivi en personne dans les sept jours suivant leur congé.

Énoncé de qualité 12: Réadaptation pulmonaire après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC

Les personnes qui ont été admises à l'hôpital pour une exacerbation aiguë de MPOC sont admissibles à la réadaptation pulmonaire au moment de leur congé. Les personnes qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire commencent le programme dans le mois suivant leur congé de l'hôpital.

Énoncé de qualité 13: Soins palliatifs

Les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels peuvent bénéficier d'un soutien en soins palliatifs afin de répondre à leurs besoins.

Énoncé de qualité 14: Oxygénothérapie à long terme

Les personnes atteintes d'une MPOC stable qui présentent des signes cliniques d'hypoxémie reçoivent une évaluation et, au besoin, une oxygénothérapie à long terme.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé	3
Résumé des mises à jour 2023	7
Justification de la nécessité de cette norme	8
Mesure à l'appui de l'amélioration	10
Énoncé de qualité 1 : Diagnostic confirmé par spirométrie	11
Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète	15
Énoncé de qualité 3 : Objectifs des soins et planification des soins personnalisée	19
Énoncé de qualité 4 : Information et autogestion	23
Énoncé de qualité 5 : Promotion de la cessation du tabagisme	27
Énoncé de qualité 6 : Gestion pharmacologique de MPOC stable	29
Énoncé de qualité 7 : Vaccinations	32
Énoncé de qualité 8 : Soins respiratoires spécialisés	35
Énoncé de qualité 9 : Réadaptation pulmonaire	38
Énoncé de qualité 10 : Gestion d'exacerbations aiguës de MPOC	41
Énoncé de qualité 11 : Suivi après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC	44
Énoncé de qualité 12 : Réadaptation pulmonaire après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC	47
Énoncé de qualité 13 : Soins palliatifs	50
Énoncé de qualité 14 : Oxygénothérapie à long terme	54
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité	57
Appendice 2 : Mesure à l'appui de l'amélioration	59
Appendice 3 : Glossaire	75
Appendice 4 : Valeurs et principes directeurs	77
Remerciements	79
Références	81
À propos de nous	87

Résumé des mises à jour 2023

En 2022, nous avons achevé l'examen des données probantes afin de prendre en compte les lignes directrices de pratique clinique et les évaluations des technologies de la santé, nouvelles ou mises à jour, publiées depuis la publication initiale de cette norme de qualité en 2018. Cette mise à jour aligne la norme de qualité sur les preuves cliniques les plus récentes et sur les pratiques actuelles en Ontario.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des modifications apportées à la norme de qualité globale :

- Mise à jour des liens, des références secondaires et des sources de données, le cas échéant;
- Mise à jour du format pour l'aligner sur la conception et l'image de marque actuelles de Santé Ontario;
- Révision des ressources d'accompagnement (par exemple, guide du patient, tableau synthèse, diaporama sur les cas d'amélioration, spécifications techniques) pour refléter les changements apportés à la norme de qualité et s'aligner sur la conception et l'image de marque actuelles de Santé Ontario;
- Mise à jour des données dans le cadre du diaporama d'amélioration et des tableaux de données;
- Modification de la définition de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dans *Justification de la nécessité de cette norme* pour l'aligner sur la ligne directrice actualisée de 2023 de l'Initiative mondiale contre la bronchopneumopathie chronique obstructive (GOLD).³

Vous trouverez ci-dessous un résumé des modifications apportées à des déclarations de qualité spécifiques :

- Déclaration de qualité 1 : Mise à jour de la définition de *spirométrie*, en supprimant la race comme facteur d'interprétation des valeurs de référence, pour l'aligner sur la prise de position de la Société américaine de thoracologie (ATS) sur la race, l'origine ethnique et l'interprétation de l'examen de la fonction pulmonaire⁴
- Déclaration de qualité 2 : Mise à jour de la définition de *limitation du débit d'air*, en supprimant la race comme facteur d'interprétation des valeurs de référence, pour l'aligner sur la prise de position de l'ATS sur la race, l'origine ethnique et l'interprétation de l'examen de la fonction pulmonaire⁴
- Déclaration de qualité 3 : Indicateurs de qualité révisés pour mieux mesurer l'amélioration de cet énoncé
- Déclaration de qualité 5 : Indicateurs de qualité révisés pour mieux mesurer l'amélioration de cet énoncé
- Déclaration de qualité 6 : Révision de la définition de la *pharmacothérapie personnalisée* et des indicateurs de qualité associés pour assurer un alignement sur les données les plus récentes des lignes directrices

- Déclaration de qualité 7 : Révision de la déclaration de qualité sur les vaccinations (ainsi que ses définitions, justifications, déclarations d'audience et indicateurs de qualité associés) pour s'aligner sur la ligne directrice actualisée de 2023 de GOLD³
- Déclaration de qualité 8 : Révision de la définition de « *cliniquement indiqué* » pour plus de clarté.
- Déclaration de qualité 9 : Mise à jour de la justification pour s'aligner sur la ligne directrice actualisée de 2023 de GOLD³ et mise à jour de la définition de *la réadaptation pulmonaire* pour l'aligner sur la ligne directrice actualisée de 2023 de l'ATS⁵
- Déclaration de qualité 10 : Indicateurs de qualité révisés pour mieux mesurer l'amélioration de cet énoncé
- Déclaration de qualité 11 : Modification de la justification, ajout d'une mention de la norme de qualité [*Transitions entre l'hôpital et la maison*](#)⁶
- Déclaration de qualité 12 : Mise à jour de la justification pour s'aligner sur la ligne directrice GOLD 2023³ et d'autres preuves récentes liées à la rééducation pulmonaire après une hospitalisation pour une exacerbation aiguë de la MPOC. Mise à jour de la définition de *la réadaptation pulmonaire* pour l'aligner sur la ligne directrice actualisée de 2023 de l'ATS.⁵ Indicateurs de qualité révisés pour mieux mesurer l'amélioration de cet énoncé
- Déclaration de qualité 14 : Modification de la définition de *traitement par oxygénothérapie à long terme* et de la déclaration du public clinicien pour inclure des informations sur l'utilisation de l'oxygène et les considérations de sécurité. Indicateurs de qualité révisés pour mieux mesurer l'amélioration de cet énoncé

Justification de la nécessité de cette norme

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie pulmonaire évolutive caractérisée par une obstruction irréversible ou partiellement réversible des voies respiratoires.^{3,7} Les principaux facteurs de risque de MPOC sont le tabagisme, actuel ou passé, et l'exposition à des particules et gaz toxiques provenant de la pollution de l'air domestique et extérieur.^{3,7} La MPOC se caractérise par un essoufflement progressif, souvent associé à une toux ou à des expectorations, entraînant une diminution de la tolérance à l'effort, de la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne et de la qualité de vie.^{3,7,8} À mesure que la maladie progresse, de nombreuses personnes atteintes de MPOC présentent des exacerbations aiguës de la MPOC plus fréquentes ou plus graves, également appelées « poussées » ou « crises pulmonaires ».^{3,7}

Dans le monde, la MPOC est une cause majeure de morbidité et de mortalité. Elle entraîne des charges sociales et économiques considérables et croissantes. Même si les taux de tabagisme diminuent en Ontario, la MPOC reste l'une des maladies chroniques les plus courantes. La prévalence globale estimée de la MPOC diagnostiquée par un médecin chez les adultes âgés de 40 ans et plus en Ontario était de 10,5 % à 10,6 % en 2021/22, contre 11,1 % à 11,8 % en 2014/15 (cohorte MPOC, ICES,

2022/23). Cependant, on estime également qu'en 2021/22, seulement 40 % des personnes atteintes de MPOC ont subi un test de spirométrie pour confirmer leur diagnostic, contre 45 % en 2016/17. En 2021/22, la proportion de personnes diagnostiquées avec une MPOC qui ont subi des tests de spirométrie en Ontario varie, de 26,9 % dans la région du Nord-Ouest à 42,5 % parmi celles de la région de l'Ouest (Services facturés par les médecins, ICES, 2021/22).

Les personnes atteintes de MPOC ont également fréquemment besoin de services de soins de santé.⁹ Avant la pandémie de la COVID-19, la MPOC était le deuxième motif d'hospitalisation le plus courant. Les données les plus récentes de 2021–2022 révèlent que la MPOC est le dixième motif d'hospitalisation en Ontario (Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé, 2021/22).¹⁰ Cependant, le taux d'hospitalisations et de visites aux urgences attribuables à la MPOC varie d'une région de Santé Ontario à l'autre. En 2021/22, la différence entre le taux d'hospitalisation le plus élevé (42,4 pour 1 000 personnes-années dans la région du Nord-Ouest) et le taux le plus faible (19,1 pour 1 000 personnes-années dans la région du Centre) était de 2,2 fois. Également en 2021/22, le taux de visites aux services d'urgence était 3 fois plus élevé dans la région du Nord-Ouest (78,4 pour 1 000 années-personnes) que dans la région de Toronto (26,9 pour 1 000 années-personnes).⁹ En Ontario, de 2008 à 2011, les personnes atteintes de MPOC représentaient 24 % des hospitalisations, 24 % des visites aux services d'urgence, 21 % des visites de soins ambulatoires (chez les médecins qui facturent le Régime d'assurance-santé de l'Ontario [RASO]), 30 % des services de soins à domicile et 35 % des établissements de soins de longue durée.¹¹ En 2011, le fardeau économique total de la MPOC en Ontario, comprenant les coûts directs et indirects, était estimé à 3,9 milliards de dollars (les coûts directs des soins de santé à eux seuls étaient estimés à 3,3 milliards de dollars).¹²

Bien que la MPOC soit une maladie évolutive, la fourniture de soins de santé de haute qualité offre des possibilités significatives d'amélioration de la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Étant donné que la plupart des personnes atteintes de MPOC ne sont diagnostiquées qu'à un stade avancé de la maladie, l'identification et le dépistage précoces des personnes symptomatiques présentant un risque de développer une MPOC constituent une première étape essentielle dans la gestion de cette maladie chronique.¹³ Les objectifs de la prise en charge de la MPOC comprennent le ralentissement de la progression de la limitation du débit d'air, la réduction de la fréquence et de la gravité des exacerbations aiguës, le traitement des exacerbations aiguës, le soulagement des symptômes tels que l'essoufflement et l'anxiété, l'amélioration de la tolérance à l'effort, de la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne et de l'état de santé général, la prise en charge des comorbidités et la réduction de la mortalité.⁷

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Maladie pulmonaire obstructive chronique » a cerné sept indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux Ontariens atteints d'une MPOC.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont le diagnostic est confirmé par spirométrie
- Pourcentage de personnes hospitalisées pour une MPOC qui ont fait l'objet d'un suivi par un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont fait exécuter une ordonnance pour un traitement de bronchodilatateur à action prolongée (mesurable pour les personnes âgées de 65 ans et plus seulement)
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant effectué une ou plusieurs visites non planifiées en soins aigus pour une MPOC chaque année. Stratifier par :
 - Visites non planifiées aux urgences
 - Hospitalisations non électives
- Pourcentage d'adultes atteints de MPOC qui fument des cigarettes quotidiennement

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

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont la maladie a un impact sur leur vie. Stratifier par :
 - Impact faible
 - Impact moyen
 - Impact élevé
 - Impact très élevé
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC modérée à sévère qui ont accès à un programme de réadaptation pulmonaire. Stratifier par :
 - Réhabilitation en milieu communautaire
 - Réadaptation pour patients hospitalisés

Énoncé de qualité 1 : Diagnostic confirmé par spirométrie

Les personnes cliniquement soupçonnées d'être atteintes de MPOC passent un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic dans les 3 mois suivant la manifestation des symptômes respiratoires.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸

Définitions

Soupçonné cliniquement : Les personnes sont soupçonnées cliniquement d'être atteintes de MPOC si elles présentent au moins un symptôme respiratoire et un facteur de risque de MPOC tel que défini ci-dessous.

Les symptômes respiratoires comprennent les suivants :

- Un essoufflement persistant qui s'aggrave avec l'activité physique et (ou) en faisant de l'exercice
- Une toux chronique
- L'expectoration régulière
- Des infections récurrentes des voies respiratoires
- Une respiration sifflante chronique
- Une sensation d'oppression thoracique
- Une limitation de l'activité physique et (ou) de l'exercice en raison d'un essoufflement

Le tabagisme actuel ou passé est un facteur de risque fréquent pour la MPOC. Parmi les autres facteurs de risque, on retrouve les suivants :

- L'exposition à la fumée secondaire
- L'exposition à des irritants pulmonaires dans le cadre du travail, comme de la poussière, des vapeurs, des fumées, des gaz et d'autres produits chimiques
- Les facteurs liés à l'enfance, comme un faible poids à la naissance, des infections respiratoires récurrentes et d'autres problèmes de développement pulmonaire
- L'exposition à une pollution atmosphérique importante
- Les antécédents familiaux de MPOC

- La prédisposition génétique (déficit en alpha-1-antitrypsine)
- Les antécédents d'asthme
- L'utilisation de biocombustibles pour le chauffage intérieur ou la cuisson sans ventilation adéquate

Spirométrie : La spirométrie est un test de la fonction pulmonaire qui mesure le débit d'air, notamment la capacité vitale forcée (CVF), qui correspond au volume d'air expiré de force à partir du point d'inspiration maximale, et le volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEMS), qui correspond au volume d'air expiré pendant la première seconde de la mesure de la CVF. Les valeurs de référence pour l'interprétation du test sont basées sur des facteurs tels que l'âge, la taille et le sexe. L'American Thoracic Society (ATS) a établi un protocole d'accord, approuvé par l'European Respiratory Society (ERS), qui précise les raisons pour lesquelles la race et l'ethnicité ne doivent plus être considérées comme des facteurs dans l'interprétation des résultats de la spirométrie.⁴ Par ailleurs, la Société canadienne de thoracologie, l'ATS et d'autres sociétés de soins respiratoires ont réalisé en collaboration une analyse exhaustive des données probantes et ont élaboré une déclaration comprenant des recommandations pour répondre aux questions de recherche concernant l'effet de la race et de l'ethnicité sur l'interprétation des tests de la fonction pulmonaire.¹⁵

Traditionnellement, la race et l'ethnicité étaient prises en compte dans la détermination des valeurs de référence pour l'interprétation de la spirométrie. Toutefois, la fonction pulmonaire a récemment été associée à des facteurs allant au-delà de la combinaison complexe de facteurs sociaux, culturels et génétiques attribués à la race et à l'origine ethnique – tels que le statut socio-économique et l'éducation.¹⁶ Une approche neutre en termes de race et d'origine ethnique pour interpréter la spirométrie, en utilisant des équations de référence moyennes (par exemple, l'équation moyenne de l'Initiative mondiale pour la fonction pulmonaire [GLI]), promeut l'équité en santé et garantit que les patients issus de groupes racialisés ne soient pas affectés négativement.^{4,17}

Les résultats de la spirométrie sont présentés en pourcentage de la valeur prédite ou en valeur absolue avec les limites supérieures et inférieures de la normale. Pour diagnostiquer la MPOC, les tests doivent être administrés et les résultats interprétés par des professionnels de la santé formés, au moyen de spiromètres soumis régulièrement à un contrôle de qualité et à un étalonnage conformes aux spécifications de l'ATS et de l'ERS.^{18,19}

La spirométrie doit être effectuée avant et après l'administration d'un bronchodilatateur inhalé.²⁰ Un rapport VEMS/CVF post-bronchodilatateur inférieur à 0,7, soit inférieur à la limite inférieure de la normale, confirme un diagnostic de MPOC.^{1,3} Il est important de prendre en compte le chevauchement spirométrique qui existe entre la MPOC et l'asthme, notamment les conclusions selon lesquelles de nombreuses personnes ayant un diagnostic confirmé de MPOC répondent aux critères de réversibilité du VEMS requis pour un diagnostic d'asthme et que le rapport VEMS/CVF post-bronchodilatateur peut également être réduit dans le cas de l'asthme.

Justification

Selon les estimations, de toutes les personnes atteintes de MPOC dans le monde, entre 60 % et 80 % n'ont pas été diagnostiquées.²¹ Le surdiagnostic et le sous-diagnostic sont tous deux possibles avec

cette affectation.^{1,21} Un surdiagnostic peut survenir lorsque le diagnostic est fondé uniquement sur les antécédents médicaux et l'examen physique d'une personne et n'est pas vérifié par un test de spirométrie. Dans cette situation, il se peut qu'une personne ne soit pas atteinte de MPOC. Le surdiagnostic peut mener à l'anxiété du patient, à la surconsommation de médicaments et à des effets indésirables liés aux médicaments, sans bénéfices possibles.^{1,21,22} Un sous-diagnostic peut survenir lorsque les symptômes et les facteurs de risque sont ignorés ou non reconnus par les professionnels de la santé et (ou) les personnes atteintes de MPOC et lorsqu'aucun test de spirométrie n'est effectué.^{1,21,22} La spirométrie est le seul moyen de mesurer avec précision l'obstruction du débit de l'air dans les poumons, qui est caractéristique de la MPOC; elle doit donc être réalisée pour confirmer un diagnostic de MPOC.²³ En Ontario, on estime que seulement 40 % des personnes atteintes de MPOC ont passé un test de spirométrie pour confirmer leur diagnostic de MPOC (Physician-Billed Services, ICES, 2021/22).

Lorsqu'une personne soupçonnée cliniquement d'être atteinte de MPOC ne peut passer de test de spirométrie, on peut envisager l'utilisation d'un questionnaire simple, accompagné d'une évaluation complète (voir l'énoncé 2) pour guider l'élaboration d'un plan de soins personnalisé (voir l'énoncé 3) et la gestion pharmacologique (voir l'énoncé 6). Tout doit être mis en œuvre pour s'assurer que le diagnostic de MPOC puisse être confirmé par spirométrie, surtout si des changements dans l'état de santé de la personne suggèrent qu'elle pourrait être en mesure de passer un test de spirométrie.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Si vous avez des symptômes respiratoires qui ne s'arrêtent pas, votre professionnel de la santé devrait vous suggérer de passer un test respiratoire appelé « spirométrie » (aussi appelé « test de fonction pulmonaire »). Ce test est effectué afin de vérifier si vous êtes ou non atteint d'une MPOC. La spirométrie détermine s'il y a une obstruction du débit de l'air dans les poumons et, le cas échéant, son degré de sévérité.

Pour les cliniciens

Administrer ou faire administrer un test de spirométrie aux personnes présentant au moins un symptôme respiratoire et un facteur de risque de MPOC pour confirmer assurément un diagnostic de MPOC. Les tests doivent être effectués avant et après l'administration par inhalation d'un bronchodilatateur et dans les 3 mois suivant la manifestation des symptômes respiratoires.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les professionnels de la santé dans les milieux de soins primaires et communautaires aient accès à des spiromètres qui sont régulièrement soumis à un contrôle de la qualité et à un étalonnage afin de répondre aux spécifications de l'ATS et de l'ERS. Veiller à ce que les professionnels de la santé soient formés pour administrer les tests de spirométrie et pour interpréter les résultats.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes cliniquement soupçonnées d'être atteintes de MPOC ayant passé un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic dans les 3 mois suivant la manifestation des symptômes respiratoires
- Disponibilité locale des tests de spirométrie

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 2.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Les personnes atteintes de MPOC reçoivent une évaluation complète pour déterminer le degré d'invalidité, le risque d'exacerbation aiguë et la présence de comorbidités près du moment du diagnostic et sur une base annuelle. La gravité de la limitation du débit de l'air, telle que déterminée initialement par un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic, est réévaluée lorsque l'état de santé de la personne change.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Société canadienne de thoracologie, 2023²⁴ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸

Définitions

Évaluation complète: Une évaluation complète comprend les antécédents médicaux, un examen physique, un bilan comparatif des médicaments, une évaluation nutritionnelle ainsi que l'évaluation et la documentation de la gravité de la limitation du débit de l'air, du degré d'incapacité, du risque d'exacerbations aiguës et de la présence de comorbidités.

Degré d'incapacité: Le degré d'incapacité liée à la MPOC dépend de la gravité des symptômes et peut être mesuré à l'aide d'un certain nombre d'instruments, y compris, sans s'y limiter, les suivants :

- L'échelle Clinical Frailty Scale (CFS)
- Le test COPD Assessment Test (CAT)
- Le questionnaire COPD Control Questionnaire (CCQ)
- L'échelle de dyspnée du Medical Research Council
- Les tests de capacité d'exercice (p. ex., test de marche de 6 minutes, test de la navette, test de la vitesse de marche)

Risque d'exacerbations aiguës: Le risque d'exacerbations aiguës peut être évalué en obtenant les antécédents d'exacerbations aiguës antérieures de MPOC, y compris le moment, la fréquence et la gravité de ces exacerbations, et toute hospitalisation connexe. Une obstruction grave du débit de l'air dont l'état s'aggrave selon les résultats de la spirométrie et la présence d'une bronchite chronique sont associées à un risque accru d'exacerbations aiguës de MPOC.

Comorbidités: Les affections suivantes sont courantes chez les personnes atteintes de MPOC et devraient être prises en compte dans l'évaluation et la planification des soins :

- L'asthme
- Les maladies cardiovasculaires (p. ex., l'arythmie, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, la cardiopathie ischémique, la maladie vasculaire périphérique, l'accident vasculaire cérébral)
- La déficience cognitive (p. ex., la démence)
- Le reflux gastro-oesophagien
- Le cancer du poumon
- La maladie métabolique (p. ex., le diabète, le syndrome métabolique, l'obésité)
- La maladie mentale (p. ex., l'anxiété, la dépression)
- Les troubles musculosquelettiques (p. ex., l'arthrose)
- L'ostéoporose
- L'embolie pulmonaire
- L'apnée du sommeil
- Les troubles de toxicomanie (p. ex., le tabagisme)

Limitation du débit d'air : La gravité de la limitation du débit d'air est mesurée par spirométrie. Le pourcentage de VEMS prédit, par rapport aux valeurs de référence basées sur l'âge, la taille et le sexe,⁴ est utilisé pour classer la sévérité de la limitation du débit d'air dans l'une des catégories suivantes :

- Légère : $VEMS \geq 80 \%$
- Modérée : $50 \% \leq VEMS < 80 \%$
- Sévère : $30 \% \leq VEMS < 50 \%$
- Très sévère : $VEMS < 30 \%$

Lors de l'interprétation et de la communication des résultats de la spirométrie, il est préférable d'adopter une approche neutre en termes de race et d'ethnicité, telle que les équations de référence moyennes (par exemple, l'équation moyenne de l'Initiative mondiale pour la fonction pulmonaire [GLI]). Les équations et les ajustements basés sur la race et l'ethnicité reposent sur la présomption de différences dans la fonction pulmonaire entre populations et groupes raciaux ou ethniques, sans prendre en compte de manière adéquate l'influence des déterminants sociaux sur la santé pulmonaire.^{4,17} La mise en œuvre d'une approche neutre en termes de race et d'ethnicité exige également que les professionnels de la santé reconnaissent la variabilité biologique des mesures de la fonction pulmonaire, ainsi que l'incertitude des seuils fixes pour la prise de décision. L'utilisation continue de questions de référence dérivées uniquement des populations européennes blanches, ainsi que d'équations basées sur la race et l'ethnicité, contribue à des soins médicaux biaisés. Elle perpétue les disparités en matière de santé et le racisme structurel, et affecte négativement les patients issus de groupes racialisés en retardant ou en négligeant les diagnostics sur la gravité de la limitation du débit d'air ou en entravant l'accès au traitement (par exemple, prise en charge pharmacologique, orientation vers des soins respiratoires spécialisés ou accès à la réadaptation pulmonaire).^{4,25}

Justification

Une évaluation complète peut aider à assurer l'exactitude du diagnostic et la gestion appropriée, à éliminer d'autres causes de symptômes et à déterminer le pronostic.³ Bien qu'elle soit essentielle pour confirmer un diagnostic de MPOC, la présence d'une limitation du débit d'air confirmée par spirométrie ne suffit pas à elle seule à fournir une évaluation précise des symptômes d'une personne, de sa qualité de vie sur le plan de la santé ou de ses besoins en soins de santé.³ En plus de la gravité de la limitation du débit d'air, les éléments essentiels d'une évaluation complète pour une personne atteinte de MPOC permettent de déterminer ce qui suit³:

- Le degré d'incapacité en fonction de l'incidence des symptômes de MPOC sur la vie de la personne
- Le risque d'exacerbations aiguës futures de MPOC
- D'autres problèmes de santé que la personne est susceptible d'avoir

Ces renseignements servent à éclairer la planification des soins personnalisés (voir l'énoncé 3) et la gestion pharmacologique (voir l'énoncé 6).⁸ Ils devraient être recueillis et étayés le plus tôt possible après le diagnostic, puis au moins une fois par année ou lorsque des changements dans l'état de santé de la personne justifient une réévaluation. Il n'est pas nécessaire d'effectuer des tests de spirométrie tous les ans; toutefois, la gravité de la limitation du débit d'air devrait être réévaluée si des changements importants surviennent dans l'état de santé de la personne.

Dans certains cas, par exemple lorsque la gravité des symptômes semble disproportionnée par rapport à la gravité de la limitation du débit de l'air ou lorsqu'on soupçonne des comorbidités, il faut envisager d'autres évaluations et (ou) un aiguillage vers des soins respiratoires spécialisés (voir l'énoncé 3). Voici des exemples d'évaluations additionnelles :

- Tests de déficit en alpha-1-antitrypsine
- Évaluation de l'anxiété (p. ex., à l'aide de l'échelle GAD-7)
- Gaz du sang artériel ou oxymétrie de pouls
- Analyses sanguines (p. ex., hémogramme complet, gaz du sang, fonction rénale, électrolytes)
- Calcul de l'indice de masse corporelle
- Examen de densitométrie osseuse
- Radiographie thoracique
- Tomodensitométrie
- Évaluation de la dépression (p. ex., au moyen du Questionnaire sur la santé du patient-9 [PHQ-9])
- Échocardiographie
- Électrocardiographie
- Examen ophtalmologique ou ophtalmologique pour dépister un glaucome et des cataractes
- Cytologie des expectorations

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Si vous avez reçu un diagnostic de MPOC, votre professionnel de la santé devrait vous faire passer un examen complet. Il devrait vous poser des questions sur votre santé physique, votre santé mentale, vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, la manière dont vous passez votre temps, ainsi que sur la façon dont vous vous sentez. Vous pourriez également avoir besoin de passer des tests dans un hôpital, dans un laboratoire ou dans une clinique, comme des analyses sanguines ou des tests respiratoires.

Pour les cliniciens

Réalisez une évaluation complète avec les personnes qui ont reçu un diagnostic de MPOC au moment du diagnostic et au moins une fois par année par la suite. Les examens et les tests faits récemment, comme la spirométrie, ne doivent pas être répétés à moins d'indication clinique. Tous les résultats devraient être documentés et utilisés pour éclairer les soins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place dans les milieux de soins primaires et communautaires pour permettre aux professionnels de la santé d'effectuer des évaluations complètes des personnes atteintes de MPOC. Cela comprend l'accès à la spirométrie et à des outils d'évaluation normalisés.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont le degré d'incapacité lié à la MPOC a été évalué au cours des 12 derniers mois
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont le risque d'exacerbations aiguës de MPOC a été évalué au cours des 12 derniers mois
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant fait l'objet d'une évaluation des comorbidités au cours des 12 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 2.

Énoncé de qualité 3 : Objectifs des soins et planification des soins personnalisée

Les personnes atteintes de MPOC discutent de leurs objectifs de soins avec leur futur mandataire spécial, leur fournisseur de soins primaires et les autres membres de leur équipe de soins interprofessionnels. Ces discussions permettent d'éclairer la planification des soins personnalisée, qui est revue et mise à jour régulièrement.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁷

Définitions

Objectifs de soins: Les objectifs de soins d'une personne sont ses priorités globales et ses attentes en matière de santé; ils sont fondés sur ses valeurs personnelles, ses souhaits, ses croyances et sa perception de sa qualité de vie ainsi que sur ce qu'elle considère comme significatif et important.²⁸ Voici des exemples d'objectifs de soins : prolonger la vie, soulager la souffrance, optimiser la qualité de vie, maintenir le contrôle, permettre un décès paisible et obtenir du soutien pour les aidants naturels, la famille et les êtres chers.²⁹ Les objectifs de soins ne sont pas les mêmes que les décisions en matière de soins ou le consentement aux traitements. En règle générale, les discussions relatives aux objectifs de soins devraient précéder la prise de décisions en matière de soins de santé et l'obtention du consentement au traitement.

Comme l'indique la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario, le « consentement aux soins de santé » désigne la prise d'une décision éclairée concernant le traitement par une personne mentalement capable ou par son mandataire spécial avec l'appui d'un professionnel de la santé.³⁰ Un professionnel de la santé qui propose un traitement doit obtenir le consentement éclairé de la personne capable ou de son mandataire spécial si la personne n'a pas la capacité mentale requise. Pour obtenir le consentement, cette discussion doit porter sur l'état actuel de la personne (c.-à-d. le contexte), les options de traitement disponibles, les risques, les avantages et les effets secondaires des options de traitement, les solutions de rechange en matière de traitement et les conséquences probables d'une absence de traitement.³⁰

Mandataire spécial: Un mandataire spécial est une personne qui prend des décisions en matière de soins et de traitement au nom d'une autre personne si celle-ci devient mentalement incapable de prendre des décisions pour elle-même.²⁸ Le mandataire spécial prend des décisions en se fondant sur sa compréhension de la volonté d'une personne ou, si les souhaits ne sont pas connus ou ne peuvent être mis en application, fait des choix conformes aux valeurs et aux croyances connues et dans l'intérêt de la personne. Dans le cadre de la planification préalable des soins, les personnes

mentalement capables identifient leur mandataire spécial en confirmant l'identité du mandataire spécial automatique à partir de la liste hiérarchique de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* ou en choisissant une autre personne au moyen d'un document appelé « Procuration relative au soin de la personne ».³⁰ Une « procuration relative au soin de la personne » est un document juridique dans lequel une personne donne à une autre personne le pouvoir de prendre des décisions en son nom concernant ses soins de santé personnels si elle devient incapable de le faire.²⁸ Une « procuration relative au soin de la personne » concerne les décisions relatives aux soins de la personne (p. ex., les soins de santé, la nutrition, la sécurité). Les décisions financières et immobilières sont prises au moyen d'une « procuration perpétuelle relative aux biens ».

Équipe de soins interprofessionnelle: Une équipe de soins interprofessionnelle comprend un fournisseur de soins primaires, plusieurs professionnels de la santé ayant des formations et des compétences différentes, la personne atteinte de MPOC et ses aidants naturels. Les soins interprofessionnels désignent un contexte où plusieurs professionnels de la santé possédant différents domaines d'expertise assurent des services complets de santé pour les patients en travaillant avec ceux-ci, leur famille, leurs aidants naturels et les collectivités pour offrir des soins de la plus haute qualité dans différents milieux.³¹

En plus des soins primaires, les soins interprofessionnels pour les personnes atteintes de MPOC peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, ce qui suit :

- L'inhalothérapie et l'éducation respiratoire
- La pneumologie ou d'autres soins spécialisés
- La coordination des soins ou la gestion du cas
- Le soutien aux aidants naturels
- Les soins à domicile
- La kinésiologie
- Le soutien en matière de nutrition
- L'ergothérapie
- Les soins palliatifs
- Les services de pharmacie
- La physiothérapie
- La réadaptation et (ou) la psychologie clinique
- Le travail social, la psychologie, la psychiatrie ou une autre forme de soutien psychosocial
- Le soutien spirituel ou religieux

Planification des soins personnalisée: La planification des soins personnalisée est le processus d'établissement d'un plan de soins et d'un document écrit décrivant les besoins en matière de santé et les objectifs de soins d'une personne, ainsi que les soins qui seront fournis pour répondre à ces besoins et objectifs, y compris les références appropriées à des soins spécialisés ou à d'autres soins interprofessionnels. Une copie du plan de soins est fournie à la personne atteinte de MPOC et à ses aidants naturels. Un plan de soins n'est pas la même chose qu'une décision de traitement ou un consentement à un traitement, ou qu'une directive visant à guider l'autogestion, aussi appelée « plan

d'autogestion » ou « plan d'action ». La planification des soins personnalisée devrait être revue et mise à jour au moins une ou deux fois par année, ou plus fréquemment au besoin.

Justification

Les personnes atteintes de MPOC devraient participer aux discussions relatives à leurs objectifs de soins et participer activement et autant qu'elles le veulent à la planification de leurs soins. Les futurs mandataires spéciaux et les aidants naturels devraient également participer aux discussions et à la planification des soins, s'il y a lieu. Ces discussions et l'évaluation complète (voir l'énoncé 2) éclairent la planification des soins personnalisée. L'objectif de la planification des soins personnalisée pour les personnes atteintes de MPOC est d'optimiser la gestion de la maladie et de discuter des changements susceptibles d'être nécessaires à mesure que la maladie évolue.⁸

Pour de plus amples renseignements sur les objectifs des soins et la planification préalable des soins, y compris le rôle du mandataire spécial, veuillez consulter la norme de qualité [Soins palliatifs : Soins aux adultes aux prises avec une maladie évolutive terminale](#).²

Les besoins de soins de santé des personnes atteintes de MPOC évoluent avec le temps en fonction de l'évolution et de la gravité de leur maladie. Ainsi, de nombreuses compétences différentes peuvent être requises pour fournir des soins de haute qualité aux personnes atteintes de MPOC.^{1,26} Selon les besoins d'une personne et le stade de sa maladie, ces soins peuvent être offerts par un seul professionnel de la santé possédant diverses compétences, comme un fournisseur de soins primaires, ou par plusieurs professionnels de la santé ayant une formation et des compétences différentes. La personne atteinte de MPOC, ses aidants naturels et ses professionnels de la santé forment une équipe interprofessionnelle de soins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Vos professionnels de la santé veulent apprendre à bien vous connaître. Plus ils auront de renseignements sur vous et vos objectifs, mieux ils pourront vous aider à élaborer un plan et vous offrir du soutien répondant à vos besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels.

Vous êtes au centre de vos soins et vous devriez avoir votre mot à dire dans la planification de vos soins. Si vous le désirez, les membres de votre famille, d'autres aidants naturels sélectionnés ou un mandataire spécial peuvent également participer.

Il est important de vous assurer que vous savez qui sera votre mandataire spécial si vous devenez incapable de prendre par vous-même des décisions relatives à votre santé. En vertu de la loi, la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario vous attribue automatiquement un mandataire spécial, mais vous pouvez changer de mandataire spécial en préparant un document juridique intitulé « Procuration relative au soin de la personne ». Dès que votre mandataire spécial aura été désigné, faites-lui régulièrement part de vos souhaits, valeurs et croyances. Il pourra ainsi prendre les bonnes décisions pour vous, le cas échéant. Si vos souhaits changent, tenez-le informé.

Vous obtiendrez des soins pour le traitement de MPOC de votre fournisseur de soins primaires (médecin de famille ou infirmier praticien). Mais vous pouvez aussi consulter un certain nombre de professionnels de la santé ayant des compétences différentes en matière de soins aux personnes atteintes de MPOC, comme un pneumologue (un médecin spécialisé en santé pulmonaire), un infirmier, un ergothérapeute, un inhalothérapeute, un pharmacien, un physiothérapeute ou un travailleur social. Ces professionnels de la santé, les aidants naturels que vous avez choisis et vous-même formez votre équipe de soins.

Vous devriez consulter votre professionnel de la santé une ou deux fois par année, ou plus souvent si vos symptômes de MPOC sont plus sévères. Ces rendez-vous réguliers permettent à votre professionnel de la santé de voir comment vous vous portez et d'apporter des changements à vos soins, au besoin. Ces rendez-vous vous offrent également, à vous et à vos aidants naturels, la chance de poser des questions sur la MPOC ou sur les soins que vous obtenez.

Pour les cliniciens

Engagez les personnes atteintes de MPOC dans les discussions relatives à leurs objectifs de soins et faites-les participer à la planification de leurs soins. Si les aidants naturels participent aux soins de la personne, elles devraient également participer à ces discussions avec la permission de la personne. Ces discussions peuvent aussi être une bonne occasion de discuter de la planification préalable des soins et du rôle du mandataire spécial. Assurez-vous que les personnes atteintes de MPOC reçoivent des soins interprofessionnels de professionnels de la santé capables de répondre à leurs besoins en matière de santé physique et mentale.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux personnes atteintes de MPOC d'avoir accès aux soins nécessaires et de recevoir des soins interprofessionnels en fonction de leurs besoins. Veillez à ce que les fournisseurs de soins primaires aient les connaissances et les ressources nécessaires pour orienter les personnes vers des soins interprofessionnels au besoin.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont discuté de leurs objectifs de soins avec leur équipe de soins interprofessionnelle ou leur fournisseur de soins primaires au moins une fois par an
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant effectué au moins une visite de santé programmée pour la MPOC au cours des 12 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 2.

Énoncé de qualité 4 : Information et autogestion

Les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels reçoivent de l'information à l'oral et à l'écrit sur la MPOC de leur professionnel de la santé et participent aux interventions visant à soutenir l'autogestion, y compris l'élaboration d'un plan écrit d'autogestion.

Sources: American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015³² | Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁷

Définitions

Interventions visant à soutenir l'autogestion: Selon une définition consensuelle, une intervention d'autogestion de MPOC est un plan structuré, mais personnalisé visant à motiver, à faire participer et à soutenir les personnes atteintes de MPOC concernant l'adaptation positive de leurs comportements en matière de santé et l'acquisition de compétences leur permettant de mieux gérer leur maladie.³³ Les objectifs de l'autogestion sont d'optimiser la santé physique, de réduire les symptômes et les déficiences fonctionnelles, d'améliorer la qualité de vie, y compris le bien-être émotionnel et social et d'établir des relations efficaces avec les professionnels de la santé, la famille, les amis et la collectivité.

Le processus exige des interactions itératives entre les personnes atteintes de MPOC et les professionnels de la santé formés aux techniques de changement de comportement et aux approches adaptées aux connaissances en santé pour expliquer des interventions d'autogestion. Il faut définir des besoins et des objectifs, formuler un plan pour atteindre ces objectifs et réévaluer le plan s'il y a lieu.

Plan d'autogestion écrit: Également appelé « plan d'action pour la MPOC », un plan d'autogestion écrit est un document écrit élaboré conjointement par les personnes atteintes de MPOC, leurs professionnels de la santé et leurs aidants naturels. Il décrit les traitements d'une personne ainsi que les stratégies qu'elle devrait utiliser au quotidien et dans le cas d'une exacerbation aiguë. Ce plan peut comprendre des prescriptions ou des ordonnances permanentes concernant les médicaments. Il devrait être utilisé en conjonction avec les interventions de soutien à l'autogestion fournie par un professionnel de la santé.

Justification

Les interventions de soutien à l'autogestion visent à informer, à instruire et à motiver les personnes atteintes de MPOC à adopter un changement de comportement durable et à acquérir avec assurance des compétences pour mieux gérer leurs symptômes et leur maladie.³³ Dans le cadre des interventions visant à soutenir l'autogestion, les professionnels de la santé devraient fournir aux personnes atteintes de MPOC et à leurs aidants naturels des renseignements verbaux et écrits sur la MPOC et sur la façon de la gérer.³⁴ Ils devraient également collaborer avec les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels pour élaborer et mettre à jour un plan d'autogestion ou un plan d'action personnalisé écrit sur la MPOC. Une copie du plan d'autogestion doit être remise à la personne atteinte de MPOC. L'utilisation seule d'un plan d'autogestion écrit, sans formation et sans le soutien continu d'un professionnel de la santé qualifié, ne peut être recommandée pour le moment en raison du manque d'uniformité des données probantes relatives à l'innocuité et l'efficacité.¹

On a proposé une définition consensuelle de l'autogestion de l'intervention pour la MPOC; toutefois, on dispose de peu de données probantes sur les renseignements qui devraient être fournis ou sur le moment et la fréquence des interventions.³³ Il est essentiel d'aborder les sujets suivants durant les discussions avec les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels:

- Les renseignements sur la nature de MPOC et l'évolution de la maladie
- La gestion des exacerbations aiguës au moyen d'un plan d'autogestion personnalisé écrit qui comprend des renseignements sur le moment où il faut consulter un professionnel de la santé, les médicaments à prendre et la façon de composer efficacement avec les revers et les poussées (voir l'énoncé 10)
- L'importance de la cessation du tabagisme et l'information sur les interventions disponibles pour la cessation du tabagisme (voir l'énoncé 5)
- Les médicaments utilisés pour traiter la MPOC, les techniques appropriées pour utiliser l'appareil d'inhalation et l'importance d'adhérer aux traitements d'entretien (voir l'énoncé 6)
- L'importance d'éviter les irritants pulmonaires, y compris la fumée secondaire, les produits chimiques, la pollution de l'air à l'extérieur et la pollution de l'air à l'intérieur (p. ex., par la combustion du bois et d'autres combustibles de biomasse)
- La gestion des symptômes d'essoufflement, y compris les techniques de respiration et de dégagement de la poitrine
- L'importance de la gestion du stress et de l'anxiété
- L'adoption et le maintien de comportements sains, comme l'activité physique et l'exercice, une alimentation saine, un sommeil suffisant, la vaccination et l'hygiène des mains
- Les soutiens sociaux et communautaires disponibles, y compris les groupes de soutien officiels, et l'importance de la cohésion sociale
- Les renseignements sur le soutien disponible en matière de soins palliatifs permettant d'améliorer la qualité de vie

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Votre professionnel de la santé devrait vous donner des explications sur la MPOC, y compris la manière dont la maladie évolue, ce qui peut être fait pour vous aider, et ce que vous pouvez faire pour prendre soin de vous-même.

Vous pouvez également en apprendre davantage sur la MPOC en discutant avec d'autres personnes vivant avec la MPOC. Cette façon de faire s'appelle parfois le « soutien par les pairs ». Le soutien des pairs peut prendre place dans un contexte de groupe formel, ou il peut être informel, comme lorsque quelqu'un partage son expérience avec vous.

Vous, vos aidants naturels et votre professionnel de la santé devez travailler ensemble pour vous aider à rester aussi en santé que possible et savoir comment gérer les poussées. L'un des aspects de vos soins où vous jouez un rôle important s'appelle l'autogestion. Un plan d'autogestion ou un plan d'action pour la MPOC décrira tout ce que vous pouvez faire pour prendre soin de vous-même. Ce plan décrit vos médicaments et la façon de les prendre, les choses que vous pouvez faire chaque jour pour rester en santé et ce que vous devez faire si vous avez une poussée de symptômes.

Pour bien vivre avec la MPOC, vous devez avant tout prendre soin de vous. Voici quelques choses que vous pouvez faire :

- Si vous fumez, cesser de fumer
- Prendre vos médicaments tels que prescrits par votre professionnel de la santé
- Assurez-vous de savoir comment utiliser votre inhalateur et vos autres médicaments correctement
- Recevoir les vaccins recommandés par votre professionnel de la santé
- Rester actif et faire de l'exercice
- Manger des aliments sains
- Dormir suffisamment
- Apprendre des techniques de gestion du stress
- Apprendre à reconnaître les signes d'une poussée et ce que vous devez faire si vous en avez une
- Si vous suivez une oxygénothérapie, utiliser l'oxygène tel que prescrit par votre professionnel de la santé
- Rester en contact avec votre famille, vos amis et la collectivité
- Vous laver les mains fréquemment pour prévenir les rhumes ou la grippe

Pour les cliniciens

Offrez des interventions visant à soutenir l'autogestion aux personnes atteintes de MPOC et à leurs aidants naturels. Travaillez avec les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels afin de créer un plan d'autogestion écrit et assurez-vous qu'il s'accompagne d'une formation et d'un soutien

structuré de façon à prévenir ou à réduire le risque d'exacerbation aiguë grave de MPOC. Fournissez aux personnes atteintes de MPOC de l'information sur les programmes locaux d'éducation et d'exercices respiratoires et aiguillez-les vers ces programmes.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que les personnes atteintes de MPOC ont accès à des professionnels de la santé formés pour offrir des interventions visant à soutenir l'autogestion de MPOC, y compris, mais sans s'y limiter, les inhalothérapeutes et autres professionnels de la santé qui sont des éducateurs certifiés spécialisés en santé respiratoire.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui participent à une ou plusieurs interventions avec leur professionnel de la santé pour favoriser l'autogestion
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont un plan d'autogestion écrit
- Pourcentage des personnes atteintes de MPOC qui ont déclaré avoir confiance en l'autogestion de leurs symptômes

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 2.

Énoncé de qualité 5 : Promotion de la cessation du tabagisme

Chaque fois que l'occasion se présente, les personnes atteintes de MPOC se font poser des questions au sujet de leur usage du tabac. Des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques servant à soutenir la cessation du tabagisme sont offertes aux personnes qui continuent de fumer.

Sources: American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015³² | Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶

Définition

Interventions pour la cessation du tabagisme: Un éventail d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques sont disponibles pour aider les personnes à cesser de fumer. Ces interventions incluent, sans s'y limiter, les options suivantes :

- Du soutien comportemental
- Une thérapie intensive (≥ 90 minutes par séance)
- Des rencontres de motivation
- Des produits de thérapie de remplacement de la nicotine
- De la pharmacothérapie (p. ex., le bupropion, la varénicline)

Justification

Le tabagisme actuel ou passé est le facteur de risque le plus fréquent pour contracter une MPOC.³ Les estimations suggèrent que jusqu'à 30 % à 36 % des personnes atteintes de MPOC sont des fumeurs actuels (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2016, Statistique Canada).³⁵ Smoking cessation is one of the most effective ways to slow the progression of the disease, reduce symptom severity, and prevent acute exacerbations.^{3,7,32} Chaque rencontre avec un professionnel de la santé est l'occasion de discuter de l'usage du tabac et de la cessation du tabagisme avec les personnes atteintes de MPOC.^{8,36} Les interventions pour la cessation du tabagisme offertes à une personne atteinte de MPOC devraient être adaptées à son état de préparation au changement. Pour les personnes qui ont cessé de fumer, la discussion devrait porter sur les interventions supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour les aider à continuer leur processus de cessation du tabagisme.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Si vous fumez du tabac, votre professionnel de la santé devrait parler avec vous de l'importance pour votre santé de cesser de fumer. Il existe différents types de traitement qui peuvent vous aider, comme le suivi psychologique, la thérapie de remplacement de la nicotine et d'autres médicaments. Vous pouvez parler avec votre professionnel de la santé afin de déterminer les meilleures options pour vous. Vous pouvez également vous référer au [programme de traitement antitabac pour les patients de l'Ontario \(STOP\)](#) (en anglais seulement).

Pour les cliniciens

Questionnez les personnes atteintes de MPOC sur leur usage du tabac chaque fois que vous les voyez. S'ils ont arrêté de fumer, demandez-leur s'ils ont besoin de soutien supplémentaire. S'ils fument encore ou s'ils ont recommencé à fumer, utilisez des techniques d'entrevue motivationnelle pour les encourager à envisager d'arrêter. Offrez des interventions appropriées pour la cessation du tabagisme, y compris du soutien comportemental, des suivis psychologiques intensifs, des médicaments ou de l'aiguillage vers d'autres professionnels de la santé et des programmes qui offrent ces types de soutien (comme le [programme de traitement antitabac pour les patients de l'Ontario \[STOP\]](#); en anglais seulement).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques de cessation du tabagisme soient accessibles dans la collectivité pour aider les personnes atteintes de MPOC à cesser de fumer, comme le programme Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac.³⁷ Veillez à ce que les professionnels de la santé soient formés pour offrir des suivis psychologiques sur la cessation du tabagisme, par exemple dans le cadre du projet TEACH (Guide des services communautaires – programme de navigation à l'intention des patients).³⁸

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument quotidiennement du tabac (une valeur inférieure est préférable)
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac et qui ont reçu des interventions de suivi psychologique pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac et qui ont reçu une intervention pharmacologique pour cesser de fumer au cours des 12 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 2.

Énoncé de qualité 6 : Gestion pharmacologique de MPOC stable

Les personnes dont le diagnostic de MPOC a été confirmé se voient offrir une pharmacothérapie personnalisée afin d'alléger leurs symptômes et de prévenir les exacerbations aiguës. Leurs médicaments sont revus au moins une fois par an.

Sources: American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015³² | Société canadienne de thoracologie, 2023²⁴ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸

Définition

Pharmacothérapie personnalisée: Toutes les personnes atteintes de MPOC devraient apprendre à utiliser correctement un inhalateur et à maîtriser la technique d'administration. Lorsque cela est approprié, l'utilisation d'un dispositif d'espacement doit être envisagée (par exemple, lors de l'utilisation d'aérosols-doseurs pressurisés). Idéalement, pour une plus grande adhésion au traitement et de meilleurs résultats pour le patient, il est préférable de combiner les différents médicaments à inhaler dans un seul inhalateur (si possible), plutôt que de les administrer dans plusieurs inhalateurs.

Un bronchodilatateur par inhalation à courte durée d'action et à action rapide, destiné à soulager immédiatement les symptômes, doit être proposé à toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de MPOC.^{8,24} Un bronchodilatateur par inhalation à longue durée d'action – soit un anti-muscarinique à longue durée d'action (AMLA) soit un bêta-2-agoniste à longue durée d'action (BALA) – doit être proposé aux personnes présentant une MPOC légère.²⁴ Il convient de proposer aux personnes atteintes de MPOC modérée à sévère, mais sans exacerbations fréquentes ou graves et sans caractéristiques d'asthme, une double thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (c'est-à-dire AMLA/BALA) en tant que pharmacothérapie d'entretien initiale.²⁴

Pour les personnes atteintes de MPOC et d'asthme concomitant, la pharmacothérapie d'entretien initiale doit inclure un inhalateur associant un BALA et un corticostéroïde par inhalation à dose faible à modérée.^{3,8,24} La monothérapie par corticostéroïde par inhalation n'est pas indiquée pour le traitement de la MPOC, et le traitement par BALA/corticostéroïde par inhalation n'est pas indiqué comme médicament de première ligne chez les personnes ne souffrant pas d'asthme concomitant.

Si l'essoufflement persiste ou s'aggrave chez les personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave qui reçoivent déjà une bithérapie AMLA et BALA, il convient de réévaluer la gravité de la limitation du débit d'air (voir l'énoncé de qualité 2), les comorbidités, l'observance du traitement médicamenteux, l'utilisation de l'inhalateur et la technique d'administration avant d'envisager de passer à une

trithérapie combinée (corticostéroïde inhalé/AMLA et BALA), de préférence dans un seul inhalateur.^{8,24}

Si la personne présente des exacerbations aiguës fréquentes ou graves nécessitant un traitement par antibiotiques ou par corticostéroïde administré par voie générale, une trithérapie inhalée combinée dans un seul inhalateur (corticostéroïde inhalé/AMLA/BALA) doit être administrée pour aider à prévenir les exacerbations aiguës. Dans certains cas, un traitement pharmacologique oral peut également être envisagé (par exemple, mucolytiques, macrolides ou roflumilast).³

La pharmacothérapie doit être individualisée en fonction de la gravité des symptômes et de la fréquence et de la gravité des exacerbations aiguës, conformément aux recommandations et aux algorithmes de traitement actuels.^{3,24}

Justification

La gestion pharmacologique de MPOC symptomatique exige généralement que des médicaments supplémentaires soient ajoutés au traitement d'une personne au fur et à mesure que les symptômes évoluent.^{32,39} De nombreuses personnes peuvent ne pas reconnaître les symptômes ou ne pas les attribuer à la MPOC. La pharmacothérapie peut aider à réduire les symptômes quotidiens d'une MPOC stable et à prévenir ou à réduire la gravité des exacerbations aiguës de MPOC. Les médicaments offerts devraient être choisis en fonction d'une évaluation complète (voir l'énoncé 2). Les questions liées au respect de la médication, à la capacité de la personne d'utiliser un système d'administration de médicaments et à la capacité de la personne de payer ses médicaments devraient être prises en considération. Lorsqu'on leur offre une gestion pharmacologique, les personnes atteintes de MPOC devraient apprendre quand et comment utiliser correctement les médicaments et leur système d'administration, y compris la technique d'inhalation et l'utilisation d'un dispositif d'espacement, le cas échéant.⁸ Si des médicaments différents ou additionnels sont prescrits pendant une exacerbation aiguë de MPOC, le bilan comparatif des médicaments devrait être une priorité pendant le suivi une fois que les symptômes aigus ont disparu (voir les énoncés 10 et 11). Les médicaments devraient être revus au moins une fois par an.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Les médicaments constituent une partie importante de la gestion de MPOC. Ils peuvent vous aider à gérer vos symptômes au quotidien ainsi qu'à prévenir et à gérer les exacerbations aiguës de MPOC, aussi appelées « poussées ».

Votre professionnel de la santé devrait vous expliquer comment et quand prendre vos médicaments. Si vous utilisez un inhalateur, votre professionnel de la santé devrait également vous demander de lui montrer comment vous l'utilisez afin de s'assurer que vous l'utilisez avec aisance.⁵

Il existe de nombreux médicaments différents, y compris plusieurs types d'inhalateurs, qui peuvent vous aider à gérer votre MPOC. Si vous ne vous sentez pas bien avec vos médicaments actuels, parlez-

en à votre professionnel de la santé pour voir s’il existe un autre type de médicament que vous pouvez essayer.

Pour les cliniciens

Prescrivez des médicaments pour gérer les symptômes d’une MPOC stable et prévenir les exacerbations aiguës de façon progressive en vous appuyant sur les recommandations et les algorithmes de traitement actuels, selon les résultats d’une évaluation complète.^{5,19} Donnez aux personnes atteintes de MPOC des instructions claires sur le moment et la façon d’utiliser correctement les médicaments et leur système d’administration. Donnez des instructions sur la bonne technique d’inhalation et l’utilisation d’un dispositif d’espacement, au besoin, et demandez aux participants de démontrer comment ils utilisent leur inhalateur pour vous assurer qu’ils aient la bonne technique, le cas échéant. Cette technique d’enseignement aux patients s’appuie sur leur capacité à expliquer ce qu’ils ont appris.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place et à ce que les professionnels de la santé reçoivent une formation leur permettant d’offrir et de prescrire des médicaments appropriés pour la gestion d’une MPOC stable.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l’amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui reçoivent la thérapie bronchodilatatrice approprié en fonction de la gravité de la MPOC
 - Thérapie bronchodilatatrice à courte durée d'action pour toutes les personnes atteintes de MPOC
 - Thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (AMLA ou BALA) pour les personnes atteintes de MPOC légère
 - Double thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (AMLA/BALA) pour les personnes atteintes de MPOC modérée à sévère, mais sans exacerbations fréquentes ou sévères
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui reçoivent un corticostéroïde en monothérapie par inhalation (un pourcentage plus bas est mieux)
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui utilisent correctement leur système d’administration de médicaments par inhalation
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont les médicaments ont été examinés au cours des 12 derniers mois, ou plus fréquemment si cliniquement indiqué

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 2.

Énoncé de qualité 7 : Vaccinations

Les personnes atteintes de MPOC se voient proposer des vaccins contre la grippe, le pneumocoque et d'autres vaccins, le cas échéant.

Sources: American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015³² | Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶

Définitions

Vaccination contre l'influenza: La vaccination contre l'influenza devrait être offerte chaque année à toutes les personnes atteintes de MPOC, sauf s'il y a contre-indication.^{40,41} Les personnes atteintes d'immunosuppression (p. ex., celles qui reçoivent un traitement affaiblissant le système immunitaire comme des corticostéroïdes à long terme) et celles qui sont âgées de 65 ans ou plus devraient recevoir une dose élevée du vaccin contre l'influenza.³⁷

Vaccinations contre le pneumocoque: Les vaccins contre le pneumocoque devraient être offerts à toutes les personnes atteintes de MPOC, sauf s'il y a contre-indication. Les deux vaccins disponibles devraient être envisagés en fonction des énoncés du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et des indications cliniques individuelles, comme l'âge et la présence de facteurs contribuant à un risque accru de contracter une pneumococcie invasive (p. ex., l'utilisation de traitements affaiblissant le système immunitaire comme les corticostéroïdes à long terme).⁴²⁻⁴⁴

Autres vaccins : Les personnes atteintes de MPOC peuvent courir un risque accru de maladie grave due à la COVID-19 (coronavirus) et devraient se voir proposer des vaccins à jour conformément aux déclarations ou recommandations du CCNI.^{3,45,46} Le vaccin Tdap (DTaP/dTPa) pour la protection contre la coqueluche devrait être proposé aux personnes atteintes de MPOC si elles n'ont pas été vaccinées à l'adolescence. Les personnes atteintes de MPOC âgées de 50 ans et plus devraient également se voir proposer une vaccination systématique contre le zona pour se protéger contre le zona (herpès varicelle-zona).³

Justification

L'infection par l'influenza et les infections à pneumocoques, ainsi que les complications comme la pneumonie, peuvent aggraver les symptômes quotidiens des personnes atteintes de MPOC et entraîner des exacerbations aiguës, des hospitalisations et même la mort.³ La vaccination annuelle contre l'influenza a permis de réduire le nombre d'infections respiratoires et le nombre d'exacerbations aiguës chez les personnes atteintes de MPOC.³² La vaccination annuelle contre l'influenza a également permis de réduire le nombre d'hospitalisations en raison de l'influenza et la

pneumonie et de réduire les taux de mortalité chez les personnes atteintes de MPOC.^{3,8} Les avantages potentiels de la vaccination contre le pneumocoque comprennent la prévention de la pneumonie communautaire et de la maladie pneumococcique invasive.³ Les soignants et les membres de la famille des personnes atteintes de MPOC devraient également être encouragés à se faire vacciner contre la grippe et autres, le cas échéant.

D'autres vaccins peuvent également être bénéfiques pour les personnes atteintes de MPOC. Alors que des variantes et des sous-variantes du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) circulent au Canada et dans le monde, les personnes atteintes de MPOC devraient se voir proposer des vaccins à jour contre la COVID-19, conformément aux recommandations nationales, afin de réduire leur risque de complications sévères dues à la maladie.^{3,45} La vaccination Tdap (DTaP/dTPa) protège contre la coqueluche, qui est connue pour augmenter le risque d'exacerbations de la MPOC et la probabilité d'autres complications courantes pouvant nécessiter une hospitalisation, telles que les infections de l'oreille ou des sinus ou la pneumonie.^{3,47,48,49} Les personnes atteintes de MPOC âgées de 50 ans et plus présentent un risque plus élevé de contracter le zona et devraient se voir proposer une vaccination systématique contre le zona.^{3,50}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

La grippe et d'autres infections, comme la pneumonie (une infection pulmonaire), peuvent aggraver les symptômes de la MPOC. Un vaccin contre la grippe devrait vous être proposé chaque année. Des vaccins contre la pneumonie, la COVID-19, la coqueluche (si vous ne l'avez pas reçu à l'adolescence) et le zona (si vous êtes âgé de 50 ans ou plus) devraient également vous être proposés. Vos soignants et les membres de votre famille devraient également être encouragés à se faire vacciner correctement pour vous protéger.

Pour les cliniciens

Veiller à ce que les personnes atteintes de MPOC se voient proposer chaque année un vaccin contre la grippe, ainsi que des vaccins contre le pneumocoque et contre la COVID-19, en fonction de leur âge et de leurs facteurs de risque individuels, comme indiqué dans les déclarations du CCNI.⁴²⁻⁴⁴ Veiller à ce que les personnes atteintes de MPOC qui n'ont pas été vaccinées contre la coqueluche à l'adolescence se voient proposer le vaccin Tdap (DTaP/dTPa). Veiller à ce que les personnes atteintes de MPOC âgées de 50 ans et plus se voient proposer une vaccination systématique contre le zona.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les vaccins contre la grippe, le pneumocoque, la COVID-19, le Tdap (DTaP/dTPa) et le zona soient disponibles en quantités suffisantes dans les établissements de soins primaires et communautaires, et qu'ils soient financièrement abordables. Veiller à ce que les professionnels de la santé soient informés de la manière dont ces vaccins doivent être administrés, quand et à qui.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant reçu un vaccin contre l'influenza au cours des 12 derniers mois
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant reçu un vaccin contre le pneumocoque
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui sont à jour sur leurs autres vaccins (par exemple, COVID-19, Tdap [DTaP/dTPa], zona)

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 2.

Énoncé de qualité 8 : Soins respiratoires spécialisés

Les personnes ayant un diagnostic confirmé de MPOC sont aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés lorsque c'est cliniquement indiqué, après avoir reçu une évaluation complète et des traitements en soins primaires. Cette consultation a lieu conformément à l'urgence de leur état de santé.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶

Définitions

Soins respiratoires spécialisés: Selon l'indication clinique, les soins respiratoires spécialisés peuvent être offerts par un pneumologue, un interniste général spécialisé en médecine respiratoire ou un médecin de famille ou un infirmier praticien spécialisé en médecine respiratoire ou travaillant dans une clinique spécialisée en santé respiratoire.

Cliniquement indiqué: Les indications cliniques pour l'aiguillage vers des soins respiratoires spécialisés comprennent, sans toutefois s'y limiter, ce qui suit :

- Une diminution accélérée de la fonction pulmonaire
- Une évaluation est requise pour l'un ou l'autre des éléments suivants:
 - Le traitement pharmacologique oral (p. ex., mucolytiques, macrolides, roflumilast et théophylline)
 - L'oxygénothérapie à long terme
 - La réadaptation pulmonaire
 - L'aptitude à voyager en avion d'une personne atteinte d'hypoxémie
 - L'intervention chirurgicale
- Les comorbidités complexes (voir l'énoncé 2)
- Les infections fréquentes
- L'hémoptysie
- L'hypercapnie
- L'apparition d'hypertension pulmonaire
- L'apparition de symptômes à un jeune âge ou des antécédents familiaux de déficit en alpha-1-antitrypsine

- Besoin d'un deuxième avis (par exemple, en cas d'incertitude diagnostique ou si les symptômes ne s'améliorent pas)
- Une MPOC grave ou très grave
- Des exacerbations aiguës graves ou récurrentes
- Des symptômes graves disproportionnés par rapport à la limitation du débit de l'air
- Un diagnostic incertain

Justification

Les personnes atteintes de MPOC peuvent avoir besoin de soins spécialisés à différentes étapes de leur parcours de soins, selon les connaissances et les compétences de leur fournisseur de soins primaires ou des autres membres de leur équipe de soins interprofessionnels, et selon les changements dans leur état de santé. Avant d'être aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés, les personnes soupçonnées d'être atteintes de MPOC devraient généralement passer un test de spirométrie pour confirmer leur diagnostic (voir l'énoncé 1), recevoir une évaluation complète (voir l'énoncé 2) et participer à des discussions sur les objectifs de soins et à la planification des soins personnalisés (voir l'énoncé 3). On devrait également leur offrir une pharmacothérapie (voir l'énoncé 6) et d'autres mesures de prévention secondaire pertinentes (voir les énoncés 4, 5, 7 et 9).

Dans certains cas, une consultation téléphonique ou électronique sécurisée entre le fournisseur de soins primaires d'une personne et un spécialiste peut suffire. Une communication continue entre la personne atteinte de MPOC, son fournisseur de soins primaires, les autres membres de son équipe de soins interprofessionnelle et son spécialiste peut aider à rassurer la personne atteinte de MPOC, à veiller à ce que l'aiguillage ait été effectué de façon appropriée par le fournisseur de soins primaires et à confirmer que les aiguillages ont été reçus et que leur priorité a été établie.

Les aiguillages devraient comprendre les résultats de la spirométrie, les résultats de l'évaluation complète, des renseignements sur le plan de soins personnalisé de la personne (y compris les objectifs de soins), une copie du plan d'autogestion écrit de la personne et l'indication clinique de l'aiguillage. Ces renseignements permettront de s'assurer que les personnes atteintes de MPOC sont vues en fonction de l'urgence de leur état de santé et ne subissent que les examens qui n'ont pas encore été effectués.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

À un moment donné, votre professionnel de la santé peut juger que vous devez consulter un médecin spécialisé en santé pulmonaire. Il s'agit généralement d'un pneumologue, mais il peut également s'agir d'un interniste généraliste, d'un médecin de famille ou d'un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) dans la santé pulmonaire.

Avant de vous adresser à un spécialiste en santé pulmonaire, votre professionnel de la santé devrait vous évaluer en profondeur et vous donner des médicaments pour vous aider à contrôler vos symptômes.

Si vous êtes aiguillé vers un spécialiste en santé pulmonaire, votre professionnel de la santé devrait vous informer de la date de votre rendez-vous avec ce spécialiste. Il devrait également vous communiquer la rétroaction du spécialiste à la suite de votre consultation.

Pour les cliniciens

Soins primaires : Confirmez le diagnostic de MPOC par spirométrie et effectuez une évaluation complète avant d'envisager l'aiguillage vers des soins respiratoires spécialisés. Fournissez un aiguillage détaillé, y compris les résultats de la spirométrie, les résultats de l'évaluation complète, le plan de soins personnalisé de la personne, une copie du plan d'autogestion de la personne ainsi que l'indication clinique de l'aiguillage.

Soins respiratoires spécialisés : Communiquez avec le fournisseur de soins primaires de la personne pour l'informer du délai de la réponse pour l'aiguillage.

Dans certaines circonstances, il peut être approprié ou préférable que la consultation entre les services de soins primaires et de soins respiratoires spécialisés se fasse par téléphone ou par courriel.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que les systèmes, les processus et les ressources sont en place pour que toutes les personnes atteintes de MPOC aient accès en temps opportun à des soins respiratoires spécialisés, au besoin, sur recommandation de leur fournisseur de soins primaires.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés lorsqu'ils sont cliniquement indiqués
- Temps d'attente entre l'aiguillage vers des soins respiratoires spécialisés et la première consultation de soins respiratoires spécialisés
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui sont vues par un pneumologue

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 2.

Énoncé de qualité 9 : Réadaptation pulmonaire

Les personnes atteintes de MPOC stable, de sévérité modérée à grave, sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire si elles sont limitées dans leurs activités ou leurs exercices et souffrent d'essoufflement, malgré une pharmacothérapie appropriée.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2015⁵¹

Définitions

MPOC stable, modérée à grave : La gravité d'une MPOC stable peut être classée en fonction de la gravité de la limitation du débit de l'air et du degré d'incapacité⁷ :

- Gravité de la limitation du débit de l'air (en pourcentage prévu)
 - Légère : $VEMS1 \geq 80 \%$
 - Modérée : $50 \% \leq VEMS1 < 80 \%$
 - Grave : $30\% \leq VEMS1 < 50 \%$
 - Très grave : $VEMS1 < 30 \%$
- Degré d'incapacité (p. ex., selon l'échelle de dyspnée du MRC)
 - Légère : Essoufflement en raison de la MPOC lors d'une marche rapide sur un terrain plat ou de l'ascension d'une colline à faible inclinaison (grade 2 sur l'échelle du MRC)
 - Modérée : Essoufflement causé par la MPOC entraînant l'arrêt de la personne après une marche d'environ 100 mètres (ou après quelques minutes) sur un terrain plat (grades 3 ou 4 sur l'échelle du MRC)
 - Grave : Essoufflement causé par la MPOC qui fait en sorte que la personne est trop essoufflée pour quitter la maison, ou elle est essoufflée lorsqu'elle s'habille ou se déshabille (grade 5 sur l'échelle du MRC) ou en raison de la présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite

La réadaptation pulmonaire: La réadaptation pulmonaire consiste en un entraînement aérobique (endurance) et de résistance (force) supervisé pour augmenter la capacité à faire de l'exercice et améliorer l'état fonctionnel. D'autres composantes comprennent l'éducation et l'autogestion, y compris les interventions comportementales, le soutien nutritionnel et psychologique, ainsi que la

mesure des résultats.⁵ Les programmes, d'une durée minimale de 6 à 8 semaines, sont multicomposants, interdisciplinaires et individualisés.^{1,19}

Pour qu'une personne soit admissible à l'inscription aux programmes, elle doit être atteinte d'une MPOC symptomatique cliniquement stable caractérisée par un essoufflement accru et des niveaux d'activité réduits malgré un traitement pharmacologique approprié, ne présenter aucune preuve de troubles cardiovasculaires, neurologiques ou musculosquelettiques mal contrôlés qui pourraient limiter sa participation et avoir la capacité de comprendre les instructions ainsi que la volonté de participer.

Justification

La réadaptation pulmonaire est une intervention interdisciplinaire conçue et adaptée selon l'individu pour optimiser l'état physique et psychologique des personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques comme la MPOC.¹⁹ La réadaptation pulmonaire devrait être offerte aux personnes atteintes de MPOC qui demeurent symptomatiques malgré un traitement pharmacologique approprié (voir l'énoncé 6).^{3,7,8,14}

En Ontario, les programmes de réadaptation pulmonaire n'ont pas une capacité suffisante pour desservir toutes les personnes atteintes de MPOC qui souhaitent y participer, et les listes d'attente peuvent être longues.⁵² De 2016 à 2021, entre 200 et 500 personnes atteintes de MPOC ont utilisé chaque année des services de réadaptation en milieu hospitalier; en revanche, aucune donnée n'est disponible sur l'utilisation des programmes de réadaptation pulmonaire ambulatoires ou communautaires (National Rehabilitation Reporting System, IntelliHealth, 2023). Les personnes qui suivent un programme de réadaptation pulmonaire peuvent bénéficier de la participation à des programmes d'exercices pour maintenir leur fonction, améliorer leur capacité d'exercice et leurs connaissances sur la MPOC, réduire la dyspnée et les symptômes d'anxiété et de dépression, et améliorer leur sentiment de bien-être global.^{1,3,5}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Il est important pour votre santé que vous demeuriez actif et fassiez de l'exercice. Vous pouvez parler avec votre professionnel de la santé au sujet des types d'exercice qui pourraient être bons pour vous et des médicaments qui pourraient vous aider à demeurer actif. Votre professionnel de la santé peut également vous donner des renseignements sur les programmes locaux en matière de santé respiratoire et d'exercice.

Si vous prenez vos médicaments comme indiqué, mais que vous avez encore de la difficulté à être actif et que vous vous sentez souvent essoufflé, votre professionnel de la santé peut vous suggérer d'adhérer à un programme de réadaptation pulmonaire.

Les programmes de réadaptation pulmonaire sont conçus pour les personnes atteintes de MPOC. Ils sont offerts dans un hôpital ou une clinique dans votre collectivité. Ces programmes vous permettront d'en apprendre davantage sur la MPOC afin de vous aider à comprendre et à gérer vos

symptômes. Ils comprennent également un programme d'exercices personnalisés et soutenus visant à améliorer votre respiration et votre forme physique ainsi qu'à faciliter vos activités quotidiennes. Ils fournissent également du soutien affectif et par les pairs.

Si vous suivez un programme de réadaptation pulmonaire, votre professionnel de la santé devrait travailler avec vous afin de trouver des moyens de rester actif après que le programme ait pris fin.

Pour les cliniciens

Discutez de l'option de traitement par réadaptation pulmonaire avec des personnes atteintes de MPOC stable modérée à grave et aiguillez-les vers des programmes de réadaptation pulmonaire, le cas échéant. En cas de longs temps d'attente avant de pouvoir entreprendre un programme de réadaptation pulmonaire, fournissez aux personnes atteintes de MPOC de l'information sur les programmes locaux de formation et d'exercices respiratoires et aiguillez-les vers ces programmes.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité de programmes de réadaptation pulmonaire pour les personnes atteintes de MPOC stable modérée à grave qui éprouvent des limitations de leur capacité à faire de l'activité ou de l'exercice et qui sont essoufflées malgré une gestion pharmacologique appropriée.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave qui éprouvent des limitations d'activité ou d'exercice et de l'essoufflement malgré une gestion pharmacologique appropriée et qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC et admissibles à l'inscription à un programme de réadaptation pulmonaire qui participent au programme
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui commencent un programme de réadaptation pulmonaire et qui le mène à bonne fin
- Disponibilité locale des programmes de réadaptation 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 2.

Énoncé de qualité 10 : Gestion d'exacerbations aiguës de MPOC

Les personnes atteintes de MPOC ont accès aux services de leur fournisseur de soins primaires ou d'un professionnel de la santé de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant le début d'une exacerbation aiguë.

Source: Consensus du comité consultatif

Définitions

Accès: L'accès aux services du fournisseur de soins primaires ou d'un membre de l'équipe de soins interprofessionnelle d'une personne peut se faire en personne ou virtuellement par téléphone ou autre technologie à distance.

Exacerbations aiguës de MPOC: Les exacerbations aiguës de MPOC se caractérisent par une aggravation des symptômes respiratoires, comme l'essoufflement, la toux et la production d'expectorations (purulentes ou non) qui est plus grave que les variations des symptômes auxquelles une personne atteinte de MPOC est habituée au quotidien et une durée d'au moins 48 heures.^{7,32} La gravité d'une exacerbation aiguë est classée selon le traitement requis :

- Légère : nécessite un traitement par bronchodilatateurs inhalés seulement, à l'extérieur de l'hôpital
- Modérée : nécessite un traitement par bronchodilatateurs inhalés, antibiotiques et (ou) corticostéroïdes, habituellement à l'extérieur de l'hôpital
- Grave : peut être associée à une insuffisance respiratoire aiguë; nécessite un traitement à l'hôpital (consultation au service des urgences avec admission possible à l'hôpital)

Justification

Chez les personnes atteintes de MPOC, les exacerbations aiguës de MPOC sont la principale raison des consultations médicales imprévues, de l'hospitalisation et, lorsqu'elles sont graves, du décès.⁷ Même après la stabilisation des personnes atteintes de MPOC, ces poussées épisodiques des symptômes ont des répercussions sur l'état de santé, notamment une diminution de la fonction pulmonaire et de la qualité de vie liée à la santé.⁷ En général, les exacerbations surviennent lorsque les personnes atteintes de MPOC ont des infections respiratoires. Parfois, la cause des exacerbations est l'exposition à des facteurs déclencheurs dans l'environnement tels que la pollution atmosphérique ou des changements de température. D'autres fois, la cause des exacerbations est inconnue.³²

Certaines personnes recevront leur diagnostic initial de MPOC pendant ou après une exacerbation aiguë. Toutes les personnes atteintes de MPOC devraient être informées des signes et symptômes précoces des exacerbations aiguës afin de pouvoir prendre des mesures pour éviter que leur maladie ne s'aggrave si elles se manifestent (voir l'énoncé 4). Les aidants naturels devraient également être au courant de ces signes et symptômes, et ceux-ci devraient être notés dans le plan d'autogestion de la personne.

Quel que soit le plan d'autogestion ou le plan d'action qu'elles ont établi avec leurs professionnels de la santé, toutes les personnes atteintes de MPOC devraient pouvoir communiquer avec un professionnel de la santé de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant le début d'une exacerbation aiguë (aggravation des symptômes respiratoires qui dure au moins 48 heures). Au cours d'une exacerbation aiguë ou d'une exacerbation aiguë soupçonnée, les professionnels de la santé devraient obtenir les antécédents complets de la personne pour aider à déterminer et à clarifier la cause de l'aggravation de ses symptômes.⁷ Dans certains cas, le fait d'avoir accès en temps opportun aux services d'un professionnel de la santé capable de fournir un soutien structuré pour aider la personne dans l'application de son plan d'autogestion peut éviter qu'elle ait à se rendre au service des urgences ou à l'hôpital. Cependant, des exacerbations plus graves de MPOC nécessitent une consultation au service des urgences ou une admission à l'hôpital.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Il est important de savoir repérer les poussées de vos symptômes afin que vous puissiez éviter que ceux-ci ne s'aggravent. Vous pourriez être en début de poussée si vous présentez un ou plusieurs des symptômes les suivants :

- Vous êtes plus essoufflé que d'habitude
- Vous toussiez plus que d'habitude
- Vous avez une toux plus grasse que d'habitude
- La consistance ou la couleur de votre mucus a changé
- Il y a présence de sang dans votre mucus

Au fil du temps, de nombreuses personnes atteintes de MPOC apprennent à reconnaître les signes et les symptômes précoces d'une poussée. Certaines personnes constatent qu'elles commencent à ressentir un malaise général, ont besoin de plus de repos, ont de la difficulté à dormir, n'ont plus d'appétit ou deviennent confuses et agitées et perdent tout intérêt pour ce qui les entoure. Les personnes qui ont des problèmes de santé en plus de MPOC remarquent parfois que leurs symptômes non respiratoires s'aggravent d'abord.

Si vous avez une poussée, suivez les instructions de votre plan d'autogestion écrit ou de votre plan d'action pour la MPOC. Si vos symptômes durent depuis 48 heures ou s'aggravent, communiquez immédiatement avec votre professionnel de la santé.

Pour les cliniciens

Expliquez aux personnes atteintes de MPOC les signes et les symptômes d'une exacerbation aiguë afin qu'elles sachent quelles mesures prendre si elles en éprouvent une. Assurez-vous que les personnes atteintes de MPOC savent avec quel membre de leur équipe de soins communiquer en cas d'exacerbation aiguë et qu'elles disposent des coordonnées appropriées. Assurez-vous que les personnes atteintes de MPOC sont en mesure de communiquer avec un membre de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant l'apparition d'une exacerbation aiguë.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que les ressources et les processus sont en place pour que les personnes atteintes de MPOC aient accès à des soins primaires dans les 24 heures suivant le début d'une exacerbation aiguë.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont consulté (en personne ou virtuellement) leur fournisseur de soins primaires ou un professionnel de la santé de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant le début d'une exacerbation aiguë
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë et qui étaient satisfaites du temps d'attente pour consulter leur fournisseur de soins primaires ou un membre de leur équipe de soins interprofessionnelle pendant l'exacerbation

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 2.

Énoncé de qualité 11 : Suivi après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC

Les personnes atteintes de MPOC qui ont été hospitalisées pour une exacerbation aiguë font l'objet d'une évaluation de suivi en personne dans les sept jours suivant leur congé.

Sources: Consensus du comité consultatif | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹

Définition

Évaluation de suivi en personne^{1,3,14} : L'évaluation initiale de suivi en personne peut être effectuée par l'un des différents professionnels de la santé possédant des expertises différentes dans l'évaluation d'une personne atteinte de MPOC, après le congé de l'hôpital. Ces professionnels de la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, les médecins de famille, les infirmiers praticiens, les inhalothérapeutes et les autres professionnels de la santé qui sont des éducateurs certifiés spécialisés en santé respiratoire, qui possèdent une expertise en santé respiratoire ou qui agissent à titre de coordonnateur des soins ou de gestionnaire de cas pour les personnes atteintes de MPOC, comme les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens et les infirmiers (y compris les infirmiers qui offrent des soins à domicile en intervention rapide).

L'évaluation de suivi après l'hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC devrait être personnalisée et liée aux spécificités de l'hospitalisation. Les évaluations de suivi incluent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- L'examen des comorbidités pertinentes repérées pendant l'hospitalisation
- La mise à jour et le bilan comparatif des médicaments, y compris la dose et la fréquence d'administration, et l'enseignement des techniques d'inhalation (voir l'énoncé 6)
- L'évaluation des obstacles à l'adaptation à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée et des besoins en matière de soins à domicile et dans la collectivité ou l'accès à ces soins (voir l'énoncé 3)
- La confirmation que des tests de spirométrie ont été effectués pour appuyer le diagnostic et déterminer la limitation du débit de l'air (voir les énoncés 1 et 2)
- L'information au sujet de la MPOC et les interventions d'autogestion (voir l'énoncé 4)
- La promotion de la cessation du tabagisme (voir l'énoncé 5)
- L'examen des vaccins nécessaires (voir l'énoncé 7)

- La confirmation qu'un aiguillage vers des services de réadaptation pulmonaire a été effectué (voir l'énoncé 12)
- La discussion des objectifs de soins et de la planification préalable des soins, s'il y a lieu (voir l'énoncé 3)
- L'évaluation de la nécessité d'aiguiller les patients vers d'autres services de soutien en soins palliatifs, s'il y a lieu (voir l'énoncé 13)
- L'évaluation, si la personne se voit offrir un congé avec de l'oxygène, du besoin en matière d'oxygénothérapie à long terme, 30 à 90 jours après le congé (voir l'énoncé 14)

Justification

Les transitions de l'hôpital sont importantes parce qu'elles peuvent entraîner des risques d'interruption dans les soins d'une personne, la perte de renseignements essentiels ou une mauvaise communication. Il est important que les personnes atteintes de MPOC qui quittent l'hôpital disposent d'un plan de congé auquel leur fournisseur de soins primaires et les autres membres de leur équipe de soins interprofessionnelle ont aussi accès, le cas échéant, incluant ceux en milieu hospitalier et ceux dans la collectivité.¹ De nombreuses personnes atteintes de MPOC non diagnostiquée reçoivent un traitement pour la première fois au cours d'un épisode aigu plutôt que lorsque les premiers symptômes de la maladie surviennent,⁵³ et certaines reçoivent leur diagnostic initial pendant ou après leur hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC. Par conséquent, un suivi en personne après l'hospitalisation pour une exacerbation aiguë constitue une occasion importante de s'assurer que les personnes atteintes de MPOC reçoivent les soins dont elles ont besoin pour gérer leur maladie aussi efficacement que possible.

Un suivi en personne devrait avoir lieu dans les sept jours suivant le congé et, au besoin, un suivi en soins respiratoires spécialisés (voir l'énoncé 8) devrait avoir lieu dans les 30 jours suivant le congé.^{1,3} Les personnes ayant des besoins de santé complexes peuvent également bénéficier d'un suivi plus précoce (p. ex., dans les 48 heures) et plus fréquent (p. ex., à quelques semaines d'intervalle).^{1,3}

Pour de plus amples renseignements sur la transition de l'hôpital au domicile, consultez la norme de qualité [Transitions entre l'hôpital et la maison](#).⁶

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Si vous avez été hospitalisé pour une poussée, vous devriez consulter votre fournisseur de soins primaires ou un autre membre de votre équipe de soins interprofessionnelle dans les sept jours suivant votre départ de l'hôpital. Cela permet à votre professionnel de la santé d'assurer un suivi de votre état de santé et d'apporter tout changement nécessaire à votre plan de soins. Certains changements à votre plan de soins pourraient comprendre :

- La prescription d'autres médicaments
- La participation d'autres professionnels de la santé dans vos soins, tels qu'un spécialiste des maladies pulmonaires
- La suggestion d'un programme de réadaptation pulmonaire

Au cours de cette consultation, vous pouvez également poser des questions afin de vous assurer de comprendre ce qui vous est arrivé et ce que vous devez faire pour prendre soin de vous.

Pour les cliniciens

Consultez les personnes atteintes de MPOC qui ont été hospitalisées pour une exacerbation aiguë le plus tôt possible après leur congé de l'hôpital afin de faire une évaluation de suivi. En ce qui concerne les soins primaires, le suivi devrait être effectué dans les sept jours suivant l'obtention du congé. En ce qui concerne les soins spécialisés, le suivi devrait être effectué dans les 30 jours suivant l'obtention du congé, le cas échéant. Pour les personnes ayant des besoins complexes, envisagez un suivi plus précoce (p. ex., dans les 48 heures) et plus fréquent (p. ex., toutes les quelques semaines).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place dans les services de soins primaires, de soins à domicile, de soins dans la collectivité et dans les cliniques externes spécialisées pour faire des évaluations de suivi des personnes atteintes de MPOC qui ont récemment été hospitalisées pour une exacerbation aiguë.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de patients hospitalisés pour une MPOC qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi en personne dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital
- Pourcentage de patients hospitalisés pour une MPOC qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi des soins spécialisés en personne dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui se sont rendues au service des urgences pour une MPOC dans les 30 jours suivant leur congé d'une hospitalisation antérieure pour une MPOC (un pourcentage plus bas est mieux)
- Pourcentage de personnes réadmis à l'hôpital pour une MPOC dans les trois mois suivant leur congé de l'hôpital (un pourcentage plus bas est mieux)

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 2.

Énoncé de qualité 12 : Réadaptation pulmonaire après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC

Les personnes qui ont été admises à l'hôpital pour une exacerbation aiguë de MPOC sont admissibles à la réadaptation pulmonaire au moment de leur congé. Les personnes qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire commencent le programme dans le mois suivant leur congé de l'hôpital.

Sources: American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015³² | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2015⁵¹

Définition

La réadaptation pulmonaire: La réadaptation pulmonaire consiste en un entraînement aérobique (endurance) et de résistance (force) supervisé pour augmenter la capacité à faire de l'exercice et améliorer l'état fonctionnel. D'autres composantes comprennent l'éducation et l'autogestion, y compris les interventions comportementales, le soutien nutritionnel et psychologique, ainsi que la mesure des résultats.⁵ Les programmes, d'une durée minimale de 6 à 8 semaines, sont multicomposants, interdisciplinaires et individualisés.^{1,19}

Pour qu'une personne soit admissible à l'inscription aux programmes, elle doit être atteinte d'une MPOC symptomatique cliniquement stable caractérisée par un essoufflement accru et des niveaux d'activité réduits malgré un traitement pharmacologique approprié, ne présenter aucune preuve de troubles cardiovasculaires, neurologiques ou musculosquelettiques mal contrôlés qui pourraient limiter sa participation et avoir la capacité de comprendre les instructions ainsi que la volonté de participer.

Justification

Après une hospitalisation pour une exacerbation aiguë, les personnes atteintes de MPOC sont susceptibles de constater une aggravation de leur fonction pulmonaire, de leurs symptômes et de leur qualité de vie; elles courent également un risque accru de subir une autre exacerbation aiguë de MPOC et de mourir.¹⁹ Les limitations de la capacité à l'activité et (ou) à l'exercice peuvent durer des semaines et des mois après le congé de l'hôpital, et cette inactivité physique augmente les risques de résultats négatifs en ce qui concerne la santé des personnes atteintes de MPOC.¹⁹

Lorsqu'elle est initiée tôt après la sortie de l'hôpital, la réadaptation pulmonaire permet d'augmenter la tolérance à l'exercice, de réduire les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de MPOC.^{19,51} Elle réduit également le risque de réadmission à l'hôpital^{27,54} et de mortalité.⁵⁵

La réadaptation pulmonaire est une intervention interdisciplinaire conçue et adaptée selon l'individu pour optimiser l'état physique et psychologique des personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques comme la MPOC.¹⁹ La réadaptation pulmonaire est recommandée comme norme de soins pour les personnes hospitalisées pour une exacerbation aiguë de MPOC (dans le mois suivant leur congé de l'hôpital).

En dépit de cela, en Ontario, les programmes de réadaptation pulmonaire n'ont pas une capacité suffisante pour desservir toutes les personnes atteintes de MPOC qui souhaitent y participer, et les listes d'attente peuvent être longues.⁵² De 2016 à 2021, entre 200 et 500 personnes atteintes de MPOC ont utilisé chaque année des services de réadaptation en milieu hospitalier; en revanche, aucune donnée n'est disponible sur l'utilisation des programmes de réadaptation pulmonaire ambulatoires ou communautaires (National Rehabilitation Reporting System, IntelliHealth, 2023). Les personnes qui suivent un programme de réadaptation pulmonaire peuvent bénéficier de la participation à des programmes d'exercices pour maintenir leur fonction, améliorer leur capacité d'exercice et leurs connaissances sur la MPOC, réduire la dyspnée et les symptômes d'anxiété et de dépression, et améliorer leur sentiment de bien-être global.^{1,3,5}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Si vous avez reçu votre congé de l'hôpital à la suite d'une poussée, votre professionnel de la santé devrait discuter avec vous de la possibilité de faire l'essai d'un programme de réadaptation pulmonaire pour vous aider à améliorer vos symptômes et à reprendre des forces afin que vous puissiez reprendre les activités que vous aimez.

Les programmes de réadaptation pulmonaire sont conçus pour les personnes atteintes de MPOC. Ils sont offerts dans un hôpital ou une clinique dans votre collectivité. Ces programmes vous permettront d'en apprendre davantage sur la MPOC afin de vous aider à comprendre et à gérer vos symptômes. Ils comprennent également un programme d'exercices personnalisés et soutenus visant à améliorer votre forme physique et fournissent du soutien émotionnel et des pairs.

Pour les cliniciens

En ce qui a trait aux personnes atteintes de MPOC qui reçoivent leur congé de l'hôpital à la suite d'une exacerbation aiguë, parlez-leur de l'option de réadaptation pulmonaire et aiguillez les personnes atteintes de MPOC vers les programmes de réadaptation pulmonaire, au besoin.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité de programmes de réadaptation pulmonaire pour les personnes atteintes de MPOC qui ont récemment été hospitalisées pour une exacerbation aiguë. Les programmes devraient avoir la capacité requise pour veiller à ce que les personnes atteintes de MPOC qui ont récemment

été hospitalisées pour une exacerbation aiguë puissent commencer un programme dans le mois suivant leur congé de l'hôpital.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour une MPOC qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire
- Pourcentage de personnes hospitalisées pour la MPOC qui ont commencé un programme de réadaptation pulmonaire dans le mois suivant leur sortie de l'hôpital
- Disponibilité locale des programmes de réadaptation 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 2.

Énoncé de qualité 13 : Soins palliatifs

Les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels se voient offrir un soutien en soins palliatifs afin de répondre à leurs besoins.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸

Définitions

Soutien en matière de soins palliatifs: L'objectif d'une approche palliative des soins est d'aider les personnes à obtenir la meilleure qualité de vie possible dans le contexte d'une maladie évolutive. Le soutien en matière de soins palliatifs comprend des conseils de santé, des ressources, des traitements et d'autres formes d'aide fournies par l'équipe de soins interprofessionnelle d'une personne afin de répondre à ses besoins, comme la gestion des symptômes graves de dyspnée et d'anxiété et la gestion des exacerbations aiguës, conformément aux souhaits, valeurs et croyances de la personne. Le soutien doit être culturellement approprié et peut prendre plusieurs formes, notamment une visite au cabinet du fournisseur de soins primaires ou d'un spécialiste, un appel téléphonique avec un(e) infirmier(ère) diplômé(e), un numéro de téléphone à composer lorsque la douleur ou d'autres symptômes ne sont pas bien gérés, ou une visite à domicile.²

Besoins en matière de soins palliatifs: L'identification des besoins en matière de soins palliatifs peut survenir dès le moment du diagnostic d'une maladie évolutive. Grâce à l'enseignement pour renforcer les capacités, les besoins en soins palliatifs peuvent être comblés par les fournisseurs de soins primaires au moyen de soins palliatifs de niveau primaire, ainsi que par les pneumologues et les autres spécialistes qui participent aux soins de la personne. Les soins palliatifs ne se limitent pas à la phase de fin de vie, ni à des maladies ou à des affections particulières. Les besoins en matière de soins palliatifs peuvent être de n'importe quel ordre parmi l'éventail complet des besoins d'une personne dans tous les domaines de soins associés à la maladie et au deuil, tels qu'énumérés ci-dessous, à n'importe quel stade de la maladie.^{2,56,57} Ces domaines de soins comprennent :

- La gestion de la maladie (y compris la gestion des symptômes)
- Le soutien aux aidants naturels
- Les besoins physiques
- Les besoins psychologiques
- Les besoins sociaux
- Les besoins culturels⁵⁸
- Les besoins juridiques
- Les besoins éthiques⁵⁸
- Les besoins spirituels

- Les besoins pratiques
- Les besoins de fin de vie
- Le deuil

Des exemples d'outils validés utilisés pour l'évaluation peuvent comprendre le système d'évaluation des symptômes d'Edmonton^{57,58} et l'échelle de performance pour soins palliatifs.⁵⁹ Une évaluation complète et holistique tient compte du contexte socioculturel d'une personne et les évaluations initiales devraient comprendre la détermination de sa langue maternelle et de sa langue de préférence.²

Justification

En tant que maladie évolutive, la MPOC se caractérise par un essoufflement progressif, souvent associé à une toux ou de l'expectoration, ce qui entraîne une diminution de la qualité de vie, de la capacité de faire de l'exercice et de faire les activités de la vie quotidienne.^{3,7,8} À mesure que la maladie progresse, de nombreuses personnes atteintes de MPOC font l'expérience d'exacerbations aiguës plus fréquentes ou plus graves de MPOC, également appelées « poussées » ou « crises pulmonaires ». ^{3,7} Les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels devraient avoir accès à des soins interprofessionnels personnalisés qui comprennent une approche palliative aux soins, au besoin, pour améliorer leur qualité de vie tout au long de leur maladie. Dans le cadre de la planification des soins personnalisée, les personnes atteintes de MPOC devraient également participer à des discussions relatives à leurs objectifs de soins et à la planification préalable des soins (voir l'énoncé 3).

Les soins palliatifs font référence au soulagement de la souffrance et à l'amélioration de la qualité de vie et du décès en faisant appel à une approche holistique.²⁸ De nombreux professionnels de la santé, y compris les fournisseurs de soins primaires, les pneumologues et d'autres membres de l'équipe de soins interprofessionnelle d'une personne, utilisent les connaissances et les compétences associées aux soins palliatifs pour répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques de la personne, ainsi qu'aux attentes, aux espoirs et aux craintes qui y sont associés.

Les soins palliatifs ne se concentrent pas seulement sur les soins de fin de vie, mais devraient être pris en considération à mesure que la maladie chronique évolue. Les personnes peuvent recevoir des soins palliatifs de leur fournisseur de soins primaires et d'autres membres de leur équipe de soins interprofessionnelle tout en recevant un traitement actif pour leur maladie. Les soins palliatifs aident également les personnes atteintes d'une maladie évolutive qui limite l'espérance de vie et leur famille à se préparer et à gérer les choix de fin de vie, le processus de décès et le deuil.²⁸

Pour de plus amples renseignements sur les soins palliatifs, veuillez consulter la norme de qualité [Soins palliatifs : Soins aux adultes aux prises avec une maladie évolutive terminale](#).²

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Parce que la MPOC est une maladie qui ne disparaît pas et qui peut évoluer différemment d'une personne à l'autre, vous et vos aidants naturels devriez recevoir du soutien afin de répondre à vos besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Ce soutien peut comprendre des soins palliatifs.

Les soins palliatifs peuvent contribuer à l'amélioration de votre qualité de vie à n'importe quel stade d'une maladie et pas seulement en fin de vie. Pour certains, ils peuvent commencer dès le moment où un diagnostic de MPOC est reçu afin de les aider à gérer leurs symptômes et l'incidence de leur condition. Vous pouvez recevoir un traitement pour la MPOC et un soutien en soins palliatifs au même moment.

Le soutien en soins palliatifs peut comprendre des conseils de santé, des ressources, un traitement, et d'autres formes d'aide de la part de vos professionnels de la santé pour vous aider à gérer les symptômes tels que l'essoufflement et l'anxiété. Cela peut se faire sous de nombreuses formes, comme une consultation en cabinet avec l'un de vos professionnels de la santé, un appel téléphonique avec un infirmier autorisé, un numéro de téléphone à composer lorsque vous ressentez de la douleur ou avez du mal à gérer vos symptômes, ou encore une consultation à domicile.

Pour les cliniciens

Veillez à ce que les personnes atteintes de MPOC et leurs aidants naturels aient accès à des soins interprofessionnels personnalisés qui comprennent une approche palliative aux soins dès le diagnostic, au besoin. Évaluez les personnes atteintes de MPOC pour déterminer si elles pourraient bénéficier de services de soins palliatifs supplémentaires. Effectuez et documentez une évaluation complète et holistique qui tient compte du diagnostic de la personne, de l'évolution de sa maladie, de son déclin fonctionnel, de ses préférences thérapeutiques, de la présence de douleurs et d'autres symptômes ainsi que des autres effets sur la gamme complète des besoins de la personne. L'évaluation devrait être répétée régulièrement.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place dans la collectivité pour répondre aux besoins en matière de soins palliatifs des personnes atteintes de MPOC et de leurs aidants naturels.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage des aidants naturels de personnes atteintes de MPOC qui ont reçu des soins palliatifs et qui affirment avoir reçu et que les membres de leur famille ont reçu autant d'aide et de soutien que nécessaire

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont vécu dans la collectivité au cours des 12 derniers mois, des trois derniers mois et du dernier mois de leur vie et qui ont reçu au moins un service de soins à domicile, une consultation à domicile d'un professionnel de la santé ou des soins palliatifs pendant cette période

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 2.

Énoncé de qualité 14 : Oxygénothérapie à long terme

Les personnes atteintes d'une MPOC stable qui présentent des signes cliniques d'hypoxémie reçoivent une évaluation et, au besoin, une oxygénothérapie à long terme.

Sources: Société canadienne de thoracologie, 2007⁷ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2021¹⁴ | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023³ | Qualité des services de santé Ontario, 2015¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022⁸ | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012²⁶

Définitions

Indications cliniques d'hypoxémie : Les indications cliniques de l'hypoxémie comprennent un ou plusieurs des éléments suivants :

- Obstruction très grave du débit de l'air ($VEMS1 < 30 \%$)
- Décoloration bleuâtre de la peau ou des muqueuses (cyanose)
- Hématocrite $> 55 \%$ (polycythémie ou érythrocytose)
- Résultats de l'examen physique suggérant une insuffisance cardiaque (cor pulmonaire), y compris l'œdème périphérique et l'augmentation de la pression veineuse jugulaire
- Saturation en oxygène au repos $\leq 92 \%$ (avec dépistage par oxymétrie)

Les personnes présentant une obstruction grave du débit de l'air ($30 \% \leq VEMS1 < 50 \%$) peuvent également être prises en compte pour une évaluation, surtout si la saturation en oxygène à l'oxymétrie est inférieure à 92% .

Traitement par oxygénothérapie à long terme : Les gaz du sang artériel devraient être utilisés pour évaluer la nécessité d'une oxygénothérapie à long terme. L'oxygénothérapie à long terme devrait être offerte aux personnes atteintes de MPOC stable qui souffrent d'hypoxémie au repos grave (pression artérielle partielle en oxygène $[PaO_2] \leq 55 \text{ mmHg}$ et (ou) saturation artérielle en oxygène $[SaO_2] \leq 88 \%$).

Les personnes atteintes d'hypoxémie modérée au repos (PaO_2 de 56 à 60 mmHg et (ou) SaO_2 de 89 à 90 %) peuvent également bénéficier d'une oxygénothérapie à long terme, surtout si elles présentent l'une des caractéristiques suivantes :

- Hypertension pulmonaire
- Hématocrite $> 55 \%$ (polycythémie ou érythrocytose)

- Résultats de l'examen physique suggérant une insuffisance cardiaque (cor pulmonaire), y compris l'œdème périphérique et l'augmentation de la pression veineuse jugulaire
- Exercice limité par l'hypoxémie ($\text{SaO}_2 \leq 88\%$) qui s'améliore avec un supplément d'oxygène⁶⁰
- Hypoxémie nocturne ($\text{SaO}_2 \leq 88\%$) $\geq 30\%$ de la nuit⁶⁰

Les personnes atteintes d'hypoxémie à l'effort, évaluée par un test d'exercice normalisé ($\text{SaO}_2 \leq 88\%$), peuvent être admissibles à une oxygénothérapie à long terme si leur tolérance à l'effort est limitée en raison d'un essoufflement grave ($\geq$ grade 4 à l'échelle du MRC) et s'améliore avec un supplément d'oxygène, et si elles sont motivées à faire appel à une oxygénothérapie pour augmenter leur activité physique.⁶⁰

Une fois la thérapie de longue durée entamée, l'oxygène doit être utilisé au moins 15 heures par jour pour les personnes souffrant d'hypoxémie de repos, ou conformément à la prescription pour les personnes souffrant d'hypoxémie d'effort.^{7,8} La nécessité continue d'une oxygénothérapie de longue durée doit être évaluée par oxymétrie après 60 à 90 jours, puis au moins une fois par an.

Justification

Chez les personnes atteintes de MPOC et d'hypoxémie chronique grave au repos, l'oxygénothérapie à long terme augmente le temps de survie; toutefois, celle-ci présente peu d'avantages prouvés pour les personnes aux prises avec une hypoxémie modérée au repos ou induite par l'exercice seulement.^{3,14} De plus, il a été démontré « qu'une oxygénothérapie inappropriée chez les personnes atteintes de MPOC peut causer une dépression respiratoire ». Par conséquent, il est essentiel d'évaluer le besoin d'une oxygénothérapie à long terme avant d'amorcer ce traitement chez les personnes atteintes d'une MPOC stable. Lorsqu'ils amorcent une oxygénothérapie, les professionnels de la santé devraient offrir des renseignements aux personnes atteintes de MPOC sur l'utilisation appropriée et sécuritaire de l'oxygène.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de MPOC

Si votre organisme n'obtient pas suffisamment d'oxygène lorsque vous respirez, vous pourriez avoir besoin de commencer à utiliser de l'oxygène à domicile. Cela s'appelle l'oxygénothérapie. Afin de s'assurer que l'oxygénothérapie vous convient, votre professionnel de la santé vous fera passer des tests permettant de mesurer le taux d'oxygène dans votre sang. L'oxygène n'est pas un remède à l'essoufflement et ne devrait pas être utilisé à moins que votre niveau d'oxygène dans le sang ne soit bas. L'oxygène peut être fourni de différentes façons, tel qu'en bonbonne ou au moyen d'une machine. Votre professionnel de la santé vous aidera à choisir l'option qui vous convient le mieux. L'oxygène est habituellement acheminé par un petit tuyau dont les volets sont placés dans votre nez. C'est ce qu'on appelle une canule. L'oxygène est parfois acheminé grâce à un masque. Certaines personnes atteintes de MPOC suivent une oxygénothérapie pendant une courte période de temps pendant qu'elles récupèrent d'une poussée, tandis que d'autres en suivent une sur une longue période.

Pour les cliniciens

Dépistez les personnes atteintes de MPOC par oxymétrie afin de déterminer si les gaz du sang artériel doivent être mesurés pour évaluer la nécessité d'une oxygénothérapie de longue durée. Lors du début de l'oxygénothérapie, informez les personnes atteintes de MPOC sur l'utilisation correcte et sûre de l'oxygène, y compris sur le risque de chutes en trébuchant sur l'équipement et sur le risque de brûlures et d'incendies pour les personnes qui vivent dans des maisons où quelqu'un fume. Réévaluez la nécessité de poursuivre l'oxygénothérapie 60 à 90 jours après son début, puis au moins une fois par an.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité d'oxymètres de pouls et d'analyses des gaz sanguins artériels afin de déterminer la nécessité d'une oxygénothérapie à long terme. Assurez l'accès à l'oxygénothérapie à long terme pour les personnes atteintes de MPOC qui en ont besoin.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC stable et recevant une oxygénothérapie de longue durée dont la saturation en oxygène a été régulièrement mesurée par oxymétrie (60 à 90 jours après le début et au moins une fois tous les 12 mois par la suite)
- Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC stable et recevant une oxygénothérapie de longue durée dont les gaz du sang artériel ont été mesurés avant le début de la thérapie
- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC stable et présentant au moins une indication d'oxygénothérapie à long terme qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme
- Disponibilité locale d'outils d'évaluation pour l'oxygénothérapie à long terme (oxymètres de pouls et gazométrie du sang artériel)

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 2.

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

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 personnes atteintes de MPOC

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de MPOC.

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 la MPOC, pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et 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 personnes atteintes de MPOC. 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 2). La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

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

- Notre [guide du patient](#) sur la MPOC, 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](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- 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;

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 de qualité, 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.

Appendice 2 : Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Maladie pulmonaire obstructive chronique » a défini sept indicateurs pour cette norme de qualité. Ces indicateurs peuvent servir à la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux Ontariens atteints de la MPOC. Certains indicateurs peuvent être observés à l'échelle de la province, alors que d'autres peuvent être observés uniquement par le biais de données recueillies à l'échelon local.

L'utilisation des données de ces indicateurs vous permettra de mieux évaluer la qualité des soins que vous dispensez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité. Cette norme comprend de nombreux indicateurs spécifiques aux déclarations qui sont fournis à titre d'exemple; vous pouvez créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité en fonction des besoins de votre population. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels se 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.

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité en matière de santé et à réduire les disparités. Nous encourageons la collecte de données et la mesure d'indicateurs selon diverses stratifications d'équité pertinentes et appropriées pour votre population, telles que les caractéristiques socioéconomiques et démographiques. Ceux-ci peuvent inclure l'âge, le revenu, la région/géographie, l'éducation, la langue, la race et l'origine ethnique, le genre et le sexe. Veuillez consulter l'annexe 4, Principes directeurs, *Déterminants sociaux de la santé*, pour des considérations supplémentaires en matière d'équité.

Notre [guide de mesure](#) fournit de plus amples informations et des étapes concrètes sur la manière d'intégrer la mesure dans votre travail de planification et d'amélioration de la qualité. Nos [spécifications techniques](#) fournissent des renseignements supplémentaires pour soutenir la collecte de données et la mesure des indicateurs généraux, qui mesurent l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont le diagnostic est confirmé par spirométrie

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur dont le diagnostic est confirmé par spirométrie
- Sources des données : Base de données sur les congés des patients (BDGP; pour le dénominateur); Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA; pour le

dénominateur); Base de données sur les demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) (pour le dénominateur et pour identifier les tests de spirométrie effectués par les médecins qui ont facturé le RASO); Base de données des personnes enregistrées (BDPI; pour le dénominateur)

Pourcentage de personnes hospitalisées pour une MPOC qui ont fait l'objet d'un suivi par un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital

- Dénominateur : nombre total de personnes hospitalisées pour une MPOC
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont subi une évaluation de suivi en personne avec un médecin dans les 7 jours suivant leur sortie de l'hôpital (remarque : les visites téléphoniques peuvent être incluses pour tenir compte des circonstances de la pandémie de la COVID-19). Stratifier par spécialité du médecin
- Sources des données : BDCP, BDPI (pour le dénominateur); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour effectuer un suivi auprès des médecins qui ont facturé le RASO)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont fait exécuter une ordonnance pour un traitement de bronchodilatateur à action prolongée (mesurable pour les personnes âgées de 65 ans et plus seulement)

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC âgées de 65 ans et plus
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui ont exécuté une ordonnance pour une thérapie bronchodilatatrice à action prolongée
- Sources des données : BDCP, SNISA, Base de données sur les demandes de règlement du RASO, BDPI (pour le dénominateur); Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario [PMO] (pour identifier les ordonnances exécutées)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant effectué une ou plusieurs visites non planifiées en soins aigus pour une MPOC chaque année

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur ayant effectué une ou plusieurs visites non planifiées en soins aigus pour une MPOC chaque année. Stratifier par :
 - Visites non planifiées aux urgences
 - Hospitalisations non électives
- Sources des données : BDCP (pour le dénominateur et pour identifier les hospitalisations); SNISA (pour le dénominateur et pour identifier les visites aux services d'urgence); Base de données sur les demandes de règlement du RASO, BDPI (pour le dénominateur)

Pourcentage d'adultes atteints de MPOC qui fument des cigarettes quotidiennement

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui fument des cigarettes quotidiennement
- Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada)

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

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont la maladie a un impact sur leur vie

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur dont la maladie a un impact sur leur vie. Stratifier par :
 - Impact faible
 - Impact moyen
 - Impact élevé
 - Impact très élevé
- Sources de données : collecte de données locales, éventuellement enquêtes auprès des patients telles que le test d'évaluation de la MPOC, le cas échéant

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC modérée à sévère qui ont accès à un programme de réadaptation pulmonaire

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC modérée à sévère
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui ont accès à un programme de réadaptation pulmonaire. Stratifier par :
 - Réhabilitation en milieu communautaire
 - Réadaptation pour patients hospitalisés
- Sources de données : collecte de données locales, éventuellement rapports de médecins (en fonction de leur connaissance des services disponibles) et enquêtes auprès des patients

Comment mesurer l'amélioration pour des énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Diagnostic confirmé par spirométrie

Pourcentage de personnes cliniquement soupçonnées d'être atteintes de MPOC ayant passé un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic dans les 3 mois suivant la manifestation des symptômes respiratoires

- Dénominateur : nombre total de personnes cliniquement soupçonnées d'être atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant passé un test de spirométrie pour confirmer le diagnostic dans les 3 mois suivant la manifestation des symptômes respiratoires
- Sources des données : collecte de données locales (pour déterminer le dénominateur et les tests de spirométrie effectués par des non-médecins et par des médecins qui n'ont pas facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario); la base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour recenser la date des tests de spirométrie effectués par les médecins qui ont facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario)
- Remarque : Cet indicateur est également inclus dans *Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales* ci-dessus, avec des spécifications différentes

Disponibilité locale des tests de spirométrie

- Description : disponibilité des tests de spirométrie dans l'établissement de santé, la région ou tout autre cadre d'intérêt
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont le degré d'incapacité lié à la MPOC a été évalué au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur dont le degré d'incapacité lié à la MPOC a été évalué au cours des 12 derniers mois. Stratifier par :
 - Évaluation initiale
 - Suivi régulier
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont le risque d'exacerbations aiguës de MPOC a été évalué au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont le risque d'exacerbation aiguë de la MPOC a été examiné au cours des 12 derniers mois. Stratifier par :
 - Évaluation initiale
 - Suivi régulier
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant fait l'objet d'une évaluation des comorbidités au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont subi une évaluation de leurs comorbidités au cours des 12 derniers mois. Stratifier par :
 - Évaluation initiale
 - Suivi régulier
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 3 : Objectifs des soins et planification des soins personnalisée

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont discuté de leurs objectifs de soins avec leur équipe de soins interprofessionnelle ou leur fournisseur de soins primaires au moins une fois par an

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui ont discuté de leurs objectifs de soins avec leur équipe de soins interprofessionnelle (y compris leur fournisseur de soins primaires, leur mandataire spécial et d'autres membres de leur équipe de soins) au moins une fois par an
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant effectué au moins une visite de santé programmée pour la MPOC au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur ayant effectué au moins une visite de santé programmée pour la MPOC au cours des 12 derniers mois. Stratifier par gravité des symptômes
- Sources de données : collecte de données locales (pour le dénominateur et pour identifier les visites chez des non-médecins et par des médecins qui n'ont pas facturé le RASO); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour identifier les visites chez les médecins qui ont facturé le RASO); BDCP, SNISA, BDPI (peut être utilisé comme dénominateur)

Énoncé de qualité 4 : Information et autogestion

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui participent à une ou plusieurs interventions avec leur professionnel de la santé pour favoriser l'autogestion

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui participent à une ou plusieurs interventions avec leur professionnel de la santé pour soutenir l'autogestion (voir l'énoncé de qualité 4 pour les définitions et des exemples d'interventions)
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont un plan d'autogestion écrit

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont un plan d'autogestion écrit
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage des personnes atteintes de MPOC qui ont déclaré avoir confiance en l'autogestion de leurs symptômes

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont répondu « Avoir confiance » ou « Avoir beaucoup confiance » à la question suivante : « À quel point avez-vous confiance dans votre capacité à gérer vos symptômes de MPOC? » (Choix de réponse : Vous avez beaucoup confiance, Vous avez confiance, Vous avez peu de confiance, Vous n'avez pas du tout de confiance, Je ne sais pas). Stratifier par :
 - Personnes qui ont un plan d'autogestion
 - Personnes qui n'ont pas de plan d'autogestion
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 5 : Promotion de la cessation du tabagisme

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument quotidiennement du tabac (une valeur inférieure est préférable)

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui déclarent fumer du tabac quotidiennement
- Exemple de question d'enquête (spécifique aux cigarettes; pourrait être étendue à tous les produits du tabac) : Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, occasionnellement ou pas du tout? (Options de réponse : Tous les jours, Occasionnellement, Pas du tout, Je ne sais pas,

Je préfère ne pas répondre; Exclusions : ceux qui répondent « Je ne sais pas » ou « Je préfère ne pas répondre »)⁶¹

- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Cet indicateur est également inclus dans *Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales* ci-dessus, avec des spécifications différentes

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac et qui ont reçu des interventions de suivi psychologique pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac
 - Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu des interventions de suivi psychologique pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois.
- Stratifier par :
- Tabagisme quotidien
 - Tabagisme occasionnel
- Sources des données : collecte de données locales (pour le suivi psychologique fourni par des non-médecins et des médecins n'ayant pas facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario); base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour le suivi psychologique fourni par des médecins ayant facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac et qui ont reçu une intervention pharmacologique pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une intervention pharmacologique pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois
- Sources des données : Base de données du PMO (pour les médicaments délivrés aux personnes âgées de 65 ans et plus); collecte de données locales (pour le dénominateur, les personnes âgées de moins de 65 ans, et pour mesurer la consommation de médicaments non couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario, y compris les médicaments en vente libre tels que les thérapies de remplacement de la nicotine)

Énoncé de qualité 6 : Gestion pharmacologique de MPOC stable

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui reçoivent la thérapie bronchodilatatrice approprié en fonction de la gravité de la MPOC

- Thérapie bronchodilatatrice à courte durée d'action pour toutes les personnes atteintes de MPOC
 - Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
 - Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent une thérapie bronchodilatatrice à courte durée d'action.

- Thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (AMLA ou BALA) pour les personnes atteintes de MPOC légère
 - Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC légère
 - Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent une thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (AMLA ou BALA)
- Double thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (AMLA/BALA) pour les personnes atteintes de MPOC modérée à sévère, mais sans exacerbations fréquentes ou sévères
 - Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC modérée à sévère, mais sans exacerbations fréquentes ou sévères
 - Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent une double thérapie bronchodilatatrice à longue durée d'action (AMLA/BALA)
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Un indicateur indirect pourrait être mesuré sur la base des données du PMO (ordonnances exécutées pour les personnes âgées de 65 ans et plus)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui reçoivent un corticostéroïde en monothérapie par inhalation (un pourcentage plus bas est mieux)

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent un corticostéroïde en monothérapie par inhalation
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Un indicateur indirect pourrait être mesuré sur la base des données du PMO (pour les personnes âgées de 65 ans et plus)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui utilisent correctement leur système d'administration de médicaments par inhalation

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC à qui on a prescrit un système d'administration de médicaments par inhalation
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui utilisent correctement leur système d'administration de médicaments inhalés (c.-à-d. technique d'utilisation). Stratifier par type de système d'administration
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont les médicaments ont été examinés au cours des 12 derniers mois, ou plus fréquemment si cliniquement indiqué

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui reçoivent 1 ou plusieurs médicaments contre la MPOC

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les médicaments ont été révisés au moins une fois au cours des 12 derniers mois, ou plus fréquemment si cliniquement indiqué
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 7 : Vaccinations

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant reçu un vaccin contre l'influenza au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant reçu un vaccin contre l'influenza au cours des 12 derniers mois
- Sources de données : collecte de données locales (pour l'administration par des non-médecins et par des médecins qui n'ont pas facturé le RASO); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour l'administration par les médecins qui ont facturé le RASO); Instrument d'évaluation des résidents – Soins à domicile (RAI-HC; pour les soins à domicile); Instrument d'évaluation des résidents – Ensemble de données minimum (RAI-MDS; pour les soins de longue durée); BDCP, SNISA, BDPI (peut être utilisé comme dénominateur)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant reçu un vaccin contre le pneumocoque

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu un vaccin antipneumococcique
- Sources de données : collecte de données locales (pour l'administration par des non-médecins et par des médecins qui n'ont pas facturé le RASO); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour l'administration par les médecins qui ont facturé le RASO); Instrument d'évaluation des résidents – Soins à domicile (RAI-HC; pour les soins à domicile); Instrument d'évaluation des résidents – Ensemble de données minimum (RAI-MDS; pour les soins de longue durée); BDCP, SNISA, BDPI (peut être utilisé comme dénominateur)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui sont à jour sur leurs autres vaccins (par exemple, COVID-19, Tdap [DTaP/dTPa], zona)

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui ont reçu d'autres vaccins (par exemple, COVID-19, Tdap [DTaP/dTPa], zona) comme prévu
- Sources de données : collecte de données locales (pour l'administration par des non-médecins et par des médecins qui n'ont pas facturé le RASO); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour l'administration par les médecins qui ont facturé le RASO); Instrument d'évaluation des résidents – Soins à domicile (RAI-HC; pour les soins à domicile); Instrument

d'évaluation des résidents – Ensemble de données minimum (RAI-MDS; pour les soins de longue durée); BDCP, SNISA, BDPI (peut être utilisé comme dénominateur)

Énoncé de qualité 8 : Soins respiratoires spécialisés

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés lorsqu'ils sont cliniquement indiqués

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui ont une raison cliniquement indiquée d'être aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur aiguillées vers des soins respiratoires spécialisés. Stratifier par indication clinique (par exemple, exacerbations aiguës sévères ou récurrentes, infections fréquentes)
- Sources de données : collecte de données locales; Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour identifier les visites chez un médecin spécialiste)

Temps d'attente entre l'aiguillage vers des soins respiratoires spécialisés et la première consultation de soins respiratoires spécialisés

- Population : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui ont été orientées vers des soins respiratoires spécialisés
- Définition : nombre de jours entre la référence pour des soins respiratoires spécialisés et la première consultation de soins respiratoires spécialisés (moyenne, médiane et 90e percentile). Stratifier par :
 - Type de fournisseur de référence
 - Urgence de l'état de santé
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui sont vues par un pneumologue

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont vues par un pneumologue. Stratifier par gravité des symptômes
- Sources des données : BDCP, SNISA, BDPI (pour le dénominateur); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour le dénominateur et pour identifier les visites chez le pneumologue)

Énoncé de qualité 9 : Réadaptation pulmonaire

Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave qui éprouvent des limitations d'activité ou d'exercice et de l'essoufflement malgré une gestion pharmacologique appropriée et qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave qui éprouvent des limitations d'activité ou d'exercice et de l'essoufflement malgré une gestion pharmacologique appropriée
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire
- Exclusions : personnes non admissibles à participer à un programme de réadaptation pulmonaire
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC et admissibles à l'inscription à un programme de réadaptation pulmonaire qui participent au programme

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC et admissibles à un programme de réadaptation pulmonaire (y compris les personnes atteintes de MPOC modérée à sévère qui souffrent de limitations d'activité ou d'exercice et d'essoufflement malgré une prise en charge pharmacologique appropriée)
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui participent à un programme de réadaptation pulmonaire
- Sources des données : collecte de données locales (pour la réadaptation dans la collectivité) ; Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) (pour la réadaptation des patients hospitalisés)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui commencent un programme de réadaptation pulmonaire et qui le mène à bonne fin

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui commencent un programme de réadaptation pulmonaire
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont réussi un programme de réadaptation pulmonaire (qui ont participé à ≥ 70 % des séances)
- Sources de données : collecte de données locales (pour la réadaptation ambulatoire en milieu hospitalier ou communautaire) ; SNIR (pour la réadaptation des patients hospitalisés) ; BDCP, SNISA, BDPI (peut être utilisé comme dénominateur)

Disponibilité locale des programmes de réadaptation pulmonaire

- Description : disponibilité de programmes de réadaptation pulmonaire dans l'établissement de santé, la région ou tout autre cadre d'intérêt
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 10 : Gestion d'exacerbations aiguës de MPOC

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont consulté (en personne ou virtuellement) leur fournisseur de soins primaires ou un professionnel de la santé de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant le début d'une exacerbation aiguë

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont consulté (en personne ou virtuellement) leur fournisseur de soins primaires ou un professionnel de la santé de leur équipe de soins dans les 24 heures suivant le début de l'exacerbation aiguë
- Sources de données : collecte de données locales ; Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour identifier les soins primaires ou les visites d'équipes de soins)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë et qui étaient satisfaites du temps d'attente pour consulter leur fournisseur de soins primaires ou un membre de leur équipe de soins interprofessionnelle pendant l'exacerbation

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë et qui ont consulté leur fournisseur de soins primaires ou un membre de leur équipe de soins interprofessionnelle
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur ayant répondu « Très bien » ou « Excellent » à la question : « Comment évaluez-vous le délai entre la prise de rendez-vous et la visite que vous venez d'avoir? » (Options de réponse : Mauvais, Passable, Bien, Très bien, Excellent)
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 11 : Suivi après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC

Pourcentage de patients hospitalisés pour une MPOC qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi en personne dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour MPOC (diagnostic principal ou secondaire)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi en personne dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital

- Sources de données : collecte de données locales (pour identifier le suivi auprès des non-médecins et des médecins qui n'ont pas facturé le RASO); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour effectuer un suivi auprès des médecins qui ont facturé le RASO); BDCP (peut être utilisé comme dénominateur)
- Remarque : Cet indicateur est également inclus dans *Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales* ci-dessus, avec des spécifications différentes

Pourcentage de patients hospitalisés pour une MPOC qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi des soins spécialisés en personne dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour MPOC (diagnostic principal ou secondaire)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi des soins spécialisés en personne dans les trente jours suivant leur congé de l'hôpital
- Sources de données : collecte de données locales (pour identifier le suivi auprès des médecins qui n'ont pas facturé le RASO); Base de données sur les demandes de règlement du RASO (pour effectuer un suivi auprès des médecins qui ont facturé le RASO); BDCP (peut être utilisé comme dénominateur)

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui se sont rendues au service des urgences pour une MPOC dans les 30 jours suivant leur congé d'une hospitalisation antérieure pour une MPOC (un pourcentage plus bas est mieux)

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour MPOC (diagnostic principal ou secondaire)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont effectué une visite non planifiée aux urgences pour une MPOC (problème principal ou contributif) dans les 30 jours suivant leur sortie indexée de l'hôpital
- Sources de données : BDCP; Système national d'information sur les soins ambulatoires

Pourcentage de personnes réadmisses à l'hôpital pour une MPOC dans les trois mois suivant leur congé de l'hôpital (un pourcentage plus bas est mieux)

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour MPOC (diagnostic principal ou secondaire)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont été réadmisses à l'hôpital pour une MPOC (problème principal ou secondaire) dans les trois mois suivant leur congé de leur hospitalisation de référence
- Source de données : BDCP

Énoncé de qualité 12 : Réadaptation pulmonaire après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour une MPOC qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour MPOC (diagnostic principal ou secondaire)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont aiguillées vers un programme de réadaptation pulmonaire
- Sources des données : collecte de données locales; BDCP (peut être utilisé comme dénominateur)

Pourcentage de personnes hospitalisées pour la MPOC qui ont commencé un programme de réadaptation pulmonaire dans le mois suivant leur sortie de l'hôpital

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour MPOC (diagnostic principal ou secondaire)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui commencent un programme de réadaptation pulmonaire dans le mois suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital
- Sources de données : collecte de données locales (pour la réadaptation en milieu communautaire); SNIR (pour la réadaptation des patients hospitalisés); BDCP (peut être utilisé comme dénominateur)

Disponibilité locale des programmes de réadaptation pulmonaire

- Description : disponibilité de programmes de réadaptation pulmonaire dans l'établissement de santé, la région ou tout autre cadre d'intérêt
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 13 : Soins palliatifs

Pourcentage des aidants naturels de personnes atteintes de MPOC qui ont reçu des soins palliatifs et qui affirment avoir reçu et que les membres de leur famille ont reçu autant d'aide et de soutien que nécessaire

- Dénominateur : nombre total d'aidants naturels de personnes atteintes de MPOC qui ont reçu des soins palliatifs
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur affirmant qu'elles-mêmes et les membres de leur famille ont reçu autant d'aide et de soutien que nécessaire
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Une question semblable est disponible dans l'enquête CaregiverVoice : dans l'ensemble, estimez-vous que vous et votre famille avez reçu autant d'aide et de soutien des

services de soins à domicile que vous en aviez besoin? (Choix de réponse : Oui, nous avons obtenu tout le soutien dont nous avons besoin; Non, nous n'avons pas obtenu tout le soutien dont nous avons besoin, même si nous avons essayé d'en obtenir plus; Non, nous n'avons pas obtenu tout le soutien dont nous avons besoin, mais nous n'en avons pas demandé plus)⁶²

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont vécu dans la collectivité au cours des 12 derniers mois, des trois derniers mois et du dernier mois de leur vie et qui ont reçu au moins un service de soins à domicile, une consultation à domicile d'un professionnel de la santé ou des soins palliatifs pendant cette période

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui sont décédées et qui ont vécu dans la collectivité au cours des 12 derniers mois, des trois derniers mois et du dernier mois de leur vie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui, au cours des 12 derniers mois, des trois derniers mois et du dernier mois de leur vie, ont reçu l'un des services suivants :
 - Services de soins à domicile (en tous genres et dans le cadre de soins palliatifs)
 - Consultations à domicile d'un professionnel de la santé (actuellement, seules les consultations à domicile des médecins sont mesurables)
 - Soins palliatifs (actuellement non mesurables)
- Sources de données : collecte de données locales (pour les visites à domicile de non-médecins et de médecins qui n'ont pas facturé l'Assurance-santé et pour les soins palliatifs); Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD); Base de données sur les services à domicile (DSD); SNIR; Base de données sur les demandes de règlement de l'Assurance-santé (pour les visites à domicile des médecins qui ont facturé l'Assurance-santé); BDCP, SNISA, BDPI (peuvent être utilisés pour le dénominateur et pour identifier les décès)

Énoncé de qualité 14 : Oxygénothérapie à long terme

Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC stable et recevant une oxygénothérapie de longue durée dont la saturation en oxygène a été régulièrement mesurée par oxymétrie (60 à 90 jours après le début de la thérapie et au moins une fois tous les 12 mois par la suite)

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC stable qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur dont la saturation en oxygène a été régulièrement mesurée par oxymétrie (60 à 90 jours après le début de la thérapie et au moins une fois tous les 12 mois par la suite)
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC stable et recevant une oxygénothérapie de longue durée dont les gaz du sang artériel ont été mesurés avant le début de la thérapie

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC stable qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme
- Numérateur : nombre de personnes figurant au dénominateur dont les gaz du sang artériel ont été mesurés avant le début de la thérapie
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de MPOC stable et présentant au moins une indication d'oxygénothérapie à long terme qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC stable et présentant au moins une indication d'oxygénothérapie à long terme
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme. Stratifier par gravité de la maladie
- Sources des données : collecte de données locales (pour le dénominateur); Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (pour le numérateur)

Disponibilité locale d'outils d'évaluation pour l'oxygénothérapie à long terme (oxymètres de pouls et gazométrie du sang artériel)

- Description : disponibilité d'évaluations de l'oxygénothérapie (oxymètres de pouls et gazométrie du sang artériel) dans l'établissement de santé, la région ou tout autre cadre d'intérêt
- Source des données : collecte de données locales

Appendice 3 : Glossaire

Terme	Définition
Adultes	Personnes âgées de 18 ans et plus.
Soignant	Une personne non rémunérée qui fournit des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne identifiée par la personne atteinte de MPOC. D'autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont « partenaire de soins », « aidant naturel », « aidant familial », « aide-soignant » et « aidant principal ».
Soins culturellement appropriés	Des soins qui intègrent les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou religieuses, qui sont dispensés dans la langue préférée de la personne, qui adaptent les conseils spécifiques à la culture et qui tiennent compte du souhait de la personne de faire participer les membres de sa famille ou de sa communauté. ⁶³
Famille	Les personnes les plus proches d'une personne en termes de connaissances, de soins et d'affection; il peut s'agir de la famille biologique, de la famille par alliance ou de la famille de choix et des amis. La personne définit sa famille et les personnes qui seront impliquées dans ses soins.
Professionnels de la santé	Professionnels réglementés, comme le personnel infirmier, le personnel infirmier praticien, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les inhalothérapeutes et les travailleurs sociaux.
Fournisseurs de soins de santé	Les professionnels des soins ainsi que les personnes exerçant des professions non réglementées, telles que le personnel administratif, le personnel d'assistance comportementale, le personnel de transport des patients, le personnel d'assistance personnelle, le personnel de loisirs, le personnel d'assistance spirituelle et les bénévoles.
Domicile	Lieu de résidence habituel d'une personne. Cela peut inclure des résidences personnelles, des résidences pour retraités, des établissements d'aide à la vie autonome, des établissements de soins de longue durée, des hospices et des refuges.
Soins interprofessionnels	Soins dispensés par plusieurs professionnels de la santé issus de différents milieux professionnels, qui collaborent pour fournir des services de santé complets à une personne en travaillant avec celle-ci, sa famille, ses soignants et sa communauté afin d'offrir des soins de la plus haute qualité dans tous les contextes. ³¹
Soins de longue durée	Soins dispensés dans les foyers de soins de longue durée.

Soins primaires	Un environnement où les personnes reçoivent des soins de santé généraux (par exemple, le dépistage, le diagnostic et la gestion) d'un professionnel de la santé réglementé auquel la personne peut accéder directement sans recommandation. Il s'agit généralement du médecin de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmier(ère) praticien(ne) ou d'un autre professionnel de la santé capable d'orienter les patients, de demander des tests biologiques et de prescrire des médicaments. ^{64,65}
Fournisseur de soins primaires	Un médecin de famille (également appelé médecin de soins primaires) ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne).
Soins respiratoires spécialisés	Selon l'indication clinique, les soins respiratoires spécialisés peuvent être dispensés par un pneumologue, un interniste généraliste spécialisé en médecine respiratoire, un médecin de famille ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) en médecine respiratoire ou travaillant dans une clinique spécialisée en santé respiratoire.
Mandataire spécial	Personne nommée pour prendre des décisions au nom d'autrui en vertu d'une « Procuration relative au soin de la personne ».
Transitions dans les soins	Ceux-ci se produisent lorsque les patients sont transférés entre différents établissements de soins (par exemple, hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et en milieu communautaire) ou entre différents fournisseurs de soins de santé au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

Appendice 4 : Valeurs et principes directeurs

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 de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour 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

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître les impacts de la colonisation et du racisme

Les professionnels de la santé devraient reconnaître et travailler à atténuer les impacts historiques et actuels de la colonisation et du racisme dans le contexte de la vie des peuples autochtones et des personnes racialisées partout au Canada. Ce travail implique d'être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels ainsi qu'aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux vécus par les personnes, familles et communautés autochtones et racialisées, ainsi que de reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité utilise des sources de lignes directrices de pratique clinique existantes qui peuvent ne pas inclure des soins culturellement appropriés ou reconnaître les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels pertinents pour les populations autochtones et racialisées.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement.⁶⁶

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes de MPOC peuvent vivre dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé,⁶⁷ notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement.⁶⁸

Autogestion des maladies chroniques

Les personnes atteintes de MPOC et leurs familles, soignants et soutiens personnels devraient également recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion.⁶⁹ De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins.⁷⁰ Les personnes atteintes de MPOC devraient s'engager avec leurs fournisseurs de soins dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être.⁶⁹

Soins intégrés

Les personnes atteintes de MPOC devraient recevoir des soins dans le cadre d'une approche intégrée qui facilite l'accès à des services interprofessionnels dispensés par de multiples fournisseurs de soins de santé issus de différents milieux professionnels et dans différents établissements de soins de santé afin de fournir des services complets.³¹ Les fournisseurs de soins de santé doivent travailler avec les patients, leurs familles et leurs soignants, ainsi qu'avec les communautés, afin de fournir des soins de la plus haute qualité dans tous les contextes. La collaboration interprofessionnelle, le partage des décisions, la coordination des soins et la continuité des soins (y compris les soins de suivi) sont les caractéristiques de cette approche centrée sur le patient.³¹

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et de l'impact que les expériences traumatiques peuvent avoir sur les êtres humains.⁷¹ Cette approche n'aborde pas nécessairement le traumatisme directement; elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique antérieur qui peut contribuer à ses problèmes de santé actuels et met l'accent sur la compréhension, le respect et la réponse aux effets du traumatisme.⁷²

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (qualifications au moment du développement initial en 2018) :

Roger Goldstein (coprésident)

Professeur, médecine et physiothérapie,
Université de Toronto
Pneumologue en chef des services
respiratoires, Centre de soins de santé
West Park

Alan Kaplan (coprésident)

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

Jason M. Bartell

Infirmier praticien et chef clinique,
Équipe de santé familiale de Chatham-Kent

Jennie Cruickshank

Infirmière praticienne en gériatrie, Centre
régional de santé Royal Victoria

Geneviève C. Digby

Professeure adjointe, Faculté de médecine,
Département de pneumologie,
Université Queen's

Christina Dolgowicz

Thérapeute respiratoire et éducatrice certifiée
spécialisée en santé respiratoire
Coordonnatrice de la santé pulmonaire, Lanark
Renfrew Health and Community Services

Anthony d'Urzo

Professeur agrégé, Département de médecine
familiale et communautaire, Université
de Toronto

Andrea S. Gershon

Chercheuse principale, Institut de recherche
Sunnybrook et Institute for Clinical Evaluative
Sciences
Professeure agrégée, Université de Toronto,
Pneumologue, Centre Sunnybrook des sciences
de la santé

Kim Grootveld

Chef des services cliniques, Médecine interne
générale, Hôpital St. Michael

Micheline Hatfield

Consultante en situation de vécu

Kenneth Hook

Médecin de famille, Tavistock Institute, STAR
Family Health Team

Lawrence Jackson

Coordonnateur clinique, Département de
pharmacie, Centre Sunnybrook des sciences
de la santé

Susan Johnson

Consultante en situation de vécu

Wendy L. Laframboise

Infirmière praticienne et éducatrice certifiée spécialisée en santé respiratoire, Chef du programme de sensibilisation à la MPOC, Hôpital d'Ottawa

Loretta G. McCormick

Infirmière praticienne, Clinique de MPOC, Hôpital Memorial de Cambridge

Kieran McIntyre

Médecin membre du personnel, Hôpital St. Michael

Sherri McRobert

Gestionnaire, Télésoins à domicile et soins connectés à domicile, Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Diana Noel

Directrice générale, Équipe de santé familiale Village

Craig O'Brien

Infirmier praticien, Équipe de santé familiale Lakelands

Joseph R. Pellizzari

Psychologue clinique et en réadaptation, Programme en santé mentale et en toxicomanie, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster

Stewart Oliver Pugsley

Chef de service, Réadaptation en santé respiratoire, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Firestone Institute for Respiratory Health
Université McMaster (retraité)

Evelyn Sparks

Consultante en situation de vécu
Ergothérapeute (retraîtée)

Lynda Woon (2017-2023)

Services respiratoires, Centre de soins de santé West Park (retraîtée)

Jennifer Zufelt

Thérapeute respiratoire et éducatrice certifiée spécialisée en santé respiratoire, Partenariat de services de santé

Références

- (1) Health Quality Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Quality-based procedures: clinical handbook for chronic obstructive pulmonary disease (acute and postacute) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2016 Jan 5]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Other-Publications/Clinical-Handbooks-for-Quality-Based-Procedures>
- (2) Health Quality Ontario, Ontario Palliative Care Network. Palliative care: care for adults with a progressive, life-limiting illness [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2018 [cited 2018 Apr]. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-palliative-care-clinical-guide-en.pdf>
- (3) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2023 report [Internet]. Fontana (WI): GOLD; 2023 [cited 2023 Jul 26]. Available from: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
- (4) Bhakta NR, Bime C, Kaminsky DA, McCormack MC, Thakur N, Stanojevic S, et al. Race and ethnicity in pulmonary function test interpretation: an official American Thoracic Society statement. Am J Respir Crit Care Med. 2023;207(8):978-95.
- (5) Rochester CL, Alison JA, Carlin B, Jenkins AR, Cox NS, Bauldoff G, et al. Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2023;208(4):e7-e26.
- (6) Ontario Health (Quality). Transitions between hospital and home: care for people of all ages quality standard [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2022 October 20]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
- (7) O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, Hernandez P, Marciniuk DD, Balter M, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2007 update. Can Respir J. 2007;14 Suppl B:5b-32b.
- (8) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management [Internet]. London, UK: NICE; 2022 [cited 2023 Jul 26]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115>
- (9) Gershon AS, Mecredy GC, Ratnasingham S. Chronic obstructive pulmonary disease in Ontario, 1996/97 to 2014/15 [Internet]. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2017 [cited 2017 Oct 19]. Available from: <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2017/COPD>
- (10) Hospital stays in Canada [Internet]. Toronto (ON): Canadian Institute for Health Information; 2023 [updated 2023 Feb 23; cited 2023 Jul 19]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/hospital-stays-in-canada>
- (11) Gershon AS, Guan J, Victor JC, Goldstein R, To T. Quantifying health services use for chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187(6):596-601.

- (12) Ontario Lung Association. Life and economic burden of lung disease in Ontario: 2011 to 2041 [Internet]. Toronto (ON): RiskAnalytica, on behalf of the Ontario Lung Association; 2011 [cited 2017 Jan 5]. Available from: <http://www.on.lung.ca/document.doc?id=872>
- (13) Tunks M, Miller D. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2008 update – highlights for primary care. *Can Respir J*. 2008;15(4):219.
- (14) Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA/DoD). VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. Washington (DC): VA/DoD; 2021 [cited 2023 Jul 26]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPGFinal508.pdf>
- (15) Marciniuk DD, Becker EA, Kaminsky DA, McCormack MC, Stanojevic S, Bhakta NR, et al. Effect of race and ethnicity on pulmonary function testing interpretation: an American College of Chest Physicians (CHEST), American Association for Respiratory Care (AARC), American Thoracic Society (ATS), and Canadian Thoracic Society (CTS) evidence review and research statement. *Chest*. 2023;164(2):461-75.
- (16) Kitazawa H, Jiang A, Nohra C, Ota H, Wu JKY, Ryan CM, et al. Changes in interpretation of spirometry by implementing the GLI 2012 reference equations: impact on patients tested in a hospital-based PFT lab in a large metropolitan city. *BMJ Open Respir Res*. 2022;9(1).
- (17) Bowerman C, Bhakta NR, Brazzale D, Cooper BR, Cooper J, Gochicoa-Rangel L, et al. A Race-neutral Approach to the Interpretation of Lung Function Measurements. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2023;207(6):768-74.
- (18) Culver BH, Graham BL, Coates AL, Wanger J, Berry CE, Clarke PK, et al. Recommendations for a standardized pulmonary function report. An official American Thoracic Society technical statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;196(11):1463-72.
- (19) Spruit M, Sing S, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(8):e13–64.
- (20) Coates AL, Graham BL, McFadden RG, McParland C, Moosa D, Provencher S, et al. Spirometry in primary care. *Can Respir J*. 2013;20(1):13-21.
- (21) Gershon AS, Hwee J, Chapman KR, Aaron SD, O'Donnell DE, Stanbrook MB, et al. Factors associated with undiagnosed and overdiagnosed COPD. *Eur Respir J*. 2016;48(2):561-4.
- (22) Gershon AS, Hwee J, Croxford R, Aaron SD, To T. Patient and physician factors associated with pulmonary function testing for COPD: a population study. *Chest*. 2014;145(2):272-81.
- (23) Gershon A, Mecredy GC, Croxford R, To T, Stanbrook MB, Aaron SD. Outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease diagnosed with or without pulmonary function testing. *Can Med Assoc J*. 2017;189:E530-8.
- (24) Bourbeau J, Bhutani M, Hernandez P, Aaron SD, Beauchesne M-F, B. Kermelly S, et al. 2023 Canadian Thoracic Society Guideline on Pharmacotherapy in Patients with Stable COPD. *Can J Resp Crit Care*. 2023:1-19.
- (25) Bhakta NR, Kaminsky DA, Bime C, Thakur N, Hall GL, McCormack MC, et al. Addressing Race in Pulmonary Function Testing by Aligning Intent and Evidence With Practice and Perception. *Chest*. 2022;161(1):288-97.
- (26) Ontario Health Technology Advisory Committee. OHTAC recommendation: chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2012 Mar [cited 2017 May 26]. Available from: http://www.hqontario.ca/en/mas/pdfs/COPD_OHTACRecommendation_March2012.pdf

- (27) Ontario Health Technology Advisory Committee. OHTAC recommendation: specialized community-based care for chronic disease [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2012 Nov [cited 2018 Apr 24]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/ohtac-recommendation-specialized-care.pdf>
- (28) Ontario Palliative Care Network. Key palliative care concepts and terms [Internet]. Toronto (ON): The Network; 2017 [cited 2018 Apr 10]. Available from: https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/sites/opcn/files/KEY_PALLIATIVE_CARE_CONCEPTS_AND_TERMS.pdf
- (29) Stone M. Goals of care at the end of life. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001;14(2):134-7.
- (30) Health Care Consent Act, S.O. 1996, c. 2, Sched. A (1996).
- (31) World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2010 [cited 2023 May]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- (32) Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, Ouellette DR, Goodridge D, Hernandez P, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD. *Chest*. 2015;147(4):894-942.
- (33) Effing TW, Vercoulen JH, Bourbeau J, Trappenburg J, Lenferink A, Cafarella P, et al. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir J*. 2016;48:46-54.
- (34) Registered Nurses' Association of Ontario. Strategies to support self-management in chronic conditions: collaboration with clients [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2010 [cited 2018 Feb 5]. Available from: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions - Collaboration with Clients.pdf>
- (35) Vozoris NT, Stanbrook MB. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma. *Respir Med*. 2011;105:477-84.
- (36) Registered Nurses' Association of Ontario. Integrating tobacco interventions into daily practice [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2017 [cited 2018 Feb 5]. Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FINAL_TOBACCO_INTERVENTION_WEB.pdf
- (37) University of Ottawa Heart Institute. Ottawa model for smoking cessation [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2018 [cited 2018 Apr]. Available from: <https://ottawamodel.ottawaheart.ca/>
- (38) Centre for Addiction and Mental Health. Training enhancement in applied cessation counselling and health (TEACH) [Internet]. Toronto (ON): The Centre; 2011 [cited 2018 Apr]. Available from: <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/Home.aspx>
- (39) Bourbeau J, Bhutani M, Hernandez P, Aaron SD, Balter M, Beauchesne M-F, et al. Canadian Thoracic Society clinical practice guideline on pharmacotherapy in patients with COPD – 2019 update of evidence. *Can J Resp Crit Care*. 2019;3(4):210-32.
- (40) National Advisory Committee on Immunization. Canadian immunization guide chapter on influenza and statement on seasonal influenza vaccine for 2016-2017 [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2016 May [cited 2017 May 29]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/assets/pdf/flu-2016-2017-grippe-eng.pdf>
- (41) National Advisory Committee on Immunization. A review of the literature of high-dose seasonal influenza vaccine for adults 65 years and older [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2016 [cited 2017 May 29]. Available from: <http://www.phac->

aspc.gc.ca/naci-ccni/assets/pdf/influenza-vaccine-65-plus-vaccin-contre-la-grippe-65-plus-eng.pdf

- (42) National Advisory Committee on Immunization. Re-immunization with polysaccharide 23-valent pneumococcal vaccine (Pneu-P-23) [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2016 July [cited 2017 June 6]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/re-immunization-with-polysaccharide-23-valent-pneumococcal-vaccine-pneu-p-23.html>
- (43) National Advisory Committee on Immunization. Canada communicable disease report: statement on the use of conjugate pneumococcal vaccine-13 valent in adults (PNEU-C-13) [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2013 [cited 2017 Jun 6]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-5/assets/pdf/13vol39-acs-dcc5-eng.pdf>
- (44) Public Health Agency of Canada. Canadian immunization guide: part 4 – active vaccines – pneumococcal vaccine [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2016 [cited 2017 Aug]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-16-pneumococcal-vaccine.html>
- (45) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Guidance on COVID-19 vaccine booster doses: initial considerations for 2023 [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2023. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-covid-19-vaccine-booster-doses-initial-considerations-2023/guidance-covid-19-vaccine-booster-doses-initial-considerations-2023.pdf>
- (46) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Guidance on additional COVID-19 booster dose in the spring of 2023 for individuals at high risk of severe illness due to COVID-19 [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2023. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-guidance-additional-covid-19-booster-dose-spring-2023-individuals-high-risk-severe-illness-due-covid-19/statement.pdf>
- (47) COPD and pertussis: when a cough becomes downright dangerous [Internet]. Buffalo (NY): American Lung Association; 2022 [cited 2023 Jul 26]. Available from: <https://www.lung.org/blog/copd-pertussis-cough#:~:text=Becoming%20sick%20with%20pertussis%20can,be%20and%20feel%20sicker%2C%20longer.>
- (48) Aris E, Harrington L, Bhavsar A, Simeone JC, Ramond A, Papi A, et al. Burden of pertussis in COPD: a retrospective database study in England. *COPD*. 2021;18(2):157-69.
- (49) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccines: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2019 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2020 [cited 2023 Jul 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm>
- (50) Yang YW, Chen YH, Wang KH, Wang CY, Lin HW. Risk of herpes zoster among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study. *CMAJ*. 2011;183(5):E275-80.
- (51) Ontario Health Technology Advisory Committee. Pulmonary rehabilitation in Ontario: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 Mar [cited 2017 March 15]. Available from:

<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/recommendation-pulmonary-rehab-ontario-1503-en.pdf>

- (52) Bowen JM, Campbell K, Sutherland S, Bartlett A, Brooks D, Qureshi R, et al. Pulmonary rehabilitation in Ontario: a cross-sectional survey. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2015;15(8):1-67.
- (53) Giacomini M, Dejean D, Simeonov D, Smith A. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2012;12(13):1-47.
- (54) Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12(12):Cd005305.
- (55) Lindenauer PK, Stefan MS, Pekow PS, Mazor KM, Priya A, Spitzer KA, et al. Association between initiation of pulmonary rehabilitation after hospitalization for COPD and 1-year survival among medicare beneficiaries. *JAMA.* 2020;323(18):1813-23.
- (56) Canadian Hospice Palliative Care Association. A model to guide hospice palliative care [Internet]. Ottawa (ON): The Association; 2013 [cited 2018 Apr 27]. Available from: <http://www.chpca.net/media/319547/norms-of-practice-eng-web.pdf>
- (57) Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2011 [cited 2018 Apr 27]. Available from: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>
- (58) McCusker M, Ceronsky L, Crone C, Epstein H, Greene B, Halvorson J, et al. Palliative care for adults [Internet]. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2013 [cited 2018 Apr 27]. Available from: https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_palliative_care_guidelines/palliative_care/
- (59) Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BMC Palliat Care.* 2008;7(1):10.
- (60) Assistive Devices Program of the Ministry of Health and Long-Term Care. Home oxygen therapy policy and administration manual [Internet]. Toronto (ON): The Ministry; 2021 [cited 2023 Jul 19]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/adp/policies_procedures_manuals/docs/home_oxygen_manual.pdf
- (61) Statistics Canada. Canadian community health survey [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2017 [cited 2018 Apr]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/food-nutrition-surveillance/health-nutrition-surveys/canadian-community-health-survey-cchs.html>
- (62) Seow H, Bainbridge D, Brouwers M, Pond G, Cairney J. Validation of a modified VOICES survey to measure end-of-life care quality: the CaregiverVoice survey. *BMC Palliat Care.* 2017;16:44.
- (63) Diabetes Canada. 2018 Clinical practice guidelines [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; 2018 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf>
- (64) Management of Substance Use Disorders Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2015 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>

- (65) National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. London, United Kingdom: The Institute; 2011 [updated 2014 Oct; cited 2023 May]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG115/>
- (66) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2023 May]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (67) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne, Australia: State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2023 May]. Available from: <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D>
- (68) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2023 May]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- (69) Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2017 [updated 2017; cited 2023 May]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery>
- (70) Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary (AB): The Commission; 2012.
- (71) Ministry of Children, Community and Social Services. Ontario's quality standards framework: a resource guide to improve the quality of care for children and young persons in licensed residential settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2023 May]. Available from: <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/childremsaid/MCCSS-Residential-ResourceGuide.pdf>
- (72) Cunningham T, Ford E, Croft J, Merrick M, Rolle I, Giles W. Sex-specific relationships between adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in five states. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9(1):1033-43.

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être. Nous œuvrons pour améliorer l'expérience des patients, renforcer la santé de la population, optimiser l'expérience des fournisseurs, améliorer la valeur et promouvoir l'équité en matière de santé.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations, visitez : OntarioHealth.ca/fr/a-propos-de-nous/notre-personnel

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario

500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538

Télétype : 1-800-855-0511

Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca

Site web : hqontario.ca

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN 978-1-4868-7953-3 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024