

**Normes  
de qualité**

# Maladie pulmonaire obstructive chronique

Soins dans la collectivité destinés aux adultes

**Qualité des services  
de santé Ontario**

*Améliorons notre système de santé*



## Sommaire

**Cette norme de qualité porte sur les soins offerts aux personnes vivant avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'évaluation de personnes qui pourraient être atteintes de MPOC. Elle fournit des renseignements d'orientation sur le diagnostic, la gestion et le traitement de MPOC dans des milieux communautaires. La portée de cette norme de qualité s'applique aux soins primaires, aux soins spécialisés, aux soins à domicile et aux soins de longue durée.**

## Table des matières

À propos de nos normes de qualité	1
Comment utiliser les normes de qualité	1
À propos de cette norme de qualité	2
Portée de cette norme de qualité	2
Terminologie utilisée dans cette norme de qualité	2
Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?	3
Principes sous-jacents de cette norme de qualité	4
Moyens de mesurer le succès	5
Énoncés de qualité en bref	7
<b>Énoncé de qualité 1 : Diagnostic confirmé par spirométrie</b>	<b>9</b>
<b>Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète</b>	<b>14</b>
<b>Énoncé de qualité 3 : Objectifs des soins et planification des soins personnalisée</b>	<b>19</b>
<b>Énoncé de qualité 4 : Information et autogestion</b>	<b>25</b>
<b>Énoncé de qualité 5 : Promotion de la cessation du tabagisme</b>	<b>31</b>
<b>Énoncé de qualité 6 : Gestion pharmacologique de MPOC stable</b>	<b>36</b>
<b>Énoncé de qualité 7 : Vaccinations</b>	<b>41</b>
<b>Énoncé de qualité 8 : Soins respiratoires spécialisés</b>	<b>44</b>
<b>Énoncé de qualité 9 : Réadaptation pulmonaire</b>	<b>49</b>
<b>Énoncé de qualité 10 : Gestion d'exacerbations aiguës de MPOC</b>	<b>53</b>

TABLE DES MATIÈRES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

<b>Énoncé de qualité 11</b> : Suivi après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC	58
<b>Énoncé de qualité 12</b> : Réadaptation pulmonaire après hospitalisation pour une exacerbation aiguë de MPOC	64
<b>Énoncé de qualité 13</b> : Soins palliatifs	68
<b>Énoncé de qualité 14</b> : Oxygénothérapie à long terme	74
Remerciements	78
Références	80
À propos de Qualité des services de santé Ontario	85

# À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et des aidants naturels de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et les aidants naturels à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels de la santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts;
- aider les organisations de la santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les énoncés de cette norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

## Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les fournisseurs de soins et les organismes des caractéristiques des soins de santé de qualité supérieure sur le plan des aspects des soins qui sont désignés comme étant une priorité pour améliorer la qualité dans la province. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

Elles comprennent également des indicateurs pour aider les cliniciens et les organisations à évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et à trouver les écarts et les occasions d'amélioration. Ces indicateurs évaluent les processus, la structure, et les résultats.

De plus, des outils et des ressources appuyant les cliniciens et les organisations dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca).

# À propos de cette norme de qualité

## Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins offerts aux personnes vivant avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'évaluation de personnes qui pourraient être atteintes de MPOC. Elle fournit des renseignements d'orientation sur le diagnostic, la gestion et le traitement de MPOC dans des milieux communautaires. La portée de cette norme de qualité s'applique aux soins primaires, aux soins spécialisés, aux soins à domicile et aux soins de longue durée. Cette norme de qualité n'aborde pas le traitement d'exacerbations aiguës de MPOC en centre hospitalier, c'est-à-dire les soins au service des urgences et pendant l'hospitalisation.

En 2015, Qualité des services de santé Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont publié une version mise à jour de *Quality-Based Procedures: Clinical Handbook for COPD (Acute and Postacute)* (en anglais seulement),<sup>1</sup> un document qui fournit des conseils sur les soins pour les personnes

atteintes de la MPOC pendant leur hospitalisation et après avoir obtenu leur congé. La norme de qualité relative à la MPOC s'harmonise avec ce manuel clinique, qui peut être utilisé conjointement avec la norme de qualité.

En partenariat avec le Réseau ontarien des soins palliatifs, Qualité des services de santé Ontario a mis sur pied la norme de qualité relative aux Soins palliatifs : *soins aux adultes aux prises avec une maladie évolutive terminale*,<sup>2</sup> qui peut être utilisée conjointement avec la norme de qualité de la MPOC tout au long du parcours de soins des personnes atteintes de la MPOC. Il est commun pour les personnes atteintes de MPOC d'avoir aussi d'autres problèmes de santé. Qualité des services de santé Ontario a établi des normes de qualité pour certaines de ces conditions, comme la démence, l'insuffisance cardiaque (en cours d'élaboration) et l'asthme (en cours d'élaboration). Toutes les normes de qualité sont accessibles à l'adresse [hqontario.ca](http://hqontario.ca).

## Terminologie utilisée dans cette norme de qualité

Dans cette norme de qualité, le terme « aidant naturel » renvoie à une personne non rémunérée qui offre soins et soutien à une personne atteinte de MPOC. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami ou de toute autre personne désignée par la personne atteinte de MPOC. Le terme « fournisseur de soins primaires » fait référence à un médecin de famille ou à un infirmier

praticien. Les « soins interprofessionnels » désignent un contexte où plusieurs professionnels de la santé de différents horizons professionnels travaillent de concert pour assurer des services complets de santé pour une personne en travaillant avec celle-ci, sa famille, les aidants naturels et la collectivité pour offrir des soins de la plus haute qualité dans différents milieux.<sup>3</sup>

## Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie évolutive qui se caractérise par une obstruction irréversible ou partiellement réversible du débit de l'air dans les poumons.<sup>4,5</sup> Le principal facteur de risque pour la MPOC est le tabagisme actuel ou passé.<sup>4,5</sup> La maladie 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.<sup>4-6</sup>

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 ».<sup>4,5</sup>

À l'échelle mondiale, la MPOC est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. La maladie entraîne une charge socio-économique qui est à la fois majeure et en hausse. Malgré la baisse des taux de tabagisme en Ontario, la MPOC est l'une des maladies chroniques les plus courantes. La prévalence globale des cas de MPOC diagnostiqués par un médecin en Ontario était de 11,8 % en 2014-2015.<sup>7</sup> En outre, plus de personnes sont atteintes de MPOC en Ontario que par le passé : La prévalence de la MPOC a augmenté de 36,6 % en 2014-2015 par rapport à 1996-1997.<sup>7</sup> Toutefois, on estime également que seulement 41 % des personnes atteintes de MPOC ont reçu des tests de spirométrie pour confirmer leur diagnostic. En 2014-2015, ce taux a varié entre 30 % dans le

Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est et 48 % dans le RLISS du Centre-Toronto (Physician-Billed Services, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2014-2015).

Les personnes atteintes de MPOC ont également souvent besoin de services de soins de santé.<sup>7</sup> La MPOC est la deuxième raison la plus courante d'hospitalisation en Ontario, après l'accouchement (Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé, 2014-2016). Toutefois, il y a aussi des variations entre les RLISS dans le taux d'hospitalisation et des consultations aux services des urgences attribuables à la MPOC. En 2014-2015, l'écart entre le taux d'hospitalisation le plus élevé (37,6 pour 1 000 personnes-années dans le RLISS du Nord-Ouest) et le taux le plus faible (17,3 pour 1 000 personnes-années dans le RLISS du Centre) était de 2,2 fois. Toujours en 2014-2015, le taux de consultations aux services des urgences était cinq fois plus élevé dans le RLISS du Nord-Est (52,5 pour 1 000 personnes-années) que dans le RLISS de Mississauga Halton (10,5 pour 1 000 personnes-années).<sup>7</sup> En Ontario, entre 2008 et 2011, les personnes atteintes de MPOC représentaient 24 % des hospitalisations, 24 % des consultations aux services des urgences, 21 % des consultations aux soins ambulatoires, 30 % des patients recevant des services de soins à domicile et 35 % des patients demeurant en résidence de soins de longue durée.<sup>8</sup>

En 2011, le fardeau économique total de MPOC en Ontario, comprenant les coûts directs et indirects, était estimé à 3,9 milliards de dollars (les coûts directs des soins de santé étaient évalués à 3,3 milliards de dollars).<sup>9</sup>

Bien que la MPOC soit une maladie évolutive, les possibilités d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes sont nombreuses en raison de la prestation de soins de santé de qualité. Comme la plupart des personnes atteintes de MPOC ne sont diagnostiquées qu'à un stade avancé de la maladie, le dépistage et la soumission à des tests précoces des personnes symptomatiques à risque de contracter une

MPOC constituent une première étape essentielle de la gestion de cette affection chronique.<sup>10</sup> Les objectifs de la gestion de MPOC sont entre autres de ralentir la progression de la limitation du débit de l'air, de réduire la fréquence et la gravité des exacerbations aiguës et de les traiter, de soulager des symptômes comme l'essoufflement et l'anxiété, d'améliorer la capacité de faire de l'exercice et la capacité de mener les activités de la vie quotidienne ainsi que l'état de santé général, de gérer les comorbidités et de réduire les risques de mortalité.<sup>4</sup>

## Principes sous-jacents de cette norme de qualité

Cette norme de qualité est étayée par les principes du respect et de l'équité.

Les personnes atteintes de MPOC devraient recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent l'autogestion<sup>11</sup> en harmonie avec le cadre de gestion des maladies chroniques de l'Ontario.

Les personnes atteintes de MPOC devraient recevoir des services qui respectent leur genre, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur statut en

matière de logement, leur âge, leur origine (y compris leur appartenance culturelle, leur origine ethnique et leur religion) et leur handicap. L'accès équitable au système de santé comprend également l'accès à des soins culturellement sûrs. La langue, un outil de communication de base, est une partie essentielle de la sécurité des soins et doit être prise en compte tout au long du cheminement du patient au sein du réseau de la santé. Par exemple, les services devraient être activement offerts en français ainsi que dans d'autres langues.

Les professionnels de la santé devraient connaître le contexte historique des peuples autochtones canadiens et être sensibles aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et des torts physiques, mentaux, affectifs et sociaux que vivent les personnes, les familles et les collectivités autochtones.

## Moyens de mesurer le succès

Le Comité consultatif de la norme de qualité a cerné un petit nombre d'objectifs globaux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été associés à des indicateurs qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité des soins à l'échelle provinciale et locale.

### Moyens de mesurer le succès à l'échelle provinciale

Dans cette section, nous énumérons les indicateurs qui peuvent être utilisés pour surveiller le succès global de la norme de qualité à l'échelle provinciale, compte tenu des données actuellement disponibles. Si d'autres sources de données sont élaborées, d'autres indicateurs pourraient être ajoutés.

Indicateurs de processus :

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

Un système de santé de qualité supérieure fournit une bonne accessibilité, une bonne expérience et de bons résultats pour tout le monde en Ontario, peu importe où ils vivent, ce qu'ils possèdent ou qui ils sont.

- 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)

Indicateurs de résultat :

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant fait une ou plusieurs consultations urgentes en soins actifs en raison de la MPOC au cours de la dernière année :
  - Consultations aux urgences
  - Hospitalisations non facultatives
- Pourcentage d'adultes atteints de MPOC qui fument des cigarettes quotidiennement

En plus des mesures générales de réussite, chaque énoncé de qualité de la présente norme est accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs. Ces indicateurs visent à orienter la mesure des efforts d'amélioration de la qualité afin de mettre en œuvre les énoncés.

### **Moyens de mesurer le succès à l'échelle locale**

Les fournisseurs de soins peuvent vouloir surveiller leurs propres efforts d'amélioration de la qualité et évaluer la qualité des soins qu'ils fournissent aux personnes atteintes de MPOC. Il peut être possible de le faire en utilisant leurs propres dossiers cliniques, ou ils devront peut-être recueillir des données supplémentaires. Nous recommandons la liste suivante d'indicateurs, en plus de ceux énumérés ci-dessus, pour mesurer la qualité des soins que reçoivent les patients; ces indicateurs ne peuvent pas être mesurés à l'échelle provinciale à l'aide des sources de données actuellement disponibles :

- Pourcentage de personnes atteintes de MPOC dont la maladie a une faible ou moyenne incidence sur leur vie (stratification : faible, moyenne, élevée et très élevée)
- Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave qui ont accès à un programme de réadaptation pulmonaire (stratification : réadaptation communautaire et hospitalière)

Pour évaluer la prestation équitable des soins, les indicateurs de norme de qualité peuvent être classés selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques du patient ou de l'aidant naturel, notamment le revenu, l'éducation, la langue, l'âge, le sexe et le genre.

# Énoncés de qualité en bref

## 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 personnalisés**

---

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 personnalisés, 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 vaccins appropriés contre l'influenza et le pneumocoque sont offerts aux personnes atteintes de MPOC.

#### 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.

## 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.**

### Contexte

Selon les estimations, de toutes les personnes atteintes de MPOC dans le monde, entre 60 % et 80 % n'ont pas été diagnostiquées.<sup>12</sup> Le surdiagnostic et le sous-diagnostic sont tous deux possibles avec cette affection.<sup>1,12</sup> 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.<sup>1,12,13</sup> 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.<sup>1,12,13</sup> 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.<sup>14</sup> En Ontario, on estime que seulement 41 % des personnes atteintes de MPOC ont passé un test de spirométrie pour confirmer leur diagnostic de MPOC (Physician-Billed Services, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2014-2015).

# 1

## Diagnostic confirmé par spirométrie

### CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup>

## 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 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### « 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.

### Symptômes respiratoires

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

### Facteurs de risque

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

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**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)

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### Les facteurs de risque (Suite de la page précédente)

- 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 de l'air, y compris la capacité vitale forcée (CVF), soit le volume d'air expiré de force à partir du point d'inspiration maximale, et le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS1), soit le volume d'air expiré pendant la première seconde de mesure de la CVF. Les valeurs de référence servant à interpréter le test sont basées sur l'âge, la taille, le sexe et la race. Les résultats de spirométrie sont présentés en pourcentage de la valeur prédite ou en valeur absolue avec les limites supérieure et inférieure de la normale.

## Indicateur structurel

### Disponibilité locale des tests de spirométrie

- Sources des données : collecte de données locales

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### **Spirométrie (Suite de la page précédente)**

Pour diagnostiquer la MPOC, les tests devraient être administrés et les résultats interprétés par des professionnels de la santé formés à l'aide de spiromètres qui sont soumis à un contrôle de la qualité et un étalonnage réguliers afin de répondre aux spécifications de l'American Thoracic Society (ATS) et de la European Respiratory Society (ERS).<sup>16,17</sup> La spirométrie doit être effectuée avant et après l'administration par inhalation d'un bronchodilatateur.<sup>18</sup> Un rapport VEMS1/CVF post-bronchodilatateur inférieur à 0,7 ou inférieur à la limite inférieure de la normale confirme un diagnostic de MPOC.<sup>1,5</sup> Il est important de tenir compte du chevauchement spirométrique qui existe entre la MPOC et l'asthme, incluant le constat que de nombreuses personnes ayant reçu un diagnostic confirmé de MPOC répondent aux critères de réversibilité du VEMS1 requis pour un diagnostic d'asthme et que le rapport VEMS1/CVF post-bronchodilatateur peut également être réduit si la personne est atteinte d'asthme.

## 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.

### Contexte

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.<sup>5</sup> 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.<sup>5</sup> 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 suit<sup>5</sup> :

- 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

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Ces renseignements servent à éclairer la planification des soins personnalisés (voir l'énoncé 3) et la gestion pharmacologique (voir l'énoncé 6).<sup>6</sup> 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 :

- 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 optométrique ou ophtalmologique pour dépister un glaucome et des cataractes
  - Cytologie des expectorations
- 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

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2017<sup>19</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup>

## 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 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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)

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont le degré d'incapacité a été évalué au cours des 12 derniers mois
- Stratification potentielle : évaluation initiale ou suivi régulier
- Sources 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 comprises dans le dénominateur dont le risque d'exacerbations aiguës de MPOC a été évalué au cours des 12 derniers mois
- Stratification potentielle : évaluation initiale ou suivi régulier
- Sources des données : collecte de données locales

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### 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)

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

**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 comprises dans le dénominateur ayant fait l'objet d'une évaluation des comorbidités au cours des 12 derniers mois
- Stratification potentielle : évaluation initiale ou suivi régulier
- Sources des données : collecte de données locales

**DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ****Comorbidités (Suite de la page précédente)**

- L'ostéoporose
- L'embolie pulmonaire
- L'apnée du sommeil
- Les troubles de toxicomanie (p. ex., le tabagisme)

**Limitation du débit de l'air**

La gravité de la limitation du débit de l'air est mesurée par spirométrie. Le pourcentage de VEMS1 prévu par rapport aux valeurs de référence fondées sur l'âge, la taille, le sexe et la race est utilisé pour classer la gravité de la limitation du débit de l'air dans l'une des catégories suivantes :

- Légère :  $VEMS1 \geq 80 \%$
- Modérée :  $50 \% \leq VEMS1 < 80 \%$
- Grave :  $30\% \leq VEMS1 < 50 \%$
- Très grave :  $VEMS1 < 30 \%$

## 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.

### Contexte

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.<sup>6</sup>

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*.<sup>2</sup>

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.<sup>1,20</sup> 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.

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007 | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>21</sup>

## 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, psychosociaux 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>24</sup>

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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.<sup>22</sup> 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 ».<sup>24</sup> 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.<sup>22</sup> 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 ».

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

#### Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont parlé de leurs objectifs de soins à leur équipe de soins interprofessionnelle

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant discuté de leurs objectifs de soins avec leur équipe de soins interprofessionnelle (y compris leur mandataire spécial, leur fournisseur de soins primaires et les autres membres de leur équipe de soins)
- Sources des données : collecte de données locales

#### Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant reçu des soins primaires pour la MPOC au moins une fois au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant reçu des soins primaires pour la MPOC au moins une fois au cours des 12 derniers mois
- Stratification potentielle : gravité des symptômes
- Sources des données : collecte de données locales (pour déterminer le dénominateur et les consultations auprès de non-médecins et de 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 les consultations auprès de médecins qui ont facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario)

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### 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.

#### 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.<sup>3</sup>

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

**Pourcentage de personnes atteintes de MPOC ayant déclaré que leur fournisseur de soins primaires les fait toujours participer à la prise de décisions à l'égard de leurs soins**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui indiquent que leur fournisseur de soins primaires les fait toujours participer autant qu'elles le veulent aux décisions relatives à leurs soins
- Sources des données : collecte de données locales
- Exemple de question de sondage : lorsque vous consultez votre fournisseur de soins primaires ou quelqu'un d'autre à son cabinet, à quelle fréquence vous invite-t-il à participer autant que vous le voulez aux décisions relatives à vos soins et à votre traitement? (Choix de réponse : Toujours, Souvent, Parfois, Rarement, Jamais, Tout dépend de la personne consultée et (ou) de la raison de ma consultation, Je ne reçois pas de traitement / non applicable, Je ne sais pas, Je refuse de le dire)<sup>25</sup>
- Critères d'exclusion : les personnes qui répondent « Tout dépend de la personne consultée et (ou) de la raison de ma consultation », « Je ne reçois pas de traitement / non applicable », « Je ne sais pas » ou « Je refuse de le dire »

**DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ****Équipe de soins interprofessionnelle (Suite de la page précédente)**

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

## 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.**

### Contexte

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.<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup> 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.<sup>1</sup>

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.<sup>26</sup>

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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

---

**Sources :** American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015<sup>28</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>21</sup>

## 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

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### 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.<sup>26</sup> 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.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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 fournies par un professionnel de la santé.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## Pour les 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

### Indicateurs des processus

#### **Pourcentage de personnes atteintes de MPOC participant à une ou plusieurs interventions visant à soutenir l'autogestion avec leur professionnel de la santé**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur participant à une ou plusieurs interventions visant à soutenir l'autogestion avec leur professionnel de la santé
- Sources 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
- Sources des données : collecte de données locales

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

### Indicateur de résultat

#### **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)
- Stratification potentielle : ceux possédant ou ne possédant pas de plan d'autogestion
- Sources des données : collecte de données locales

## 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.

### Contexte

Le tabagisme actuel ou passé est le facteur de risque le plus fréquent pour contracter une MPOC.<sup>5</sup> Selon les estimations, jusqu'à 30 % des personnes atteintes de MPOC sont des fumeurs actuels.<sup>29</sup>

La cessation du tabagisme est l'un des moyens les plus efficaces de ralentir la progression de la maladie, de réduire la gravité des symptômes et de prévenir les exacerbations aiguës.<sup>4,5,28</sup> 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.<sup>6,30</sup> 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.

---

**Sources :** American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015<sup>28</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup>

## 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.

### 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.

### Pour les 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. 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).<sup>32</sup>

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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)

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

#### **Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument du tabac et qui ont élaboré un plan avec un professionnel de la santé 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 élaboré un plan avec un professionnel de la santé pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois
- Sources des données : collecte de données locales

#### **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
- Stratification potentielle : consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac
- 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)

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

**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 : collecte de données locales (pour le dénominateur, les personnes âgées de moins de 65 ans et pour mesurer l'utilisation des médicaments non couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario, y compris les médicaments en vente libre comme les thérapies de remplacement de la nicotine); Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes âgées de 65 ans et plus)

**Indicateur structurel****Disponibilité locale des interventions pour la cessation du tabagisme**

- Sources des données : collecte de données locales

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## Indicateur de résultat

### **Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui fument des cigarettes quotidiennement (un pourcentage plus bas est mieux)**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui déclarent fumer du tabac quotidiennement
- Sources des données : collecte de données locales
- Exemple de question de sondage (spécifique aux cigarettes, mais pourrait être étendue à tous les produits du tabac) : à l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes à tous les jours, parfois, ou pas du tout? (Choix de réponse : à tous les jours, Occasionnellement, Pas du tout, Je ne sais pas, Je refuse de le dire)<sup>33</sup>
- Critères d'exclusion : les personnes qui répondent « Je ne sais pas » ou « Je refuse de le dire »
- Remarque : cet indicateur est également inclus dans la section « Comment nous mesurons notre succès »

## 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.

### Contexte

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.<sup>19,28</sup> 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'espaceur, le cas échéant. 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.

---

**Sources :** American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015<sup>28</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2017<sup>19</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup>

## 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.

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. 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Pharmacothérapie personnalisée

Un bronchodilatateur inhalé à action rapide et à courte durée d'action pour le soulagement immédiat des symptômes devrait être offert à toutes les personnes atteintes de MPOC. Les personnes atteintes de MPOC modérée à grave qui ne présentent pas les caractéristiques de l'asthme devraient se voir offrir un bronchodilatateur inhalé à action prolongée – soit un antimuscarinique à action prolongée ou un bêta-2-agoniste à action prolongée. Cependant, pour les personnes qui souffrent également d'asthme, la gestion pharmacologique initiale devrait inclure un traitement d'entretien avec un inhalateur qui combine un bêta-2-agoniste à action prolongée et un corticostéroïde inhalé à dose faible ou modérée. D'autres pharmacothérapies devraient être adaptées à la personne en fonction de la gravité de ses symptômes et de la fréquence et de la gravité des exacerbations aiguës, conformément aux recommandations et aux algorithmes de traitement actuels. Il faut enseigner à la personne atteinte de MPOC comment bien utiliser l'inhalateur et la technique d'utilisation du dispositif d'administration. Le cas échéant, l'utilisation d'un dispositif d'espacement devrait être envisagée.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## Pour les 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

### Indicateurs des processus

#### Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui reçoivent un traitement de bronchodilatateur à action rapide

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent un traitement de bronchodilatateur à action rapide
- Stratification potentielle : gravité de la maladie
- Sources des données : collecte de données locales
- Remarque : un indicateur indirect qui mesure le nombre de personnes qui ont fait exécuter une ordonnance pour un traitement de bronchodilatateur à action rapide pourrait être mesuré au moyen du Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes âgées de 65 ans et plus)

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Pharmacothérapie personnalisée (Suite de la page précédente)

Si l'essoufflement persiste ou s'aggrave, ou si des exacerbations aiguës surviennent fréquemment et (ou) sont graves, un traitement pharmacologique supplémentaire par inhalation devrait être envisagé pour contribuer à prévenir les exacerbations aiguës. Il faut d'abord essayer un traitement combiné avec deux bronchodilatateurs à action prolongée dans un inhalateur (antimuscarinique / bêta-2-agoniste), puis une trithérapie avec un antimuscarinique à action prolongée et un bêta-2-agoniste à action prolongée / corticostéroïde inhalé. La monothérapie par corticostéroïde inhalé n'est pas indiquée pour le traitement de MPOC, pas plus que le bêta-2-agoniste à action prolongée / corticostéroïde inhalé n'est indiqué comme médicament de première intention. Dans certains cas, un traitement pharmacologique oral peut également être envisagé (p. ex., mucolytiques, macrolides, roflumilast et théophylline).

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

### **Pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave qui reçoivent un traitement de bronchodilatateur à action prolongée**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'une MPOC modérée à grave
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent un traitement de bronchodilatateur à action prolongée
- Stratification potentielle : gravité de la maladie
- Sources des données : collecte de données locales
- Remarque : un indicateur indirect qui mesure le nombre de personnes qui ont fait exécuter une ordonnance pour un traitement de bronchodilatateur à action prolongée pourrait être mesuré au moyen du Programme de médicaments de l'Ontario (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
- Sources des données : collecte de données locales
- Remarque : un indicateur indirect qui mesure le nombre de personnes qui ont fait exécuter une ordonnance pour un corticostéroïde en monothérapie par inhalation pourrait être mesuré au moyen du Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes âgées de 65 ans et plus)

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

**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 qui se sont fait prescrire un inhalateur
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui utilisent correctement leur système d'administration de médicaments par inhalation
- Stratification potentielle : type de système d'administration
- Sources 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 un ou plusieurs médicaments
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont les médicaments ont été passés en revue au cours des 12 derniers mois, ou plus fréquemment si cliniquement indiqué
- Sources des données : collecte de données locales

## Vaccinations

Les vaccins appropriés contre l'influenza et le pneumocoque sont offerts aux personnes atteintes de MPOC.

### Contexte

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.<sup>5</sup> 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.<sup>28</sup> 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.<sup>5,6</sup> Bien qu'il y ait une incertitude en ce qui a trait aux données probantes concernant la vaccination contre le pneumocoque et à sa capacité de réduire le nombre d'hospitalisations ou le taux de mortalité chez les personnes atteintes de MPOC, ses avantages potentiels comprennent notamment la prévention de la pneumonie acquise dans la collectivité et des infections à pneumocoque invasives.<sup>5</sup> Les aidants naturels et les membres de la famille des personnes atteintes de MPOC devraient également être encouragés à se faire vacciner contre l'influenza.

---

**Sources:** American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015<sup>28</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes atteintes de MPOC

La grippe et certaines infections telles que la pneumonie (une infection pulmonaire) peuvent aggraver les symptômes de MPOC. On devrait vous offrir un vaccin antigrippal chaque année. On devrait également vous offrir des vaccins contre la pneumonie. Vos aidants naturels et les membres de votre famille devraient également être encouragés à se faire vacciner afin de vous protéger.

### Pour les cliniciens

Veillez à ce que les personnes atteintes de MPOC se voient offrir chaque année des vaccins contre l'influenza et le pneumocoque en fonction de leur âge et de leurs facteurs de risque individuels, comme indiqué dans les déclarations du CCNI.<sup>36-38</sup>

### Pour les services de santé

Assurez la disponibilité de vaccins contre l'influenza et le pneumocoque en quantité suffisante dans les milieux de soins primaires et communautaires. Veillez à ce que les professionnels de la santé aient accès à de l'information sur la façon dont ces vaccins devraient être administrés, à quel moment et à qui ils devraient l'être.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Vaccination contre l'influenza<sup>34,35</sup>

La vaccination contre l'influenza devrait être offerte chaque année à toutes les personnes atteintes de MPOC, sauf s'il y a contre-indication. 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.

### Vaccinations contre le pneumocoque<sup>36-38</sup>

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).<sup>36-38</sup>

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

#### **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 des données : collecte de données locales (pour l'administration 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 l'administration par des médecins ayant facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario); Instrument d'évaluation des résidents – Services à domicile (RAI-HC) (pour les services à domicile); Instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal (RAI-MDS) (pour les soins de longue durée)

#### **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 des données : collecte de données locales (pour l'administration 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 l'administration par des médecins ayant facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario)

## 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.**

### Contexte

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.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup>

## 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, habituellement un pneumologue ou parfois un interniste général, ou un médecin de famille ou un infirmier praticien ayant une expertise en 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 personnalisés de la personne, une copie du plan d'autogestion de la personne ainsi que l'indication clinique de l'aiguillage.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

*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 services de santé

S'assurer que les systèmes, processus et ressources soient en place pour que toutes les personnes atteintes de MPOC ont accès en temps opportun aux soins spécialisés respiratoire en cas de besoin à la demande provenant de leur fournisseur de soins primaires.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

#### 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
- Stratification potentielle : indication clinique (p. ex., exacerbations aiguës graves ou récurrentes, infections fréquentes)
- Sources des données : collecte de données locales; les consultations chez le médecin spécialiste peuvent être mesurées à l'aide de la base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Cliniquement indiqué (Suite de la page précédente)

- L'apparition d'hypertension pulmonaire
- L'apparition de symptômes à un jeune âge ou des antécédents familiaux de déficit en alpha-1-antitrypsine
- La demande d'un deuxième avis par un patient
- 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

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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

- Définition : nombre total de jours entre l'aiguillage vers des soins respiratoires spécialisés et la première consultation de soins respiratoires spécialisés
- Stratification potentielle : type de fournisseur qui fait l'aiguillage, urgence de l'état de santé
- Sources 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
- Stratification potentielle : gravité des symptômes
- Source de données : base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario

## 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.

### Contexte

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.<sup>17</sup> La réadaptation pulmonaire devrait être offerte aux personnes

atteintes de MPOC qui demeurent symptomatiques malgré un traitement pharmacologique approprié (voir l'énoncé 6).<sup>4-6,15</sup> Les personnes qui terminent un programme de réadaptation pulmonaire bénéficient d'une participation à des programmes d'exercices afin de maintenir leur état fonctionnel.<sup>1</sup>

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2015<sup>39</sup>

## 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.

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### 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'incapacité<sup>4</sup> :

- 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 SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## 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 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 essouffées malgré une gestion pharmacologique appropriée.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

**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

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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. Cette réadaptation comprend également l'information et l'autogestion, y compris les interventions comportementales, la nutrition et le soutien psychologique. Les programmes sont à composants multiples, interdisciplinaires et personnalisés, et se déroulent sur au moins 6 à 8 semaines.<sup>1,17</sup>

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.

## INDICATEURS DE QUALITÉ CONTINUED

- Exclusions : personnes non admissibles à participer à un programme de réadaptation pulmonaire
- Sources des données : collecte de données locales

**Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui sont admissibles à un programme de réadaptation pulmonaire et qui commencent le programme**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui sont admissibles à un programme de réadaptation pulmonaire
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui commencent 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  $\geq 70$  % des séances)
- Sources des données : collecte de données locales (pour la réadaptation ambulatoire en milieu hospitalier ou dans la collectivité); SNIR (pour la réadaptation des patients hospitalisés)

**Indicateur structurel****Disponibilité locale des programmes de réadaptation pulmonaire**

- Sources des données : collecte de données locales

## 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.

### Contexte

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.<sup>4</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>28</sup>

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.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.<sup>4</sup> 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.

---

**Source :** Consensus du comité consultatif

## 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.

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

#### 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 par téléphone, par télémédecine ou par communication électronique sécurisée.

#### Exacerbations aiguës de MPOC<sup>4,28</sup>

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. 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)

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## 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 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

### Indicateur de processus

**Pourcentage de personnes atteintes de MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë et qui ont eu 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 de l'exacerbation**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont eu 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 de l'exacerbation aiguë
- Sources des données : collecte de données locales

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

### Indicateur de résultat

**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
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont répondu « Très bien » ou « Excellent » à la question suivante : « Comment évalueriez-vous le temps d'attente entre la prise de votre rendez-vous et la consultation que vous venez d'avoir? » (Choix de réponse : Mauvais, Correct, Bien, Très bien, Excellent)
- Sources des données : collecte de données locales

## 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.

### Contexte

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.<sup>1</sup> 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,<sup>40</sup> 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.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.<sup>1,5</sup> 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).<sup>1,5</sup>

---

**Sources :** Consensus du comité consultatif | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup>

## 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).

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Évaluation de suivi en personne<sup>1,5,15</sup>

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)

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## Pour les 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

### Indicateurs des processus

#### 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 des données : collecte de données locales (pour déterminer les suivis effectués par des non-médecins et des médecins n'ayant pas facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario); base de données sur les congés des patients (BDGP) (pour déterminer le dénominateur); base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour recenser les suivis effectués par des médecins ayant facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario)

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Évaluation de suivi en personne<sup>1,5,15</sup> (Suite de la page précédente)

- 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)

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

### **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 des données : collecte de données locales; BDCP; base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario

### **Indicateurs de résultat**

#### **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 comprises dans le dénominateur qui se sont rendues au service des urgences pour une MPOC (problème principal ou secondaire) dans les 30 jours suivant leur congé de leur hospitalisation de référence
- Sources de données : BDCP; Système national d'information sur les soins ambulatoires

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

**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

## 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.

### Contexte

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.<sup>17</sup> 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.<sup>17</sup>

Lorsqu'elle est amorcée tôt après le congé de l'hôpital, la réadaptation pulmonaire contribue à accroître la tolérance à l'exercice, à réduire les symptômes et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de MPOC.<sup>17,39</sup> Elle diminue également le nombre de réadmissions à l'hôpital.<sup>27</sup>

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.<sup>17</sup> 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). Malgré cela, en Ontario, la capacité actuelle des programmes de réadaptation pulmonaire n'est pas suffisante pour desservir toutes les personnes atteintes de MPOC qui veulent participer, et les listes d'attente peuvent être longues.<sup>41</sup> De 2010 à 2015, entre 500 et 600 personnes atteintes de MPOC ont eu recours à des services de réadaptation en milieu hospitalier chaque année; toutefois, on ne dispose pas de données sur l'utilisation des programmes de réadaptation pulmonaire en milieu hospitalier en consultation externe ou dans la collectivité (Système national d'information sur la réadaptation, IntelliHealth 2016). Les personnes qui terminent un programme de réadaptation pulmonaire bénéficient d'une participation à des programmes d'exercices afin de maintenir leur état fonctionnel.<sup>1</sup>

---

**Sources :** American College of Chest Physicians et Société canadienne de thoracologie, 2015<sup>28</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2015<sup>39</sup>

## 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 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.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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. Cette réadaptation comprend également l'information et l'autogestion, y compris les interventions comportementales, la nutrition et le soutien psychologique. Les programmes sont à composants multiples, interdisciplinaires et personnalisés, et se déroulent sur au moins 6 à 8 semaines.<sup>1,17</sup>

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.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs des processus

#### **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

#### **Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital après une admission pour une MPOC qui ont commencé un programme de réadaptation pulmonaire dans le mois suivant l'obtention de leur congé**

- 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 des données : collecte de données locales (pour la réadaptation dans la collectivité); BDPC (pour le dénominateur); SNIR (pour la réadaptation des patients hospitalisés)

### Indicateur structurel

#### **Disponibilité locale des programmes de réadaptation pulmonaire**

- Sources des données : collecte de données locales

## 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.**

### Contexte

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.<sup>4-6</sup> 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 ».<sup>4,5</sup> 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.<sup>22</sup> 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.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

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.<sup>22</sup>

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](#).

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2017<sup>19</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup>

## 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, psychosociaux 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.

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ

#### 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 pertinent et peut prendre plusieurs formes, notamment une visite au bureau du fournisseur de soins primaires ou du spécialiste de la personne, un appel téléphonique avec un infirmier autorisé, un numéro de téléphone à composer lorsque la douleur ou d'autres symptômes ne sont pas bien gérés, ou une consultation à domicile.<sup>2</sup>

#### 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.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## 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 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

### Indicateurs de résultat

**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

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ

### Besoins en matière de soins palliatifs (Suite de la page précédente)

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.<sup>2,42,43</sup>

- 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 culturels<sup>44</sup>
- Les besoins juridiques
- Les besoins éthiques<sup>44</sup>
- Les besoins spirituels
- Les besoins pratiques
- Les besoins de fin de vie
- Le deuil

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- Sources des données : collecte de données locales
- 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)<sup>45</sup>

**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)

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ

### Besoins en matière de soins palliatifs (Suite de la page précédente)

Des exemples d'outils validés utilisés pour l'évaluation peuvent comprendre le système d'évaluation des symptômes d'Edmonton<sup>43,44</sup> et l'échelle de performance pour soins palliatifs. 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.<sup>2</sup>

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- Sources de données : collecte de données locales (pour les consultations à domicile par des non-médecins et des médecins n'ayant pas facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario et pour les soins palliatifs); Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD); BDCP; Base de données sur les services à domicile; Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); SNIR; Base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour les consultations à domicile par des médecins ayant facturé le Régime d'assurance-santé de l'Ontario); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

## 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.

### Contexte

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.<sup>5,15</sup> De plus, il a été démontré « qu'une oxygénothérapie inappropriée chez les personnes atteintes de MPOC peut causer une

dépression respiratoire ». <sup>6</sup> 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.

---

**Sources :** Société canadienne de thoracologie, 2007<sup>4</sup> | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2014<sup>15</sup> | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017<sup>5</sup> | Qualité des services de santé Ontario, 2015<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2010<sup>6</sup> | Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, 2012<sup>20</sup>

## 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 en utilisant l'oxymétrie pour déterminer si les gaz du sang artériel devraient être mesurés afin d'évaluer le besoin d'une oxygénothérapie à long terme. Au moment d'entamer une oxygénothérapie, renseignez les personnes atteintes de MPOC sur l'utilisation appropriée et sécuritaire de l'oxygène. Réévaluez la nécessité de poursuivre l'oxygénothérapie 60 à 90 jours après le début du traitement, puis au moins une fois par an.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### 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 ( $30\% \leq \text{VEMS1} < 50\%$ ) 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  $[\text{PaO}_2] \leq 55$  mmHg et (ou) saturation artérielle en oxygène  $[\text{SaO}_2] \leq 88\%$ ).

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

## Pour les 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

### Indicateurs des processus

#### Pourcentage de personnes atteintes de MPOC stable ayant reçu une oxygénothérapie à long terme dont la saturation en oxygène a été mesurée par oxymétrie au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC stable qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont la saturation en oxygène a été mesurée par oxymétrie au cours des 12 derniers mois
- Sources des données : collecte de données locales

#### Pourcentage de personnes atteintes de MPOC stable recevant une oxygénothérapie à long terme et ayant fait l'objet d'une gazométrie artérielle

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de MPOC stable qui reçoivent une oxygénothérapie à long terme

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Traitement par oxygénothérapie à long terme (Suite de la page précédente)

Les personnes atteintes d'hypoxémie modérée au repos ( $\text{PaO}_2$  de 56 à 60 mmHg et (ou)  $\text{SaO}_2$  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'oxygène<sup>46</sup>
- Hypoxémie nocturne ( $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ )  $\geq 30\%$  de la nuit<sup>46</sup>

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.<sup>46</sup>

## INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant fait l'objet d'une gazométrie du sang artériel
- Sources 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
- Stratification potentielle : gravité de la maladie
- Sources des données : collecte de données locales (pour le dénominateur); Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (pour le numérateur)

### Indicateur structurel

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

- Sources des données : collecte de données locales

### DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

**Traitement par oxygénothérapie à long terme (Suite de la page précédente)**

Une fois le traitement à long terme amorcé, l'oxygène doit être utilisé pendant au moins 15 à 20 heures par jour.<sup>4,6</sup> Le besoin continu d'oxygénothérapie à long terme doit être évalué par oxymétrie après 60 à 90 jours, puis au moins une fois par an.

# Remerciements

## Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer cette norme de qualité.

### **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

## Remerciements

COMITÉ CONSULTATIF SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

### **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

### **Evelyn Sparks**

Consultante en situation de vécu  
Ergothérapeute (retraîtée)

### **Lynda Woon**

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. Qualité des services de santé Ontario et ministère de la Santé et des Soins de longue durée. « Quality-Based Procedures: Clinical Handbook for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Acute and Postacute) », [En ligne], 2015. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario [<http://www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Évaluations-des-technologies-de-la-santé/Autres-rapports/Manuels-cliniques-à-légard-des-procédures-fondées-sur-la-qualité>] (cité le 5 janvier 2016).
2. Qualité des services de santé Ontario et Réseau ontarien des soins palliatifs. « Soins palliatifs : Soins aux adultes aux prises avec une maladie évolutive terminale », [En ligne], 2018. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, [<http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-palliative-care-clinical-guide-fr.pdf>] (cité en avril 2018).
3. Organisation mondiale de la Santé. « Framework for action on interprofessional education and collaborative practice », [En ligne], 2010. Genève (Suisse), World Health Organization Press, [[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=98179B5D44BB8A-74CAFE9440F751D839?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=98179B5D44BB8A-74CAFE9440F751D839?sequence=1)] (cité le 1er mars 2018).
4. O'Donnell, D. E., S. Aaron, J. Bourbeau, P. Hernandez, D. D. Marciniuk, M. Balter et coll. « Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2007 update », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 14 (2007), suppl. B, pp. 5b à 32b.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. « Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease », [En ligne], 2017. The Initiative, [<http://goldcopd.org/>] (cité le 5 janvier 2017).
6. National Institute for Health and Care Excellence. « Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management », [En ligne], 2010. Manchester (Royaume-Uni), The Picker Institute, [<https://www.nice.org.uk/guidance/cg101>] (cité le 16 mai 2017).
7. Gershon, A. S., G. C. McCreedy et S. Ratnasingham. « Chronic obstructive pulmonary disease in Ontario, 1996/97 to 2014/15 » [En ligne], 2017. Toronto (Ontario), Institute for Clinical Evaluative Sciences, [<https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2017/COPD>] (cité le 19 octobre 2017).
8. Gershon, A. S., J. Guan, J. C. Victor, R. Goldstein et T. To. « Quantifying health services use for chronic obstructive pulmonary disease », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 187, no 6 (2013), pp. 596 à 601.
9. Ontario Lung Association. « Life and economic burden of lung disease in Ontario: 2011 to 2041 », [En ligne], 2011. Toronto (Ontario), *RiskAnalytica*, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada, [<http://www.on.lung.ca/document.doc?id=872>] (cité le 5 janvier 2017).
10. Tunks, M. et D. Miller. « Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease—2008 update—highlights for primary care », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 15, n° 4 (2008), p. 219.

11. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. « Preventing and managing chronic disease: Ontario's framework », [En ligne], 2007. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework\_full.pdf] (cité le 3 avril 2018).
12. Gershon, A. S., J. Hwee, K. R. Chapman, S. D. Aaron, D. E. O'Donnell, M. B. Stanbrook et coll. « Factors associated with undiagnosed and overdiagnosed COPD », *European Respiratory Journal*, vol. 48, n° 2 (2016), pp. 561 à 564.
13. Gershon, A. S., J. Hwee, R. Croxford, S. D. Aaron et T. To. « Patient and physician factors associated with pulmonary function testing for COPD: a population study », *Chest*, vol. 145, no 2 (2014), pp. 272 à 281.
14. Gershon, A. S., G. C. Mcreddy, R. Croxford, T. To, M. B. Stanbrook et S. D. Aaron. « Outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease diagnosed with or without pulmonary function testing », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189 (2017), pp. E530 à E538.
15. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Working Group. « VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease », [En ligne], 2014. Washington (district de Columbia), Department of Veterans Affairs and Department of Defense, [https://www.health-quality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPD-CPG2014.pdf] (cité le 16 mai 2017).
16. Culver, B. H., B. L. Graham, A. L. Coates., J. Wanger, C. E. Berry, P. K. Clarke et coll. « Recommendations for a standardized pulmonary function report. An official American Thoracic Society technical statement », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 196, no 11 (2017), pp. 1463 à 1472.
17. Spruit, M., S. Sing, C. Garvey, R. ZuWallack, L. Nici, C. Rochester et coll. « An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 188, no 8 (2013), pp. e13 à 64.
18. Coates, A. L., B. L. Graham, R. G. McFadden, C. McParland, D. Moosa, S. Provencher et coll. « Spirometry in primary care », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 20, no 1 (2013), pp. 13 à 21.
19. Bourbeau, J., M. Bhutani, P. Hernandez, D. D. Marciniuk, S. D. Aaron, M. Balter et coll. « CTS position statement: pharmacotherapy in patients with COPD—an update », *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, vol. 1, no 4 (2017), pp. 222 à 241.
20. Comité consultatif ontarien des technologies de la santé. « OHTAC recommendation: chronic obstructive pulmonary disease (COPD) », [En ligne], mars 2012. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, [http://www.hqontario.ca/en/mas/pdfs/COPD\_OHTACRecommendation\_March2012.pdf] (cité le 26 mai 2017).

21. Comité consultatif ontarien des technologies de la santé. « OHTAC recommendation: specialized community-based care for chronic disease », [En ligne], novembre 2012. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, [<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/ohtac-recommendation-specialized-care.pdf>] (cité le 24 avril 2018).
22. Réseau ontarien des soins palliatifs. « Concepts et termes clés relatifs aux soins palliatifs » [En ligne], 2017. Toronto (Ontario), Le Réseau, [[https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/sites/opcn/files/KEY\\_PALLIATIVE\\_CARE\\_CONCEPTS\\_AND\\_TERMS-FR.pdf](https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/sites/opcn/files/KEY_PALLIATIVE_CARE_CONCEPTS_AND_TERMS-FR.pdf)] (cité le 10 avril 2018).
23. Stone, M. « Goals of care at the end of life », *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, vol. 14, no 2 (2001), pp. 134 à 137.
24. *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, chap. 2, annexe A.
25. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. « Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé », [En ligne], 2017. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, [<https://www.ontario.ca/data/health-careexperience-survey-hces>] (cité le 3 avril 2018).
26. Effing, T. W., J. H. Vercoulen, J. Bourbeau, J. Trapenburg, A. Lenferink, P. Cafarella et coll. « Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus », *European Respiratory Journal*, vol. 48 (2016), pp. 46 à 54.
27. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. « Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients », [En ligne], 2010. Toronto (Ontario), L'Association, [[https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies\\_permettant\\_de\\_soutenir\\_l'autogestiondes\\_etats\\_chroniques\\_la\\_collaboration\\_avec\\_les\\_clients.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies_permettant_de_soutenir_l'autogestiondes_etats_chroniques_la_collaboration_avec_les_clients.pdf)] (cité le 5 février 2018).
28. Criner, G. J., J. Bourbeau, R. L. Diekemper, D. R. Ouelette, D. Goodridge, P. Hernandez et coll. « Prevention of acute exacerbations of COPD », *Chest*, vol. 147, no 4 (2015), pp. 894 à 942.
29. Vozoris, N. T. et M. B. Stanbrook. « Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma », *Respiratory Medicine*, vol. 105 (2011), p. 477 à 484.
30. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. « La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers », [En ligne], 2017. Toronto (Ontario), L'Association, [[https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies\\_permettant\\_de\\_soutenir\\_l'autogestiondes\\_etats\\_chroniques\\_la\\_collaboration\\_avec\\_les\\_clients.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies_permettant_de_soutenir_l'autogestiondes_etats_chroniques_la_collaboration_avec_les_clients.pdf)] (cité le 5 février 2018).
31. Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. « Ottawa model for smoking cessation », [En ligne], 2018. Ottawa (Ontario), L'Université, [<https://ottawamodel.ottawaheart.ca/>] (cité en avril 2018).
32. Centre de toxicomanie et de santé mentale. « Training enhancement in applied cessation counselling and health (TEACH) », [En ligne], 2011. Toronto (Ontario), Le Centre, [<https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/Home.aspx>] (cité en avril 2018).

- 33.** Statistique Canada. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », [En ligne], 2017. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, [https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc.html] (cité en avril 2018).
- 34.** Comité consultatif national de l'immunisation. « Chapitre sur la grippe du Guide canadien d'immunisation et Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2016-2017 », [En ligne], mai 2016. Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/naci-ccni/assets/pdf/flu-2016-2017-grippe-fra.pdf] (cité le 29 mai 2017).
- 35.** Comité consultatif national de l'immunisation. « Examen de la littérature sur le vaccin contre la grippe saisonnière à forte dose chez les adultes de 65 ans et plus », [En ligne], 2016. Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/naci-ccni/assets/pdf/influenza-vaccine-65-plus-vaccin-contre-la-grippe-65-plus-fra.pdf] (cité le 29 mai 2017).
- 36.** Comité consultatif national de l'immunisation. « Revaccination avec le vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque (Pneu-P-23) », [En ligne], juillet 2016. Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/re-immunization-with-polysaccharide-23-valent-pneumococcal-vaccine-pneu-p-23-fra.pdf] (cité le 6 juin 2017).
- 37.** Comité consultatif national de l'immunisation. « Déclaration sur l'utilisation du vaccin conjugué contre le pneumocoque 13-valent chez l'adulte (PNEU-C-13) », [En ligne], 2013. Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-5/assets/pdf/13vol39-acs-dcc5-fra.pdf] (cité 6 juin 2017).
- 38.** Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation active – Vaccin contre le pneumocoque », [En ligne], 2016. Ottawa (Ontario), Gouvernement du Canada, [https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-16-vaccin-contre-pneumocoque.html] (cité en août 2017).
- 39.** Comité consultatif ontarien des technologies de la santé. « Pulmonary rehabilitation in Ontario: OHTAC recommendation », [En ligne], mars 2015. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, [http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/recommendation-pulmonary-rehab-ontario-1503-en.pdf] (cité le 15 mars 2017).
- 40.** Giacomini, M., D. Dejean, D. Simeonov et A. Smith. « Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature », *Ontario Health Technol Assess Series*, vol. 12, no 13 (2012), pp. 1 à 47.
- 41.** Bowen, J. M., K. Campbell, S. Sutherland, A. Bartlett, D. Brooks, R. Qureshi et coll. « Pulmonary rehabilitation in Ontario: a cross-sectional survey », *Ontario Health Technol Assess Series*, vol. 15, no 8 (2015), pp. 1 à 67.

42. Association canadienne de soins palliatifs. « Modèle de soins palliatifs », [En ligne], 2013. Ottawa (Ontario), L'Association, [<http://acsp.net/media/319550/norms-of-practice-fr-web.pdf>] (cité le 27 avril 2018).
43. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. « End-of-life care during the last days and hours », [En ligne], 2011. Toronto (Ontario), L'Association, [<http://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>] (cité le 27 avril 2018).
44. McCusker, M., L. Ceronky, C. Crone, H. Epstein, B. Greene, J. Halvorson et coll. « Palliative care for adults », [En ligne], 2013. Bloomington (Minnesota), Institute for Clinical Systems Improvement, [[https://www.icsi.org/guidelines\\_\\_more/catalog\\_guidelines\\_and\\_more/catalog\\_guidelines/catalog\\_palliative\\_care\\_guidelines/palliative\\_care/](https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_palliative_care_guidelines/palliative_care/)] (cité le 27 avril 2018).
45. Seow, H., D. Bainbridge, M. Brouwers, G. Pond et J. Cairney. « Validation of a modified VOICES survey to measure end-of-life care quality: the CaregiverVoice survey », *BMC Palliat Care*, vol. 16 (2017), p. 44.
46. Programme d'appareils et accessoires fonctionnels du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. « Home oxygen therapy policy and administration manual », [En ligne], 2016. Toronto (Ontario), Le ministère, [[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/adp/policies\\_procedures\\_manuals/docs/home\\_oxygen\\_manual.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/adp/policies_procedures_manuals/docs/home_oxygen_manual.pdf)] (cité le 18 août 2017).

# À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le responsable provincial de la qualité des soins de santé. Nous aidons le personnel infirmier, les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent fort en première ligne à être plus efficaces dans ce qu'ils font, en leur fournissant des conseils objectifs et des données, et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.

Nous nous efforçons de rendre les soins de santé plus efficaces, efficaces et abordables dans le cadre d'un mandat que nous confère la loi :

- rendre compte au public, aux organisations, au gouvernement et aux fournisseurs de soins de santé du rendement du système de santé;
- trouver les meilleures données probantes sur ce qui fonctionne;
- traduire ces données en normes cliniques, en recommandations aux professionnels de la santé et aux bailleurs de fonds ainsi qu'en outils que les fournisseurs de soins de santé peuvent facilement mettre en pratique pour apporter des améliorations.

Pour obtenir de plus amples renseignements : [hqontario.ca](http://hqontario.ca).

## **Vous désirez obtenir plus d'information?**

Veillez visiter notre site Web à [hqontario.ca](http://hqontario.ca) et communiquer avec nous à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca) si vous avez des questions ou des commentaires à propos du présent guide.

**Qualité des services de santé Ontario**

130, rue Bloor Ouest, 10e étage  
Toronto, Ontario M5S 1N5

**Tél.** : 416 323-6868

**Sans frais** : 1 866 623-6868

**Télééc.** : 416 323-9261

**Courriel** : [QualityStandards@hqontario.ca](mailto:QualityStandards@hqontario.ca)

**Site Web** : [hqontario.ca/Accueil](http://hqontario.ca/Accueil)