INFORQAM

SEPTEMBRE 2010

LE JOURNAL DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ RESPIRATOIRE

OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

De nouvelles lignes directrices à implanter au Québec

Diane Nault
Conseillère clinicienne en soins infirmiers

Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal

Membre du Comité scientifique RQAM

Les nouvelles lignes directrices en matière d'oxygénothérapie à domicile, déposées au comité exécutif de l'Association des pneumologues de la province de Québec (APPQ), entreront en vigueur très prochainement. Le RQAM donne un avant-goût de ces changements dont les recommandations s'adressent autant aux médecins prescripteurs d'oxygène à domicile, aux gestionnaires et pneumologues responsables de programmes d'oxygénothérapie à domicile, qu'à tous les professionnels de la santé œuvrant auprès de la clientèle oxygéno-dépendante voire à toute personne nécessitant de l'oxygène à long terme.

RÈGLE DE BASE : LA COLLABORATION DU PATIENT

La validité des données scientifiques appuyant chacune des recommandations a été quantifiée à l'aide du système GRADE. Cette classification est basée sur la qualité des données scientifiques et sur le rapport existant entre les bénéfices d'une thérapie en comparaison des coûts et des risques encourus. Plusieurs critères généraux déterminent l'admissibilité. **D'abord, il est important que le patient recevant de l'oxygène à domicile collabore à son traitement en respectant sa prescription et en se rendant disponible aux visites de suivi à domicile.**

À LONG TERME : UN MINIMUM DE 15 À 18 HEURES PAR JOUR

L'éligibilité à l'oxygénothérapie à long terme doit quant à elle être déterminée à partir des valeurs du gaz artériel et des critères généraux qui sont les mêmes qu'auparavant soit : une PaO2 ≤ 55 mmHg ou une PaO2 ≤ 59 mmHg en présence d'œdème périphérique et/ou une hématocrite ≥ 55 % et/ou des ondes « P » pulmonaires à l'ECG. Dans la majorité des cas, la prescription d'oxygène est débutée en état d'instabilité et doit donc être réévaluée dans les 12 semaines suivantes pour que l'oxygénothérapie soit considérée à long terme. À ce moment, entre 30 % et 50 % des patients ne répondront plus aux critères d'éligibilité et l'oxygène pourra être cessé. On recommande que les patients utilisent l'oxygène pendant au moins 15 à 18 heures par jour, autrement les bénéfices sont incertains lorsque l'utilisation est inférieure à ce nombre d'heures.

CINQ CHANGEMENTS MAJEURS FIGURENT AUX NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES QUÉBÉCOISES

1 **L'oxygénothérapie à long terme n'est plus indiquée chez les patients fumeurs.**
Cette décision est fondée sur les risques connus d'incendie et le fait qu'il n'y a aucun avantage relatif à la survie des patients hypoxémiques qui continuent de fumer. Une abstinence de 4 semaines du tabagisme est nécessaire avant de débuter le traitement d'oxygène à long terme.

2 **L'oxygénothérapie nocturne est prescrite chez les patients qui ont une saturation < à 90 % plus de 30 % de la nuit avec présence de signes cliniques de cœur pulmonaire ou d'arythmies cardiaques.**
Les deux essais cliniques randomisés évaluant l'efficacité de l'oxygénothérapie nocturne n'ont pu démontrer d'effets sur la mortalité ou sur la progression de la maladie.

3 **L'oxygène de déambulation est prescrit aux patients qui répondent aux critères généraux d'oxygénothérapie à long terme, qui sortent de leur domicile au moins 4 heures par semaine et qui ont une désaturation à l'effort sous le seuil de 85 % démontrée par un test de marche de 6 minutes en laboratoire.**
Les études scientifiquement valides et de longue durée ne démontrent aucun effet réel sur la qualité de vie, le statut fonctionnel et la capacité à l'exercice de patients avec MPOC sévère. Les patients à qui on a prescrit de l'oxygène de déambulation doivent se soumettre à une évaluation médicale visant à déterminer le potentiel de bénéfices de l'oxygénothérapie de déambulation pour eux.

4 **L'oxygène de confort peut être prescrit aux patients dyspnéiques en phase palliative qui présentent une hypoxémie sévère (saturation au repos < à 88 %) lorsque le pronostic vital est estimé à moins de 3 mois.**
L'oxygénothérapie n'est pas le traitement de première intention chez ces patients ; la morphine seule ou en combinaison aux benzodiazépines est plus efficace en terme de confort.

5 **Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique avec une hypoxémie significative (PaO2 ≤ 59 mmHg) sont éligibles à l'oxygénothérapie à long terme.**
Exceptionnellement, les patients atteints de fibrose kystique peuvent recevoir de l'oxygénothérapie nocturne si la désaturation est < à 90 % plus de 10 % de la nuit. Les patients atteints d'hypertension pulmonaire sévère (> 40 mmHg) qui répondent aux critères généraux d'admissibilité à l'oxygénothérapie à long terme ou qui présentent une désaturation isolée nocturne et/ou à l'effort significative peuvent recevoir de l'oxygène de déambulation, à l'effort, et/ou nocturne. L'assistance ventilatoire est le traitement à privilégier pour les patients atteints de maladies neuromusculaires ou la cyphoscoliose. Le CPAP est la thérapie de choix pour ceux atteints d'apnée du sommeil.

Le contenu de cet article provient du rapport : L'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE AU QUÉBEC : LIGNES DIRECTRICES 2009 produit par Lacasse Y, Gauthier R, Paradis B, Chassé M, Deschênes J, Allard C. Association des pneumologues de la province de Québec.

CALENDRIER DES FORMATIONS

Formation de base en asthme

Formation de trois jours :
5-6-7 octobre 2010,
à l'Hôtel Sandman de Longueuil.

Inscription : formulaire disponible sur demande en écrivant à l'info@rqam.ca

Ce programme de formation vise l'acquisition de connaissances nécessaires à l'éducation des personnes asthmatiques. Cette formation est également un préalable pour les éducateurs en asthme qui souhaiteraient obtenir une certification nationale en asthme via le Réseau canadien pour les soins respiratoires (anciennement le Réseau Canadien sur le Traitement de l'Asthme ou RCTA). Le programme comprend sept modules.

Formation de base en MPOC

Formation de trois jours :
5-6-7 octobre 2010,
à l'Hôtel Sandman de Longueuil

Inscription : formulaire disponible sur demande en écrivant à info@rqam.ca

Cette formation a été élaborée à partir des objectifs spécifiques du *National Learning Objectives for respiratory Educator (Canadian Network for Asthma Care)*. Issue du Programme provincial de formation en réadaptation respiratoire et développée par des experts de l'Hôpital Laval (PPMC) et du Centre universitaire de santé McGill, cette formation initiale s'adresse d'abord aux professionnels qui amorcent des fonctions éducatives auprès de clientèle atteinte de MPOC. Le programme comprend sept modules.

À L'AGENDA

2010 – Année du Poumon

Le Forum of International Respiratory Societies (FIRS) a déclaré l'année 2010, l'année du POUMON.

Pour en savoir plus, consulter le site Internet (en anglais seulement) :
www.yearofthelung.org

Journée mondiale de la spirométrie

Le 14 octobre 2010

La Société Européenne Respiratoire (ERS) et la Fondation Européenne pour le Poumon (ELF) coordonnent cet événement qui fait partie intégrante de la campagne *Année du poumon*. Son objectif est de tester la fonction pulmonaire d'un maximum de personnes à travers le monde.
Pour plus d'information :
www.fr.european-lung-foundation.org

Journée mondiale MPOC

Le 17 novembre 2010

Le 17 novembre 2010 est la journée mondiale de la MPOC. Dans le cadre de cette journée, des activités de sensibilisation aux maladies respiratoires, autant pour les professionnels de la santé que pour le grand public, pourraient être organisées dans les établissements de santé ou les milieux communautaires. Faites-nous part de vos initiatives à info@rqam.ca

Site de référence (en anglais) :
www.goldcopd.com

L'asthme : quoi de neuf

Adaptation de l'article :
Boulet LP. L'asthme : quoi de neuf en 2010. Le clinicien Avril 2010

Avec l'autorisation de STA communications

Louis-Philippe Boulet
M.D., FRCPC, FCCP

Suite à la publication du nouveau consensus en asthme, le RQAM propose à ses membres de tester leurs connaissances en suivant le cas de Michel 32 ans. Chacune des étapes de la démarche diagnostique est présentée et des solutions sont proposées en suivant les recommandations du consensus.

L'ASTHME : CIBLES DU TRAITEMENT

Les principales caractéristiques physiologiques de l'asthme sont l'obstruction bronchique variable, généralement réversible, et l'hyperréactivité bronchique : leur identification aidera d'ailleurs à en confirmer le diagnostic. L'inflammation bronchique et les changements de la structure bronchique (remodelage) sont tenus responsables de ces changements de la fonction des voies aériennes et du développement (et persistance) de l'asthme. Le traitement visera donc à réduire autant que possible le processus inflammatoire et prévenir les changements structuraux permanents. Cela permettra d'atteindre les buts indiqués, qui incluent surtout l'atteinte et le maintien d'une bonne maîtrise de l'asthme et des activités normales, la prévention des exacerbations, ainsi que le maintien d'une fonction respiratoire optimale.

ÉVALUATION DE L'ASTHME ET PLAN DE TRAITEMENT

Le traitement de l'asthme est donc principalement axé sur l'obtention et le maintien de la maîtrise de l'asthme par l'éducation du patient (incluant un plan d'action sur la conduite à tenir lors d'exacerbations, l'évitement des facteurs déclencheurs (particulièrement les facteurs qui causent une inflammation bronchique, tels les allergènes chez les personnes sensibilisées), un traitement pharmacologique individualisé, et un suivi médical et éducatif adéquat.

HISTOIRE DE CAS
Michel 32 ans...

Michel consulte pour des symptômes incommodants de toux et d'essoufflement présents presque tous les jours depuis environ 1 mois. Michel croit qu'il un a « rhume » qui ne guérit pas. Les symptômes interfèrent occasionnellement avec son sommeil et sont partiellement soulagés par la prise d'un inhalateur de salbutamol qu'un médecin lui a donné il y a quelques mois dans une clinique sans rendez-vous alors qu'il a consulté pour les mêmes symptômes. Il est connu allergique aux animaux, est obèse (IMC : 34), fume une à deux cigarettes par jour, est sédentaire et souffre de rhinoconjonctivite allergique per-annuelle.

Comment peut-on confirmer que les symptômes qu'ils présentent sont bien d'origine asthmatique ?

ÉTAPE 1 Établir le diagnostic, évaluer la sévérité initiale et faire le diagnostic différentiel

L'histoire et l'examen physique doivent être complétés par la mesure des débits expiratoires par spirométrie pré et post-bronchodilatateur (test de premier choix) ou encore la mesure sériée des débits de pointe. Si ces tests sont normaux, un test de provocation bronchique (ex. : à la méthacholine) pourra être effectué pour révéler la présence d'une hyperréactivité bronchique. Le diagnostic d'asthme est suspecté par la présence des symptômes susmentionnés, mais il doit être confirmé par des tests objectifs indiquant la présence d'une obstruction bronchique variable ou d'une hyperréactivité bronchique. Un diagnostic différentiel doit également être posé. L'évaluation de la sévérité initiale de l'asthme se vérifie par l'évaluation de la fréquence et de l'intensité des symptômes et la mesure des débits expiratoires. La sévérité « à long terme » est surtout déterminée par la quantité de médicaments requise pour obtenir une maîtrise adéquate et certains autres éléments, telle l'utilisation de soins d'urgence.

Histoire de cas

La spirométrie de Michel démontre un VEMS (volume expiratoire maximal en une seconde) de base de 72 % de la valeur prédite et une amélioration de 14 % après bronchodilatateur. Ceci appuie donc le diagnostic d'asthme.

Voici l'état de l'asthme de Michel… Est-il maîtrisé ?

- Symptômes diurnes 5 à 6 jours/semaine
- Symptômes nocturnes environ 1 à 2 nuits/semaine
- Activités légèrement limitées par l'asthme
- Il n'a pas manqué de jours de travail dernièrement
- Besoin en agoniste $ß_2$ de secours : environ 10 doses par semaine

Voyons comment Michel performe en regard des critères de maîtrise de l'asthme du consensus canadien 2010 (Lougheed et coll. Can Resp J 2010) :

Caractéristique	Fréquence ou valeur
Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Légères, peu fréquentes
Absence du travail/école due à l'asthme	Aucune
Besoin d'un $ß_2$ agoniste à action rapide	< 4 doses/semaine
VEMS ou DEP	≥ 90 % du meilleur résultat personnel
Variation diurne de DEP†	< 10-15 %

VEMS = Volume expiratoire maximal par seconde ; **DEP** = Débit expiratoire de pointe.
† La variation diurne correspond au DEP le plus élevé moins le plus faible, divisé par le DEP le plus élevé multiplié par 100 pour le matin et la nuit (déterminé sur une période de deux semaines).

N.B. Les doses d'agoniste $ß_2$ de secours incluent celles requises avant l'exercice. À ce propos, le consensus 2010 indique : « Le besoin régulier d'une médication de secours pour prévenir ou traiter des symptômes induits par l'exercice indiquent une maîtrise sous-optimale et devrait être inclus dans les limites hebdomadaires. Ces patients pourraient avoir besoin d'une augmentation du niveau de base de leur médication de maintenance (*traduction libre*) ».

On peut donc conclure que l'asthme de Michel n'est certainement pas bien maîtrisé !

ÉTAPE 2 Identifier les facteurs déclenchants et les comorbidités

L'asthme peut apparaître chez un individu préalablement non asthmatique à la suite d'une exposition répétée à des allergènes ou à des substances en milieu de travail, ou encore à la suite d'infections virales. Les éléments mentionnés peuvent aussi causer une aggravation d'un asthme préexistant. Certains irritants courants, comme les odeurs fortes, certains polluants, l'air froid ou la fumée peuvent également causer un bronchospasme selon le degré d'hyperréactivité bronchique. Pour ce qui est des comorbidités, on documentera particulièrement la rhinosinusite, l'obésité, le reflux gastro-oesophagien et l'apnée du sommeil.

Histoire de cas

Les symptômes de toux de Michel peuvent aussi être associés à sa rhinite ou une condition associée à son obésité telle le reflux gastro-oesophagien. La dyspnée peut être accentuée en raison de son déconditionnement physique et son surplus de poids. Le tabagisme peut également contribuer à sa symptomatologie et est possiblement sous-estimée. Il est important de noter les facteurs déclenchant des symptômes, tels l'exercice, les odeurs fortes, le contact avec les animaux domestiques ou diverses substances en milieu de travail.

ÉTAPE 3 Déterminer le besoin en médication et initier le traitement

Après l'évaluation du degré de sévérité initial de l'asthme, le traitement débuté doit permettre une maîtrise rapide des symptômes. De plus, tout patient devrait être référé à un Centre d'enseignement sur l'asthme. Le traitement sera ajusté aux besoins de chaque personne et son efficacité sera régulièrement vérifiée. On déterminera, lors d'évaluations subséquentes, le plus bas niveau de traitement qui permet de préserver cette maîtrise à long terme.

Histoire de cas

Le traitement initial de Michel comprend un corticostéroïde inhalé à dose modérée pris matin et soir après quoi, Michel nota une nette amélioration de son asthme. Une référence au Centre d'enseignement fut faite. Après 3 mois, alors qu'il avait réduit la dose de CSI à une dose faible, une perte progressive de la maîtrise de l'asthme fut observée malgré une technique de prise des aérosol-doseurs adéquate, l'évitement des contacts avec les animaux, une bonne observance au traitement, le tout en l'absence d'autre facteur contributoire évident. **Quoi faire ?**

en 2010 ?

LE TRAITEMENT DE L'ASTHME

Le traitement de base

Pour tous les patients asthmatiques, le traitement de base inclut :

- des mesures d'assainissement de l'environnement
- l'éducation du patient (idéalement avec une référence vers un Centre d'enseignement sur l'asthme)
- l'identification et le traitement des comorbidités
- un plan d'action écrit sur la conduite à tenir s'il y a exacerbation de l'asthme
- une pharmacothérapie individualisée un suivi médical et éducatif régulier.

Les bronchodilatateurs à action rapide

L'asthme très léger est traité au moyen d'un bronchodilatateur à action rapide, pris au besoin, aux doses et fréquences minimales. D'ailleurs, tout patient asthmatique doit avoir une médication de ce type en cas de symptômes incommodants occasionnels. Le bronchodilatateur peut aussi être pris en prévention du bronchospasme induit par l'exercice ou l'exposition à l'air froid (dans la demi-heure précédant ce type d'exposition).

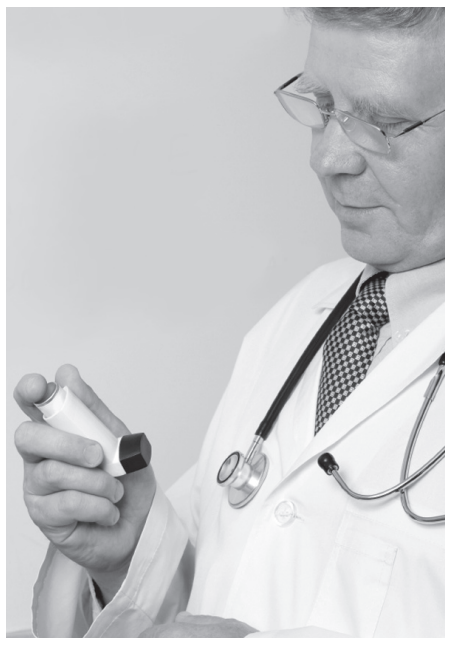
Les corticostéroïdes

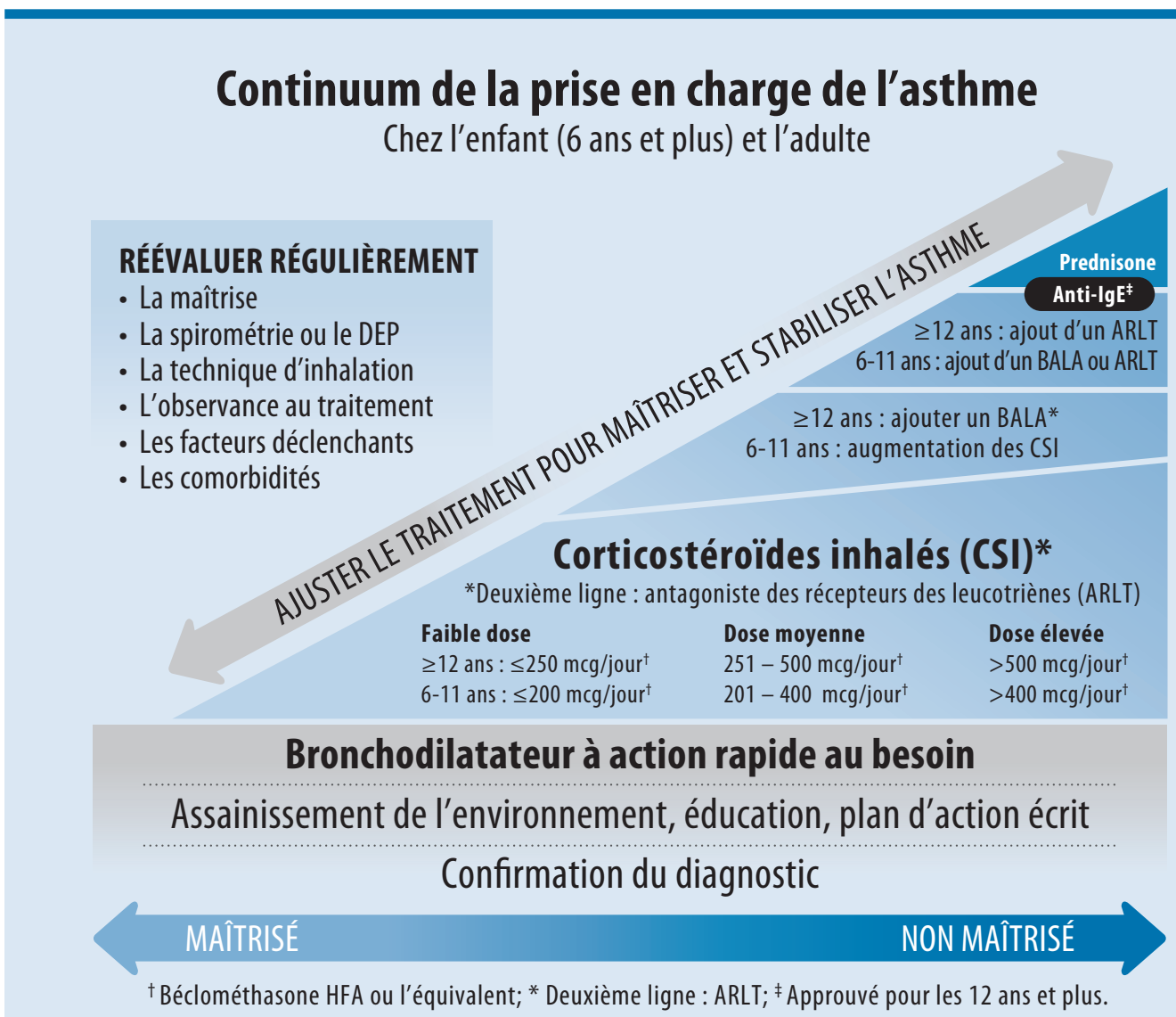
Si le besoin en bronchodilatateur à action rapide ou la présence de symptômes d'asthme deviennent réguliers (ex.: une à deux fois par semaine), ou s'il y a une réduction de la tolérance à l'effort attribuable à l'asthme, il faut ajouter un corticostéroïde en aérosol-doseur ou en poudre sèche à la dose quotidienne minimale permettant de maîtriser l'asthme. À cet effet, les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) sont une médication de second choix comme thérapie anti-inflammatoire de base.

L'association d'un corticostéroïde inhalé (CSI) et d'un bronchodilatateur à longue durée d'action (BLDA) ou d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARLT)

Si l'asthme n'est pas maîtrisé adéquatement par des doses faibles de corticostéroïde inhalé, on suggère de prescrire l'association d'un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA) et d'un corticostéroïde inhalé, chez l'adulte, ou d'augmenter le CSI à une dose modérée avant l'ajout d'un ARLT ou d'un BDLA chez l'enfant de 6 à 11 ans.

Pour l'association budésonide-formotérol administré avec un turbuhaler chez l'adulte, on peut prescrire cette médication régulièrement deux fois par jour (ex.: une à deux bouffées), le patient pouvant utiliser ce même inhalateur comme médication de secours (maximum de huit bouffées par jour, au total), le formotérol agissant aussi vite que le salbutamol. Avec l'association salmétérol-fluticasone, un agoniste $ß_2$ à action rapide (ex.: salbutamol) est prescrit comme médication de secours, le salmétérol ayant un début d'action plus lent. Au Québec, pour toute prescription des associations budésonide-formotérol turbuhaler ou salmétérol-fluticasone, il faut ajouter le code RE41 sur la prescription. Si l'asthme n'est pas encore maîtrisé chez l'adulte avec cette thérapie, on peut augmenter la dose de corticostéroïde inhalé ou ajouter un ARLT. L'ARLT est une médication d'association (avec le CSI) de 2e choix chez l'adulte, après le BDLA.





REVUE CANADIENNE DE PNEUMOLOGIE 2010, 17(1): 15-24, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE

Histoire de cas

Le médecin propose à Michel de prendre une association d'un CSI et d'un BLDA (dans un même inhalateur) afin de mieux maîtriser son asthme. Étant stable et son asthme maîtrisé sous cette médication, un plan d'action écrit lui fut remis après une autre visite au Centre d'enseignement. Un horaire de suivi lui fut également remis.

ÉTAPE 4 L'orientation du patient vers un spécialiste, si nécessaire

Si l'asthme n'est pas maîtrisé par une dose modérée de corticostéroïde inhalé en association avec un bronchodilatateur à longue durée d'action, il serait bien de référer le patient à un spécialiste afin de vérifier si d'autres facteurs sont en cause. La prednisone doit occasionnellement être ajoutée dans le cas d'asthme grave. Pour les cas d'asthme grave allergique, un essai d'omalizumab peut être tenté en centre spécialisé.

ÉTAPE 5 Le suivi de la maîtrise de l'asthme

Après avoir atteint une maîtrise acceptable de l'asthme pendant plusieurs semaines ou mois, on réduira la médication progressivement tout en s'assurant que cette maîtrise est préservée.

- Initier l'éducation du patient et l'orienter vers un éducateur en asthme.
- Identifier quels sont les meilleurs résultats cliniques possibles (meilleure maîtrise possible). Si la maîtrise de l'asthme est insuffisante, il faudra rechercher pourquoi.
- Établir un plan d'action écrit en cas d'exacerbation.
- Assurer un suivi médical et éducatif adapté aux besoins du patient.
- Vérifier certains éléments si l'asthme n'est pas maîtrisé après l'évaluation et le traitement.

Si l'asthme n'est pas maîtrisé, le diagnostic doit être vérifié, de même que l'observance au traitement, la technique de prise des inhalateurs, l'exposition à des irritants, à des allergènes ou à des substances sensibilisantes au travail. On vérifiera aussi la présence de comorbidités ou de complications associées, si la prise d'une médication aggrave l'asthme ou s'il s'agit d'un asthme sévère réfractaire (devra être évalué en spécialité).

Pour en savoir plus, consulter l'article suivant :

Lougheed MD, Lemiere C, Dell S, Ducharme FM, FitzGerald JM, Leigh R, Licskai C, Rowe BH, Bowie D, Becker A, Boulet LP. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum – 2010 Consensus Summary for Children 6 years and over and Adults. Can Resp J 2010:17:15-30.

Le support cardiorespiratoire

Une approche franche et respectueuse pour aborder la finitude de la vie

Johanne Nadeau
Inhalothérapeute

François Tremblay
Infirmier clinicien
Clinique de pneumologie
de l'Hôpital Saint-François d'Assise

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie qui évolue inévitablement vers la finitude de la vie. Tôt ou tard, le patient sera confronté à une prise de décision sur le niveau d'intervention qu'il aimerait recevoir en cas de détérioration sévère menaçant sa vie. Malheureusement, le patient n'est pas toujours préparé à une telle décision et, souvent, n'a pas eu le temps d'amorcer une réflexion le guidant vers un choix éclairé.

UN DVD INSPIRANT

Tout a commencé lors de la présentation du DVD *Le support cardiorespiratoire : Un choix éclairé*[1], offerte à l'automne 2008 par l'équipe du Dr Guy Cournoyer, de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Nous avons décidé que notre clientèle était en droit de recevoir cette précieuse source d'information. Nous avons donc uni nos expertises pour offrir aux patients un programme de formation axé sur une approche franche et respectueuse qui répond aux besoins de chacun.

UNE FORMATION D'UNE HEURE, EN PETITS GROUPES

Notre programme s'adresse à la clientèle ambulatoire de la clinique MPOC de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Les personnes atteintes de MPOC sévère inscrites au programme de réadaptation pulmonaire ainsi que les patients oxygénodépendants sont priorisés. La formation dure une heure et s'effectue en petits groupes de quatre patients, idéalement accompagnés d'un proche. L'outil éducatif utilisé est le DVD *Le support cardiorespiratoire : Un choix éclairé*, en format que nous avons abrégé pour démontrer clairement l'essentiel des manœuvres de réanimation.

UNE APPROCHE HUMAINE ET PERSONNALISÉE

Après la présentation de chaque séquence audiovisuelle, nous apportons des explications complémentaires afin d'assurer la compréhension optimale des patients. Par exemple, nous expliquons les supports ventilatoires, la manipulation par le patient du matériel utilisé, comme le masque d'un BiPAP, le tube endotrachéal, la trachéotomie, etc. Nous présentons aussi, par exemple, la feuille de niveau de soins de l'établissement.

UNE DÉCISION PERSONNELLE, MÛREMENT RÉFLÉCHIE

À la suite de la formation, chaque patient est avisé que la feuille de détermination du niveau de soins est insérée dans son dossier. Le patient est donc en mesure de poursuivre sa réflexion et, à sa prochaine visite médicale, il pourra la compléter selon son choix de fin de vie, une décision personnelle qui doit être réfléchie.

RESPONSABILISER LES PATIENTS, DÉCHARGER LES PROCHES…

Nous estimons que notre programme permet de responsabiliser les patients et, ultimement, de décharger les proches et le corps médical d'une prise de décision trop souvent pénible, qui doit se faire dans des situations parfois difficiles, comme à l'urgence. Toutes les parties en retirent une grande satisfaction.

DES TÉMOIGNAGES CONVAINCANTS

Nous sommes agréablement surpris de l'intérêt que suscite notre programme de formation et de la réaction positive qu'elle entraîne. Les témoignages des participants le démontrent : chacun a l'occasion d'exprimer ses souhaits à l'égard d'un sujet souvent occulté et la possibilité d'en démystifier tous les aspects.

François Tremblay et Johanne Nadeau présentent le DVD *Le support cardiorespiratoire : Un choix éclairé*.

L'EXPERTISE EN PARTAGE

Comme le DVD est disponible par l'entremise du RQAM, nous encourageons les intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle MPOC à offrir ce genre de programme. Au besoin, nous sommes disponibles pour partager notre expertise. Des intervenants des cliniques MPOC de l'Hôpital Laval et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus ont d'ailleurs déjà assisté à nos présentations afin de bénéficier de notre expérience.

Le support cardiorespiratoire : Un choix éclairé

DVD disponible sur commande au **www.rqam.ca**, section *Bon de commande RQAM* (outil n° 62)
Prix : 20 $, taxes incluses

Références

1. François Allison, médecin de famille, Guy Cournoyer, pneumologue, Diane Nault, infirmière clinicienne, Simon Parenteau, pneumologue, *Le support cardiorespiratoire : Un choix éclairé*, 2008.

Colloque conjoint RQAM – 3e R-V gestion maladies chroniques (25 et 26 novembre 2010 à Montréal)

COLLOQUE ANNUEL DU RQAM – ÉDITION 2010

Le RQAM se joint au 3e Rendez-vous sur la gestion des maladies chroniques

Cette année, l'équipe du RQAM innove dans l'organisation de son traditionnel colloque en se joignant au 3e Rendez-vous sur la gestion des maladies chroniques. Dans le cadre de cet événement, une série complète d'ateliers sera consacrée aux maladies respiratoires. Le RQAM fait donc d'une pierre deux coups en offrant à ses membres de mettre à jour leurs connaissances en santé respiratoire tout en ayant accès à une formation touchant la gestion intégrée des maladies chroniques.
Les membres du RQAM auront donc l'occasion de rencontrer d'autres intervenants ayant à cœur la gestion des maladies chroniques et d'échanger leur expertise. Madame Patricia Côté, directrice exécutive et conseillère principale du RQAM, fait partie du comité de programme qui travaille à l'organisation de cet événement d'envergure. Cette initiative du RQAM s'inscrit parfaitement dans la volonté du Réseau de créer des occasions de réseautage pour ses membres. Nous espérons que cette initiative saura répondre à vos besoins. Pour plus d'information sur l'événement, consultez le **www.colloquemaladieschroniques.com**.

Assemblée générale du RQAM

L'Assemblée générale du RQAM se tiendra le 25 novembre de 12h à 13h dans le cadre du congrès sur la gestion des maladies chroniques, au Marriott Château Champlain, de Montréal. Confirmez votre présence en utilisant le formulaire d'inscription du colloque et en complétant spécifiquement la section dédiée aux membres du RQAM disponible au **www.colloquemaladieschroniques.com**. Un dîner sera servi sur place pour les participants au colloque.

Programme de gestion de l'asthme en milieu scolaire du RQAM

Finaliste pour le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, catégorie « Personnalisation des soins et des services »

Le 23 juin dernier, le RQAM présentait à des infirmières scolaires de la région de Gatineau la toute nouvelle version du Programme de gestion de l'asthme en milieu scolaire, approuvé par son comité scientifique. L'Info-RQAM a réalisé une entrevue avec la conceptrice du Programme, M^me^ Julie-Anne Bonhomme, infirmière clinicienne, éducatrice en maladies chroniques, asthme et diabète, CLSC de Gatineau. En 2009, le RQAM a adapté le programme de M^me^ Bonhomme pour son application à l'échelle provinciale. M^me^ Bonhomme est éducatrice en asthme depuis 2001 et a été nommée éducatrice de l'année 2009 par le RQAM.

Julie-Anne Bonhomme

Q ***Pourquoi avoir conçu le Programme de gestion de l'asthme en milieu scolaire ?***

R J'ai commencé à élaborer le Programme en 2005, en réponse aux besoins du milieu. J'étais alors infirmière scolaire et, comme j'avais de l'expérience comme éducatrice en asthme, d'autres infirmières m'ont demandé de monter un programme pour répondre aux besoins des écoles. Ce programme a été adapté d'un programme déjà existant au RQAM.

Q ***Le problème de l'asthme en milieu scolaire justifiait donc une telle initiative ?***

R Absolument. Au Canada, l'asthme toucherait 14 % à 15 % de tous les enfants. Au Québec, l'asthme est responsable de plus du quart de l'absentéisme scolaire[1]; en fait, c'est la principale cause d'absentéisme. Pire encore, 91 % des asthmatiques estiment que leur asthme est bien maîtrisé, alors qu'il n'en est rien chez 43 % d'entre eux[2].

L'asthme est responsable de plus de 25 % de l'absentéisme scolaire.

Q ***Parlez-nous de l'approche du Programme.***

R J'aimerais d'abord insister sur l'importance de l'éducation au primaire. C'est le moment idéal pour enseigner l'autogestion de l'asthme aux jeunes, particulièrement ceux de 3^e^ et 4^e^ années, car ils se montrent plus intéressés. À cet âge également, les parents sont soucieux que leur enfant devienne autonome. Ils constituent donc un soutien clé pour aider leur enfant à reconnaître leurs symptômes et savoir comment gérer leur asthme. L'apprentissage se fait en famille : on s'adresse à l'enfant — notamment par le jeu — et on intervient auprès des parents, qui deviennent ensuite des aidants de première ligne. De concert avec le médecin, on élabore un plan d'action pour l'enseigner ensuite à la famille. On énonce les critères de maîtrise et de détérioration, les déclencheurs, on revoit les particularités de l'asthme à l'école et on s'assure de l'autonomie pour la technique d'inhalation, ou de faire superviser l'administration du médicament de secours. Bref, c'est un travail de prévention des exacerbations et d'apprentissage d'auto-gestion de l'asthme. Actuellement, grâce au Programme, des élèves asthmatiques de 3^e^ et 4^e^ années de la région de Gatineau sont systématiquement référés à un Centre d'enseignement sur l'asthme et la MPOC (CEAM), maximisant ainsi l'impact du programme.

Q ***En quoi consistent les outils du Programme ?***

R Il y a une affiche sur la crise d'asthme chez l'enfant, des dépliants pour les professeurs et éducatrices au service de garde, des directives pour l'éducation physique, des bulletins d'information aux parents et bien d'autres documents pratiques. Les outils sont nombreux, mais pas nécessaires dans tous les cas ; ils ont été développés pour répondre à divers besoins. Les intervenants peuvent donc choisir les outils qui conviennent aux besoins de leur milieu. Les responsables des services de garde, par exemple, y trouvent des réponses à bien des préoccupations : quoi faire en cas de crise, quand appeler les parents, etc. Il en va de même pour les enseignants, les professeurs d'éducation physique et la secrétaire d'école, qui comme on le sait, est une personne ressource importante dans le fonctionnement quotidien de l'établissement.

Q ***Comment se fait l'implantation du Programme dans un établissement scolaire ?***

R L'implantation du Programme nécessite une collaboration entre les éducatrices des CEAM et les infirmières scolaires : celles-ci sont formées, annuellement, par les éducatrices afin de devenir des personnes ressources du Programme en milieu scolaire. Les infirmières scolaires rejoignent ensuite les autres intervenants de l'école ainsi que les parents d'enfants asthmatiques.

Sur demande, le RQAM offre une formation sur mesure, d'une durée de 3 à 5 heures, aux professionnels intéressés à mettre en place le Programme de gestion de l'asthme en milieu scolaire dans leur établissement.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé 2000-2001.
2. Chapman KR et al. Can Respir J 2001.

Programme de gestion de l'asthme en milieu scolaire du réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM)

» Programme clés en main

Démarche complète, où les rôles de chacun sont clairement définis

- Infirmier(ère) scolaire :
  - en début d'année scolaire
  - en cours d'année scolaire
- Secrétaire de l'école
- Enseignant(e)
- Professeur d'éducation physique
- Personnel du service de garde
- Parents
- Élève autonome dans la prise de son médicament de soulagement
- Éducateur(trice) du Centre d'enseignement sur l'asthme et la MPOC (CEAM)

» But du programme

Améliorer l'état de santé des élèves asthmatiques en :

- Éduquant les parents, les élèves et le personnel de l'école à propos de la maladie
- Développant un « réseautage » entre divers intervenants du milieu scolaire, des Centres de Santé et de Services sociaux et des parents d'élèves afin d'assurer un bon soutien à la clientèle asthmatique des écoles
- Soulignant les ressources offertes et en facilitant leur accès à la clientèle

» Objectifs du programme

1. Initier les parents et les élèves asthmatiques à la notion de maîtrise de l'asthme
2. Outiller les enseignants, les secrétaires et le personnel du service de garde relativement aux notions de base sur l'asthme

» Outils disponibles avec le programme

- Affiche *La crise d'asthme chez l'enfant : quoi faire en situation de crise ?*
- Dépliants :
  - Votre élève fait de l'asthme
  - Référence au CEAM : coordonnées, heures d'ouverture, prise de rendez-vous
  - Il est possible de maîtriser l'asthme/Recommandations aux parents et élèves asthmatiques.
- Techniques d'inhalation des différents dispositifs
- Directives pour l'éducation physique et la pratique des sports des élèves asthmatiques
- Plan d'intervention pour l'asthme
- Modèle de mise à jour des renseignements « santé » (fiche-santé de l'école)
- Modèle de lettre d'introduction pour la référence systématique
- Bulletins d'information destinés aux parents (10 numéros)

DIANE NAULT REÇOIT LE PRIX FLORENCE 2010 DE L'OIIQ

Le 5 mai dernier, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) décernerait un Prix Florence (volet Rayonnement international) à notre collègue, Madame Diane Nault. En soumettant sa candidature, le RQAM a voulu souligner le leadership mobilisateur de cette infirmière clinicienne qui collabore depuis plus de dix ans aux activités scientifiques, à la formation continue de même qu'aux services-conseils du Réseau. C'est donc avec une grande fierté et une immense gratitude que nous lui souhaitons le plus grand des succès dans la réalisation de ses projets à venir.

RAPPEL

Avez-vous complété notre sondage sur les activités des CEAM ?

En juin dernier, tous les centres d'enseignement recevaient un questionnaire visant à répertorier leurs activités. Jusqu'à maintenant, seulement 44 des 118 centres ont retourné le questionnaire dûment complété. Nous faisons appel à votre habituelle collaboration pour nous aider dans ce recensement important. Si vous n'avez pas reçu ou avez égaré le questionnaire, communiquez avec nous au 418 650-9500 poste 222, sans frais : 1 877 441-5072 ou par courriel : patricia.cote@rqam.ca

LE SITE DU RQAM EN CHANTIER

Dès le début octobre prochain, le nouveau site du RQAM sera en ligne. Les membres auront dorénavant accès à des contenus exclusifs qui seront sécurisés grâce à un mot de passe qui sera attribué à chaque membre. Vidéo de formation, conférence et autres outils pourront dorénavant être consultés et commandés en ligne.

INITIATIVE

Journée mondiale de l'asthme – 4 mai 2010

Les éducatrices de CEA de Gatineau rivalisent de créativité !

Les éducatrices du CEA de Gatineau (secteurs Hull, Aylmer et Gatineau) ont mis à l'épreuve leur créativité en organisant des activités toutes particulières pour souligner la journée mondiale de l'asthme, et ce, sans aucun soutien financier !

VOICI LEURS INITIATIVES

1. Kiosques d'information, de sensibilisation et d'inscription dans les salles d'attente des 3 sites d'interventions CLSC.
2. Lettre du Directeur général de l'établissement à tout le personnel du CSSS de Gatineau remerciant les éducatrices qui, depuis 1997, déploient des efforts importants pour améliorer le bien-être de la population soulignant du même coup la qualité de leur travail récompensé par les prix qui leur ont été décernés au cours de ces années.
3. Communiqué de presse pour les médias de la région.
4. Affiches promotionnelles et informatives dans les salles de café du personnel.
5. Distribution du dépliant du CEA à tout le personnel.

Félicitations !

Julie-Anne Bonhomme

Brigitte Dansereau

Concours du RQAM

VOUS VOUS ÊTES DISTINGUÉS ? FAITES-NOUS LE SAVOIR !

Chaque année, le RQAM organise différents concours afin de souligner l'excellence du travail et l'engagement de ses membres.

Éducateur ou intervenant de l'année

Destiné aux membres du RQAM qui se sont distingués par leur travail, leur engagement, leur implication et leur créativité auprès de leurs clientèles atteintes d'asthme ou de MPOC.

Prix d'excellence – Centre d'enseignement en asthme ou en MPOC

Destiné aux centres d'enseignement qui se sont distingués par leur professionnalisme et dans la qualité de leurs façons de faire : disponibilité et accessibilité pour les patients de même que par leur engagement, leur innovation, leur approche interdisciplinaire que ce soit pour un projet spécifique ou encore dans l'application d'un programme tel la réadaptation pulmonaire, par exemple.

Reconnaissance – Claude Lanthier

Ce prix souligne l'implication, l'engagement ainsi que la disponibilité d'un intervenant, soit dans le réseau de la santé ou comme bénévole dans les activités et la mission du RQAM. Ses qualités humaines, sa détermination à soutenir les personnes atteintes d'asthme ou de MPOC et son intérêt à l'éducation/formation des professionnels de la santé sont des critères recherchés pour la remise de cette distinction honorifique.

Date limite pour soumettre une candidature : 8 novembre 2010, 16 h. Pour plus d'information sur les prix et les critères d'admissibilité : visitez le www.rqam.ca ou communiquez avec le RQAM au 418 650-9500 / 1 877 441-5072.

INFORQAM
LE JOURNAL DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ RESPIRATOIRE

Éditeur
Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM)

Réalisation graphique
Pascale Chayer

Version pdf disponible sur le site **www.rqam.ca**

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada
ISSN-1710-3304
Dépôt légal Bibliothèque nationale du Québec

Coordonnées
RQAM
2860, chemin Quatre-Bourgeois, bureau 110
Québec (Québec)
G1V 1Y3

Téléphone
418 650-9500
Sans frais : 1 877 441-5072

Télécopieur
418 650-9391

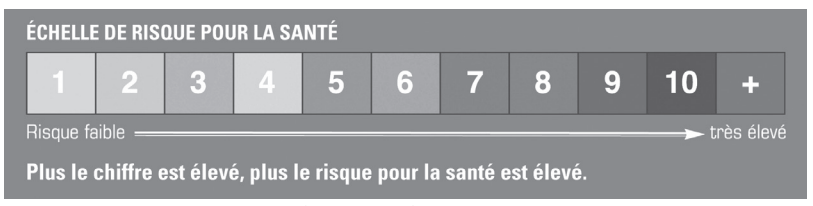
Le RQAM reçoit un soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

RQAM
RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC
La référence des professionnels en santé respiratoire

CONNAISSEZ-VOUS LA COTE AIR SANTÉ (CAS) ?

Qu'est-ce que la CAS ?

- La CAS est un outil d'information pour les patients qui présente, sur une échelle de 1 à 10 et plus, le risque pour la santé selon le niveau de pollution de l'air.
- La CAS est disponible dans les régions urbaines de l'Île de Montréal, Gatineau et Québec.
- Elle s'accompagne d'un service gratuit et unique d'alertes téléphoniques qui avise les abonnés lorsque la mauvaise qualité de l'air entraîne un risque élevé pour la santé, et qui fournit les recommandations santé appropriées.
- La CAS peut aider vos patients à :
  - Mieux planifier leurs activités extérieures.
  - Obtenir au bon moment des conseils santé pour se protéger de la pollution de l'air.



REPRODUIT AVEC L'AUTORISATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'initiative en cours

Le MSSS et ses partenaires sollicitent la participation des professionnels en santé respiratoire pour faire connaître la CAS et ses services gratuits auprès des clientèles vulnérables.

Si vous souhaitez commander gratuitement des dépliants pour distribuer à vos patients, indiquez l'adresse d'envoi ainsi que les quantités désirées en français ou en anglais à diffusion@msss.gouv.qc.ca.

Pour plus de renseignements : www.coteairsante.qc.ca

Le RQAM remercie ses partenaires...

AstraZeneca
gsk GlaxoSmithKline
Boehringer Ingelheim
Pfizer