

INFO RQESR



Veille scientifique

Le rôle de la diète
dans la MPOC / **PAGES 6 À 9**



CQSR

Retour sur 2019 et invitation
pour 2020 / **PAGES 10 ET 11**



Formation continue

La dyspnée : la comprendre,
l'évaluer et intervenir / **PAGES 12 À 15**

LA PERTINENCE DES SERVICES ÉDUCATIFS ET CLINIQUES EN MALADIES RESPIRATOIRES

PAGES 2 À 5





ILLUSTRATION SHUTTERSTOCK

LA PERTINENCE DES SERVICES ÉDUCATIFS ET CLINIQUES EN MALADIES RESPIRATOIRES

PAR L'ÉQUIPE DU RQESR

Avec l'arrivée de cette nouvelle décennie et après 26 ans d'existence, le RQESR souhaite réaffirmer l'importance d'offrir des suivis éducatifs et cliniques en maladies respiratoires en se basant sur les nouvelles données probantes ainsi que les orientations du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Malgré les changements et les efforts considérables des dernières années, le système de santé québécois doit encore relever de nombreux défis dont le Plan stratégique 2019-2023¹ du MSSS fait état et dont les orientations des prochaines actions se résument ainsi :

- › Améliorer l'accès aux professionnels et aux services
- › Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie

- › Prendre soin du personnel du réseau
- › Moderniser le réseau et ses approches

C'est donc en cohérence avec ces orientations et en appliquant les valeurs de bienveillance, de collaboration et de pertinence, que le MSSS indique souhaiter remédier aux problématiques d'accès aux soins de première ligne, de temps d'attente à l'urgence, de soins aux populations vulnérables, de santé publique, de disponibilité du personnel et d'intégration des services.

Plus spécifiquement au niveau de la prise en charge des maladies chroniques, le Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne du MSSS (2012)² est toujours en vigueur et il prône l'habilitation des personnes et le développement des compétences d'autogestion (patient partenaire de son apprentissage) pour prendre en charge cette clientèle qui utilise fréquemment les services et les soins de santé.

La connaissance des principes de base de gestion de la maladie est essentielle de même que l'application de mesures préventives et de la conduite à tenir en cas d'exacerbation. Ceci peut éviter des visites à l'urgence ou des exacerbations sévères.

Dans le domaine qui nous concerne plus spécifiquement, les personnes vivant avec une maladie respiratoire chronique sont nombreuses à utiliser les soins de santé au Québec. En effet, la prévalence de

l'asthme dans le monde varie entre 0,2 et 21 % de la population³, de 10 à 15 % pour le Québec, tandis que la prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en 2016⁴ était de 9,6 % des Canadiennes et Canadiens âgés de plus de 35 ans. D'ailleurs, il est important de savoir que de 1990 à 2020, la prévision qui faisait passer la MPOC de la sixième à la troisième cause de décès au monde⁵ s'est malheureusement réalisée.

D'autres problèmes tels l'apnée du sommeil, qui affecte plus de 5 % de la population, peuvent avoir des répercussions importantes et nécessitent une approche éducationnelle pour améliorer l'adhésion au traitement (comme le CPAP) de même que les personnes qui vivent avec une fibrose pulmonaire⁶.

Les personnes qui vivent avec une maladie respiratoire chronique doivent faire le deuil d'une santé parfaite et accepter d'adhérer à un plan de traitement quotidien qui inclut la prise de médication inhalée et le changement de certaines habitudes de vie et comportements ayant parfois un impact émotionnel non négligeable (la nicotine, les animaux, la nutrition, la sédentarité, la vaccination, pour ne nommer que ceux-là). De plus, ces personnes tardent souvent à consulter un médecin car elles s'habituent à vivre avec

des symptômes en adaptant leur mode de vie. La relation facile à faire entre le vieillissement et la perte de capacité fonctionnelle est souvent aussi un facteur qui retarde la perception des symptômes, principalement pour la MPOC.

Partout dans le monde, il a été répertorié qu'un grand nombre d'utilisateurs qui utilisent des dispositifs d'inhalation le font incorrectement. La proportion de mauvaise utilisation du dispositif peut même atteindre 94 %^{7,8,9}. Les principales causes de cette problématique sont le manque d'éducation sur la maladie et son traitement ainsi qu'une absence de suivi systématique des usagers⁴. L'utilisation inadéquate des dispositifs d'inhalation est si importante qu'elle fait partie des raisons majeures d'un faible contrôle des maladies respiratoires.

La connaissance des principes de base de gestion de la maladie est essentielle de même que l'application de mesures préventives et de la conduite à tenir en cas d'exacerbation. Ceci peut éviter des visites à l'urgence ou des exacerbations sévères.

Bien entendu, lorsque l'adhésion thérapeutique n'est pas optimale, incluant la bonne prise de la médication, à la bonne fréquence mais aussi toute l'intégration et le maintien au quotidien de saines habitudes de vie, le risque d'exacerbation

augmente et l'urgence devient la porte d'entrée pour les soins, et regrettamment souvent, une porte-tournante.

À titre d'exemple, en 2003-2004, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avait décrit l'utilisation des services de santé par les personnes vivant avec une MPOC, dont la prévalence était de seulement 3 % des personnes de plus de 40 ans à cette époque soit 26 870 personnes. Les constats de ce rapport¹⁰ indiquaient entre autres que les personnes souffrant d'une MPOC ont été de grandes utilisatrices de services institutionnels en 2003-2004 :

- › 61,9 % sont allées à l'urgence et 52,5 % ont été hospitalisées;
- › Parmi celles qui ont eu au moins un épisode de soins institutionnels, 11,8 % (soit 2 192 personnes) reviennent à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services de santé à la suite d'un épisode de soins; chez ces personnes, 54,3 % sont revenues à l'urgence dans un délai de neuf jours et moins;
- › 35,2 % des hospitalisations ne sont pas suivies d'un examen médical en clinique externe ou en cabinet privé dans les 30 jours suivant la fin de l'hospitalisation.



Les personnes de 65 ans et plus souffrant d'une MPOC ont utilisé environ de deux à trois fois plus les services institutionnels que les personnes du même âge ne souffrant pas de cette maladie en 2003-2004.

Cependant cette situation inadéquate peut être évitée.

En effet, dans toutes les régions du Québec et sans équipement technologique de pointe, il est possible d'offrir aux personnes vivant avec une maladie respiratoire chronique, un service de suivi éducatif et clinique dispensé par les professionnels de la santé dûment formés pour être éducateur en santé respiratoire. À noter que l'éducation et l'enseignement ne sont pas équivalents et que l'éducation ne consiste pas seulement à donner de l'information, un cours théorique ou remettre des feuillets explicatifs. L'éducation au patient consiste à assister un être humain dans l'acquisition de savoirs et le développement d'habiletés en vue d'une maturation optimale, autonome et harmonieuse de l'ensemble de sa personnalité¹¹. Le professionnel de la santé qui devient un éducateur auprès des personnes atteintes de maladies chroniques développe et intègre dans sa pratique, des habiletés spécifiques telles que l'écoute, l'empathie, une communication claire et précise, une grande capacité à faire appel à la motivation du patient, à lui permettre de s'exprimer, à répondre à ses questions et à lui donner des rétroactions positives et efficaces, la planification d'interventions éducatives en fonction des préoccupations, des expériences de vie, du style et des besoins d'apprentissage de chaque patient et l'implication des personnes significatives pour l'utilisateur¹². Les éducateurs sont spécialisés dans les interventions à visée d'autogestion (responsabiliser la personne à gérer sa maladie et sa santé) dont les bienfaits ont été répertoriés partout dans le monde. Les lignes directrices canadiennes de la Société canadienne de thoracologie¹³ de même que les consensus mondiaux GINA¹⁴ et GOLD¹⁵ ont intégré depuis longtemps l'éducation et l'autogestion aux algorithmes de prises en charge de l'asthme et de la MPOC.

Il est vrai que

l'éducation est un processus itératif,

mais devant l'évidence

des résultats, c'est

un investissement

en temps qui en

vaut la peine.

Les constats rapportés dans les méta-analyses récapitulatives sont que les interventions d'éducation à visée d'autogestion chez les personnes atteintes d'asthme ou de MPOC :

- › Diminuent la sévérité, améliorent la fonction pulmonaire et la qualité de vie des patients atteints d'asthme (méta-analyse des résultats de 20 études incluant 81 746 patients)¹⁶
- › Diminuent la probabilité d'hospitalisations et améliorent la qualité de vie et la dyspnée des patients atteints de la MPOC (méta-analyse des résultats de 23 études incluant 3189 patients)¹⁷

Une étude¹⁸ menée dans des établissements de première ligne du Québec avec des éducateurs formés par le RQESR ont démontré qu'en asthme, les interventions éducatives en visée d'autogestion ont permis :

- › D'améliorer les connaissances sur l'asthme et de maintenir les acquis après un an
- › De diminuer significativement les visites médicales non planifiées
- › D'améliorer significativement (et maintenir après un an) l'adhésion à la médication

Une étude équivalente¹⁹ a été menée auprès de la clientèle vivant avec une MPOC. Dans ce cas aussi, les interventions éducatives à visée d'autogestion ont permis :

- › D'améliorer les connaissances des clients sur la MPOC
- › D'améliorer les techniques d'inhalation
- › D'améliorer l'adhérence à la médication
- › D'améliorer la qualité de vie associée à la santé (Health related quality of life) des personnes

En 2003, une étude²⁰ sur l'impact du programme d'autogestion Mieux Vivre avec une MPOC[®] dispensé par des éducateurs avait démontré :

- › Une diminution de 40 % des hospitalisations pour cause d'exacerbation de la MPOC
- › Une diminution de 41 % des consultations aux urgences pour cause d'exacerbation de la MPOC
- › Une diminution de 59 % des consultations médicales non prévues

Il est donc établi que les interventions éducatives à visée d'autogestion, dispensées par des professionnels de la santé dûment formés et soutenus par une équipe interdisciplinaire aident à désengorger le système de santé en diminuant la consommation des soins et service en plus d'améliorer la qualité de vie des personnes. De plus, les coûts indirects liés à l'absentéisme au travail et à la diminution de la productivité sont réduits. La diminution des besoins d'antibiotiques est aussi liée à l'efficacité des interventions éducatives à visée d'autogestion.

Par exemple, le recueil de graphiques intitulé Hospitalisations liées à l'asthme chez les enfants et les jeunes au Canada : tendances et inégalités (2018)²¹ rapporte que seul un Canadien sur 3 maîtrise adéquatement ses symptômes d'asthme et que l'asthme non maîtrisé chez les enfants est associé à une diminution de la capacité cardiovasculaire, à des jours

d'école manqués et à une baisse de la qualité de vie liée à la santé. L'asthme est également associé à une baisse de la productivité et de la qualité de vie chez les personnes qui dispensent des soins à des enfants asthmatiques. Le traitement et la prise en charge de l'asthme, et les hospitalisations évitables liées à cette maladie, sont également associés à d'importants coûts des soins de santé : en 2015-2016, le coût moyen d'une hospitalisation liée à l'asthme chez les enfants et les jeunes était estimé à 2 718 \$.

Dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et de désir de prendre soin du personnel soignant du Réseau en Santé et Services sociaux, la satisfaction professionnelle d'un éducateur qui réussit à contribuer à la communauté en menant son client à une autogestion optimale de sa maladie chronique respiratoire doit aussi être considérée. Il est vrai que l'éducation est un processus itératif, mais devant l'évidence des résultats, c'est un investissement en temps qui en vaut la peine.

Le Québec doit s'assurer de bien prendre en charge la clientèle vivant avec une maladie respiratoire chronique car plusieurs données indiquent que sa prévalence augmentera dans les prochaines années. En effet, les préoccupations sont grandissantes pour les équipes de soins qui s'inquiètent des éventuels impacts pulmonaires des nouvelles habitudes de vie comme la consommation légale du cannabis et le vapotage. Il est impératif que la population, particulièrement les jeunes, soient informés des dangers de ces habitudes et soient supportés dans leurs efforts de se sevrer de ces dépendances. De plus, les changements liés à l'environnement, dont le réchauffement du climat, auront aussi des conséquences néfastes sur la santé respiratoire²².

En 2020, la prise en charge des personnes vivant avec des maladies chroniques respiratoires demeure une priorité pour le Québec et la contribution d'éducateurs en santé respiratoire peut faire une grande différence dont toute la communauté va profiter.



ILLUSTRATION SHUTTERSTOCK

RÉFÉRENCES

1. Plan stratégique MSSS 2019-2023 : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002438/>
2. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>
3. Underdiagnosis and Overdiagnosis of Asthma, Shawn D. Aaron, Louis Philippe Boulet, Helen K. Reddel, and Andrea S. Gershon American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 198 Number 8 | October 15 2018
4. Quel est l'état de santé des Canadiens? Agence de la santé publique du Canada, décembre 2016
5. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1498-504.
6. Deborah Assayag, Pat G. Camp, Jolene Fisher, Kerri A. Johansson, Martin Kolb, Tara Lohmann, Helene Manganas, Julie Morisset, Christopher J. Ryerson, Shane Shapera, Jessica Simon, Lianne G. Singer & Charlene D. Fell (2018): Comprehensive management of fibrotic interstitial lung diseases: A Canadian Thoracic Society position statement, Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine, DOI: 10.1080/24745332.2018.1503456
7. Ramsey SD. Suboptimal medical therapy in COPD: exploring the causes and consequences. Chest. 2000;117(2 Suppl):33S-37S.
8. Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, Voshaar T, Corbetta L, Broeders M et coll. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. Respiratory Medicine. 2008; 102: 593-604.
9. Dekhuijzen PNR, Lavorini F and Usmani OS. Patients' perspectives and preferences in the choice of inhalers: the case of Respimat® or Handihaler®. Patient Preference and Adherence. 2016; 10: 1561-1572.
10. L'utilisation des services de santé par les Montréalais de 40 ans et plus souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique en 2003-2004. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de la santé publique, Institut national de santé publique
11. Legendre R. Dictionnaire actuel de l'éducation (3e éd.). Montréal: Guérin, 2005
12. Hagan L, Bujold L. Éduquer à la santé : L'essentiel de la théorie et des méthodes (2e éd.). Québec: Presses de l'Université Laval, 2014
13. <https://cts-sct.ca/>
14. <https://ginasthma.org/>
15. <https://goldcopd.org/>
16. Peytremann-Bridevaux I, Ardit C, Gex G, et al. Chronic disease management programmes for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev 2015;5:CD007988.
17. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2014;3:CD002990.
18. Boulet LP, Boulay ME, Gauthier G, et al. Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes. Respir Med 2015;109:991-1000.
19. The Quebec Respiratory Health Education Network: Integrating a model of self-management education in COPD primary care. Jean Bourbeau, Raquel Farias, Pei Zhi Li, Guylaine Gauthier et al. Chronic Respiratory Disease 1-11 2017
20. Bourbeau J. et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med. 2003 Mar 10;163(5):585-91.
21. Recueil de graphiques, Avril 2018, Hospitalisations liées à l'asthme chez les enfants et les jeunes au Canada : tendances et inégalités
22. D'Amato G, Holgate ST, Pawankar R. ... Boulet LP et al. Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization. World Allergy Organ J. 2015;8:25.

**JOSÉE DAGENAIS**Infirmière clinicienne et
consultante clinique au RQESR**ARTICLE 1****Role of Diet in Chronic
Obstructive Pulmonary Disease
Prevention and Treatment**Egeria Scoditti, Marika Massaro,
Sergio Garbarino and Domenico
Maurizio Toraldo, *Nutrients* 2019,
11, 1357; doi:10.3390/nu11061357**INTRODUCTION**

L'une des plus grandes causes de morbidité et de mortalité dans le monde et l'un des problèmes croissants en santé est la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'urgence d'en identifier tous les facteurs de risques modifiables prévaut et la communauté scientifique commence à s'intéresser au rôle de la diète, tant en prévention de la maladie qu'en gestion de celle-ci.

BUT

Cette revue de littérature exhaustive vise l'évolution de toutes les études d'observation ou d'interventions à ce jour, afin d'en dégager les meilleurs types de diètes à suivre, les aliments spécifiques, les nutriments et leur impact sur la fonction respiratoire, sur la prévention et l'amélioration d'une MPOC. Elle s'intéresse aussi aux

LE RÔLE DE LA DIÈTE DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA MPOC

suppléments alimentaires (ex. : riches en protéines ou en énergie) utilisés chez les gens dénutris atteints d'une MPOC.

MÉTHODE

À l'aide d'outils tels MEDLINE, PubMed, EMBASE etc., deux des auteurs ont chacun conduit une recherche d'écrits entre janvier 1990 et janvier 2019 avec les mêmes mots-clés. Ils ont aussi scruté les études sélectionnées afin d'en obtenir le plus d'informations possible. Ils ont ensuite divisé les résultats en quatre grandes rubriques :

- 1 Études épidémiologiques portant sur la diète et la fonction pulmonaire : quelques enjeux méthodologiques
Cette aspect n'est pas présenté dans ce résumé
- 2 Déséquilibre des oxydants et antioxydants et qualité de la diète en MPOC
- 3 Aliments spécifiques et nutriments individuels, fonction pulmonaire et MPOC
- 4 Types de diètes, fonction pulmonaire et MPOC

RÉSULTATS

Un rappel physiopathologique de la MPOC précède les rubriques. Ainsi, il est reconnu

que plusieurs processus expliquent le développement et la progression de la MPOC. Ce sont principalement le déséquilibre à la fois local et systémique entre les oxydants et la capacité antioxydante de l'individu, les processus inflammatoires (objectivés par exemple par les marqueurs de la neutrophilie, de l'éosinophilie, des cytokines, etc.), l'expression de facteurs pro-cataboliques (ex. interleukines #17; IL-17), le déséquilibre entre les protéases et les antiprotéases, les altérations du système immunitaire, etc. Il est tout aussi largement reconnu que bien que les poumons soient touchés par la MPOC, plusieurs systèmes sont manifestement atteints par le stress oxydatif engendré entre autres par le tabagisme. Il s'agit des maladies cardiovasculaires, de l'ostéoporose, du syndrome métabolique, de la dépression, des problèmes musculosquelettiques, le tout engendrant la perte de poids et la malnutrition des gens atteints d'une MPOC.

**DÉSÉQUILIBRE
DES OXYDANTS ET
ANTIOXYDANTS ET QUALITÉ
DE LA DIÈTE EN MPOC**

Le stress oxydatif et l'inflammation associée dans les poumons et dans la circulation san-

guine en réponse à l'exposition à la pollution de l'air, à la fumée de tabac, aux infections ou potentiellement à l'obésité sont des processus pathogènes de premier plan dans la MPOC. Comparativement aux sujets normaux, les gens atteints d'une MPOC ont des marqueurs qui témoignent du dommage fait, couplés à une défense antioxydante altérée, à une réduction marquée à deux niveaux : celui des capacités plasmatiques antioxydantes et celui des antioxydants enzymatiques. De plus, le stress oxydatif persiste longtemps après l'arrêt tabagique du fait de la production de pro-oxydants. De faibles taux sériques de vitamines antioxydantes notés, semblent augmenter les risques de maladies obstructives des voies respiratoires associées à l'exposition à la fumée. En conséquence, des niveaux plus élevés de marqueurs oxydatifs dans la MPOC étaient corrélés à une diminution de la fonction pulmonaire alors que des niveaux sériques plus élevés d'enzymes antioxydantes (ex. catalase) ainsi que des antioxydants solubilisés (ex. vitamines) ont été associés positivement à une meilleure fonction pulmonaire. En d'autres mots, il peut être hypothétique que le fait de cibler le stress oxydatif avec des antioxydants ou d'augmenter les niveaux endogènes d'antioxydants puisse être bénéfique en MPOC. En effet, par rapport aux sujets sains, les gens atteints de MPOC ont un régime alimentaire à faible consommation de fruits et légumes et avec une teneur en antioxydants plus faible ce qui était corrélé à une altération de la fonction pulmonaire et au risque de MPOC.

**ALIMENTS SPÉCIFIQUES
ET NUTRIMENTS
INDIVIDUELS, FONCTION
PULMONAIRE ET MPOC****› Antioxydants vitaminiques
et non vitaminiques**

Les effets bénéfiques des fruits et légumes sur la fonction respiratoire peuvent être en partie attribuables à leur teneur élevée en antioxydants vitaminiques et non vitaminiques. En conséquence, des apports alimentaires plus élevés de vitamine C, antioxydant hydrophile, ont été associés à des niveaux plus

élevés de VEMS₁, et à un faible déclin du VEMS₁, et ce, jusqu'à 9 mois de suivi clinique.

D'autres composants alimentaires non vitaminiques peuvent donc exercer des effets protecteurs. Il s'agit notamment des caroténoïdes antioxydants liposolubles (lycopène, lutéine, zéaxanthine et les caroténoïdes provitamine A α -carotène, et β -carotène et β -cryptoxanthine), dont les niveaux sériques et alimentaires ont été positivement corrélés aux indicateurs de la fonction pulmonaire (VEMS₁, CVF).

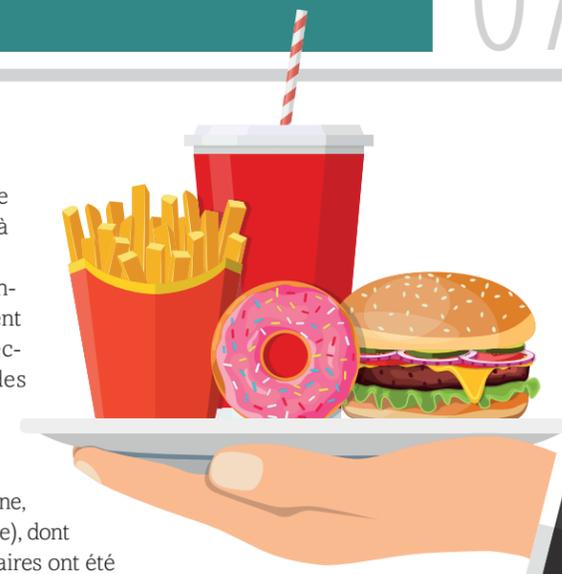
De plus, d'autres facteurs alimentaires potentiellement protecteurs incluent tous les polyphénols (acides phénoliques, flavonoïdes, stilbènes lignanes et secoiridoïdes), les antioxydants les plus abondants dans les régimes alimentaires des humains. Ils sont naturellement présents dans les aliments végétaux et offrent de puissantes propriétés anti-inflammatoires. Enfin, dans une étude transversale basée sur la population asiatique, un riche régime en antioxydants puissants et anti-inflammatoire dérivé du curcuma polyphénol curcumine était significativement associé à l'amélioration des mesures de la fonction pulmonaire.

› Minéraux

Parmi les micronutriments, des études transversales ont révélé un apport déficient de certains minéraux chez les gens atteints de MPOC. En effet, les apports alimentaires et les taux sériques de calcium, de magnésium et de sélénium ont été objectivés inférieurs aux valeurs recommandées chez les gens plus âgés atteints de MPOC sévère en insuffisance pondérale. Bien que les preuves limitées suggèrent des effets protecteurs des certains minéraux sur la fonction pulmonaire et la MPOC, surtout ceux dotés de propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires, d'autres études prospectives sont justifiées.

› Grains entiers et fibres

L'action protectrice des grains entiers comme celle des fruits et des légumes est attribuable aux propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires de leur teneur en



fibres. En effet, les données épidémiologiques indiquent que la fibre est associée à des niveaux plus faibles de protéines C-réactives (CRP), de facteur de nécrose tumorale (TNF- α) et de l'interleukine 6 (IL-6) et à un niveau plus élevé d'adiponectine. Celle-ci est une adipocytokine, c'est-à-dire une molécule produite par le tissu adipeux, qui est impliquée, entre autres, dans la régulation du métabolisme des lipides et du glucose et qui a des propriétés anti-inflammatoires. Un apport alimentaire plus élevé de fibres totales a réduit d'environ 40% le risque de MPOC dans les grandes études prospectives. Concernant les types de fibres (céréales, fruits et légumes), l'association bénéfique a surtout été observée pour la consommation de fibres de céréales auprès principalement des fumeurs et ex-fumeurs, quoique des preuves existent aussi pour la consommation de fruits et légumes.

› Alcool et vin

Des études épidémiologiques ont révélé que certains sujets à faible consommation d'alcool (1 à 30 g/jour) présentaient des VEMS élevés, une prévalence plus faible de symptômes de la MPOC et un risque diminué de MPOC par rapport aux non-consommateurs. En revanche, une forte consommation d'alcool, évaluée à la fois par des mesures diététiques et des biomarqueurs sériques, s'est révélée avoir des effets négatifs sur la fonction pulmonaire, s'ajoutant à celui du tabagisme.





Fait intéressant, les effets bénéfiques indépendants d'une consommation favorable de fruits (>180g/jour), de grains entiers (>45g/jour) et d'alcool (1 à 30 g/jour) sur le VEMS et la MPOC étaient additifs suggérant une interaction importante entre les nutriment et les groupes d'aliments. De plus, les résultats de l'étude ECLIPSE chez des sujets atteints de MPOC ont démontré que la consommation récente d'aliments «sains», de fruits, de poisson, de thé, de produits laitiers et l'alcool, était associée à une fonction pulmonaire plus élevée et avec un déclin plus lent, moins d'emphysème et ce, avec une progression plus lente, un score plus élevé au test de 6 minutes et des niveaux plus bas de marqueurs anti-inflammatoires (protéine C-réactive, globules blancs, protéine surfactante D, neutrophiles totaux).

› Vitamine D

Des données probantes limitées soutiennent aussi une corrélation directe entre les niveaux de vitamine D, qui dépendent principalement de l'exposition au soleil en plus du régime alimentaire et de la fonction pulmonaire, de l'incidence de la MPOC, des symptômes, de la gravité et de la progression de la maladie.

Bien que des études supplémentaires soient nécessaires, compte tenu d'une part de l'ostéoporose très répandue et du risque de chutes chez les gens atteints d'une MPOC, et d'autre part, des bienfaits supposés de la vitamine D au-delà de la santé osseuse, le dépistage de la carence en vitamine D peut être important chez cette clientèle.

› Café et ses composantes

Compte tenu de sa consommation généralisée, l'intérêt pour le rôle du café dans la santé respiratoire est accru. Les résultats des revues de littérature indiquent une association entre l'apport régulier de café et l'amélioration de la fonction pulmonaire et la réduction de la mortalité par la maladie respiratoire, mais pas la MPOC, de par les rôles contributifs de ses constituants : la caféine (bronchodilatateur, anti-inflammatoire) et les polyphénols (antioxydant, anti-inflammatoire). Le tabagisme est

un facteur de confusion majeur dans ces études, car il peut accélérer le métabolisme hépatique et la clairance de la caféine ou peut diluer ou amoindrir les effets bénéfiques du café par son action pro-oxydante et pro-inflammatoire puissante.

› Rôle du poisson et des acides gras polyinsaturés n-3

Le rôle des acides gras polyinsaturés n-3 et le poisson présentent de puissantes propriétés anti-inflammatoires avec des effets bénéfiques et, dans la plupart des cas, des applications cliniques dans plusieurs maladies inflammatoires, tels les maladies cardiovasculaires, le cancer, la polyarthrite rhumatoïde et le diabète. Cependant, des études plus rigoureuses au niveau méthodologique sont nécessaires pour évaluer les relations entre leur consommation et la MPOC.

› Aliments pouvant avoir des effets délétères potentiels sur la fonction respiratoire et la MPOC

Parmi les aliments potentiellement délétères, une association inverse statistiquement significative entre la consommation fréquente de viandes de salaisons (bacon, hot-dogs et charcuterie) et les viandes rouges et la fonction pulmonaire a été rapportée. Ces résultats sont aussi en accord avec les effets néfastes constatés sur d'autres maladies non respiratoires, dont la maladie cardiovasculaire, le diabète et le cancer et la mortalité toutes causes confondues. En plus de la teneur élevée en cholestérol et en acides gras saturés, les inconvénients de la viande rouge transformée incluent la présence de nitrites ajoutés comme agent de conservation, antimicrobien et colorant. Les nitrites génèrent des espèces réactives de l'azote pouvant contribuer et amplifier les processus inflammatoires dans les voies respiratoires et le parenchyme pulmonaire, causant des dommages à l'ADN, une inhibition de la respiration mitochondriale et un dysfonctionnement cellulaire. Des niveaux plus élevés de nitrotyrosine ont été observés chez des sujets atteints de MPOC et étaient corrélés à la gravité de la maladie.

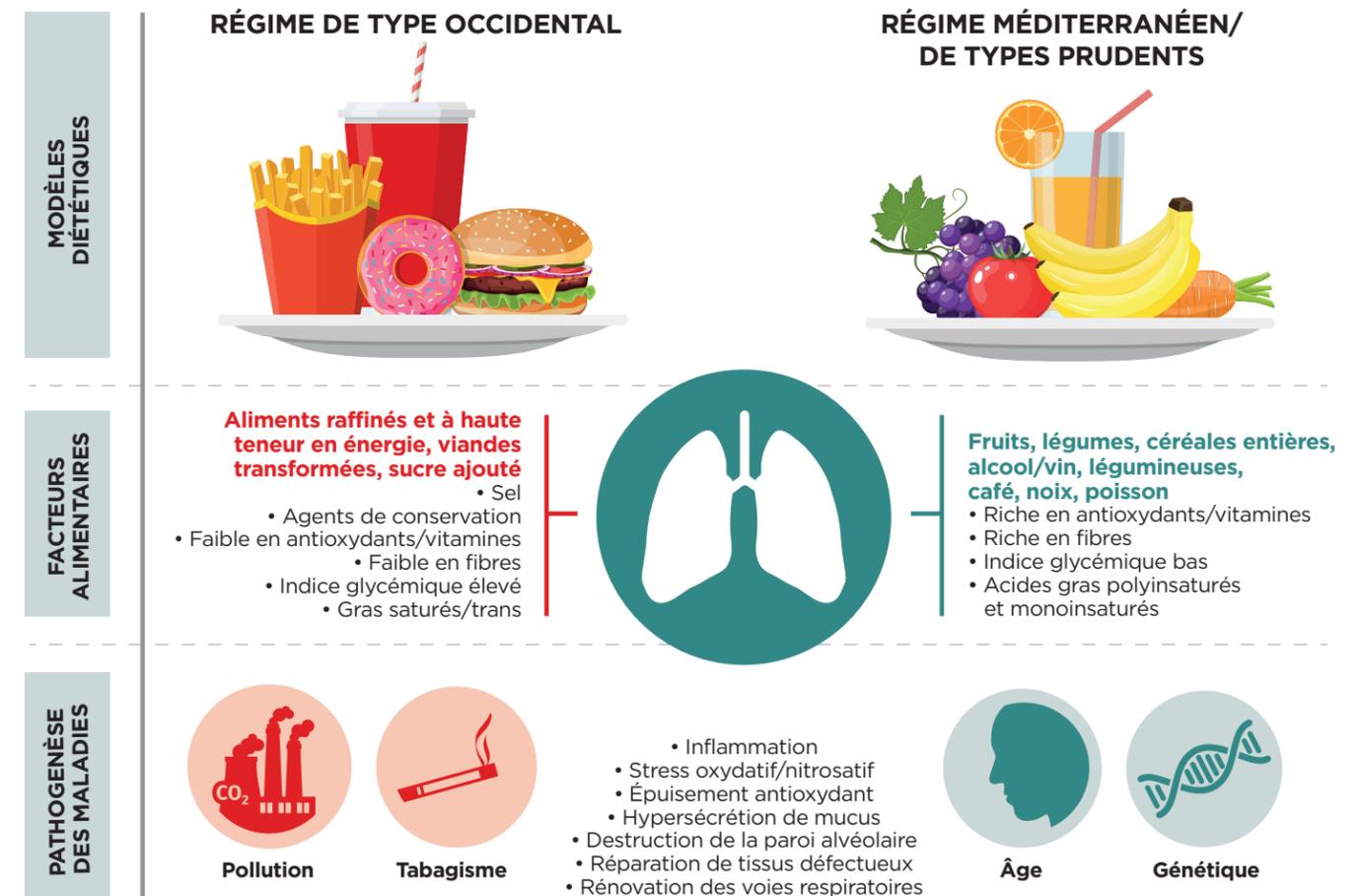
Une consommation élevée de boissons gazeuses (sucrées ou non; >0,5 L/jour) a été associée à une prévalence plus élevée de MPOC ($p < 0,001$) et de l'asthme ($p = 0,014$), de manière additive avec le tabagisme. De plus, la consommation excessive de boissons gazeuses sucrées au fructose (>5 fois/semaine) était significativement corrélée avec la bronchite chronique chez les adultes américains ($p = 0,047$) ainsi que l'asthme pédiatrique, probablement en raison de la formation de produits finaux de glycation avancée à partir de l'interaction entre le fructose libre non absorbé et les protéines alimentaires dans le tractus gastro-intestinal. Ces résultats mettent en évidence les implications pour la santé publique des interventions ciblant les habitudes de vie modernes malsaines.

TYPES DE DIÈTES, FONCTION PULMONAIRE ET MPOC

Les régimes alimentaires ont été largement étudiés en relation avec le cancer, les maladies cardiovasculaires ou le diabète, mais des données limitées sont disponibles sur leur association avec les résultats respiratoires liés à la MPOC. Comme le démontre une méta-analyse récente, la plupart des études ont été réalisées en Europe et en Amérique du Nord, limitant la généralisation des résultats et étaient de conception observationnelle. Dans l'ensemble, les données concordantes indiquent que le modèle de facteur alimentaire détient un rôle important dans la pathogenèse et la prévention de la MPOC et elles fournissent un soutien pour des modifications diététiques spécifiques en tant qu'outil cliniquement pertinent pour la santé respiratoire.

Il appert qu'adhérer à des régimes alimentaires selon les principes généraux du régime méditerranéen et des régimes prudents, lesquels mettent l'accent sur une variété d'aliments sains à base de plantes (légumes, fruits, noix, céréales complètes) et de poisson, évitant la consommation excessive d'alcool et la faible consommation d'aliments typiques des modèles occidentalisés (viande rouge, viandes transformées tels charcuterie, grains raffinés, bonbons, des-

FIGURE 1. UN MODÈLE DES INTERACTIONS ENTRE LES RÉGIMES ET LES FACTEURS ALIMENTAIRES, ET LA FONCTION PULMONAIRE, LE DÉVELOPPEMENT ET LA PROGRESSION DE LA MPOC



serts), exerce des effets bénéfiques contrairement aux régimes occidentaux (Figure 1).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Des études publiées montrent systématiquement les effets néfastes du régime alimentaire occidental, riche en aliments raffinés, en graisses saturées, en viande et en sucre sur la fonction pulmonaire et le risque de MPOC. Il est aussi intéressant de noter que l'impact de l'effet du régime alimentaire sur la fonction pulmonaire est estimé comparable à celle du tabagisme chronique soulignant ainsi l'importance des approches alimentaires saines sur le

développement de la MPOC, le risque métabolique et le système cardiovasculaire associé puisque ces maladies partagent le même type d'inflammation systémique. Toutefois, cet effet ne semble pas être protecteur pour les gens atteints d'asthme où d'autres facteurs confondants demeurent à être objectivés. À la lumière de toutes ces données scientifiques disponibles, les recommandations diététiques énoncées devraient être dorénavant ajoutées aux mesures clés de la prévention, du traitement et de la prise en charge de la MPOC.

Toutes les références sont disponibles sur demande à info@rqesr.ca

ARTICLE 2

Individualized breathlessness interventions may improve outcomes in patients with advanced COPD

Qian, M.Y.Y., Politis J., Thompson M., Wong D., Le B., Irving L., Smallwood N. *Respirology*. 2018 Dec;23(12): 1146-1151. doi: 10.1111/resp.13324. Epub 2018 May 15

Disponible dans la zone sécurisée du site Web du RQESR



MEMBRE HONORAIRE 2019

Lors de son Assemblée générale annuelle, le RQESR décerne un titre honorifique à un membre qui s'est particulièrement distingué par son engagement remarquable. En octobre 2019, nous avons souligné l'implication extraordinaire de M^{me} Denise Deshaies, administratrice du RQESR. Par sa rigueur, elle a contribué à l'amélioration des politiques de gouvernance; par sa maîtrise de la langue, elle a amélioré l'exactitude de nos documents officiels; par son habileté au travail d'équipe, elle a facilité l'avancement des travaux du Conseil d'administration. Afin que tous nos membres puissent connaître notre membre honoraire 2019, M^{me} Denise Deshaies, nous vous proposons cet article.

PAR DENISE DESHAIES

Il est toujours difficile d'exprimer ce qu'on ressent quand on est honoré, comme ce fut mon cas lors de la dernière Assemblée générale du RQESR. Un tel honneur devrait en effet plutôt revenir à celles et à ceux qui se dévouent quotidiennement sur le terrain auprès des patients, aux personnes qui assurent la qualité de leur formation ou à celle et à ceux qui rendent possible cette formation. Je ne fais partie d'aucun de ces groupes. J'appartiens plutôt au groupe qui bénéficie de l'expertise de ces personnes. Dans le domaine de la santé, je suis en effet une «patiente» et c'est à ce titre qu'on m'a demandé de me joindre au Conseil d'administration du RQAM, maintenant le RQESR, en 2014.

Diagnostic de MPOC en 2011. Participation au programme de réadaptation en santé respiratoire offert à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) au printemps 2012. Suivi régulier à la clinique MPOC du même institut depuis ce temps. C'est dans ce contexte que l'inhalothérapeute, qui œuvrait alors au sein de cette clinique, m'a demandé en 2014 si j'acceptais de participer au Conseil d'administration du RQAM à titre de membre patient. Une rencontre avec Madame Patricia Côté, alors Directrice exécutive et Conseillère principale du Réseau, m'a convaincue d'y participer, même si je ne savais pas trop de quelle façon je pourrais y contribuer.



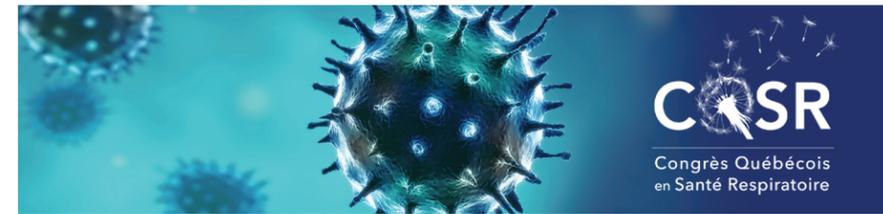
Denise Deshaies, membre honoraire 2019

Il m'a fallu un certain temps pour comprendre le rôle que joue le RQESR par rapport à d'autres organismes qui forment des professionnels de la santé, qui leur assurent une formation continue, qui développent des outils destinés aux professionnels ou aux patients ou encore qui visent à informer le public. Petit à petit, j'ai mieux compris le rôle unique et essentiel que joue le Réseau dans le domaine de la santé respiratoire. Unique, parce qu'il est le seul à former des «éducateurs» en santé respiratoire. Unique, parce que les éducateurs sont non seulement des professionnels de la santé, mais aussi des personnes qui acceptent de continuer à se former pour éduquer à leur tour les patients en vue de les rendre plus compétents, plus autonomes. Unique, parce qu'il est soutenu par un comité scientifique qui veille à la mise à jour et à la qualité de la for-

mation. Unique, parce qu'il rejoint toutes les régions du Québec grâce à des déléguées régionales. Essentiel, parce qu'il est unique.

Il y a de la concurrence dans le domaine de la santé, comme dans tous les domaines, notamment pour l'obtention d'un soutien financier. C'est le cas, entre autres, de la santé respiratoire par rapport à la santé cardiaque. Il y a aussi de la concurrence au sein d'un même domaine de la santé. Par exemple, plusieurs organismes s'intéressent à la santé respiratoire et le risque de dédoublements y est donc réel. Outre la saine gestion de l'organisme, le rôle d'un conseil d'administration peut aussi consister à veiller à limiter de tels dédoublements, à établir des politiques claires qui permettent de délimiter le rôle de l'organisme par rapport aux autres et à établir des partenariats pour maximiser les efforts de chacun et ainsi éviter des dédoublements qui nuisent non seulement aux organismes eux-mêmes, mais aussi aux personnes visées par ces organismes. Les dirigeantes du RQESR, inspirées par des pneumologues visionnaires, et appuyées par les membres du Conseil d'administration, se sont attelées à cette tâche depuis les dernières années. Elles ont également consacré temps et énergie à faire valoir l'importance de la santé respiratoire et celle du RQESR au sein de l'appareil gouvernemental. Ce travail exige le développement de documents de gestion auxquels j'ai pu collaborer en me servant de l'expérience acquise pendant 35 ans comme chercheuse et professeure à l'Université Laval.

Je ne peux, en terminant, que remercier sincèrement les membres du RQESR de l'honneur qui m'a été fait. Je ne peux aussi qu'exprimer mon admiration pour tout le travail bénévole effectué par l'exécutif du RQESR et pour celui qui est accompli par sa Directrice générale. Elles font des miracles avec très peu de moyens et avec un personnel pour le moins limité. C'est leur dévouement qui inspire la retraitée que je suis à continuer à aider le RQESR dans la mesure de mes modestes moyens.



CQSR 2020 : RENDEZ-VOUS À QUÉBEC

En 2020, le Congrès québécois d'éducation en santé respiratoire (CQSR) se tiendra au Palace Royal de Québec les 5 et 6 novembre 2020. Vous y êtes cordialement conviés! Les professionnels de la santé de toutes les disciplines sont les bienvenus, le CQSR étant une occasion unique de réseautage interdisciplinaire.

Branchées sur les sujets d'actualité en santé respiratoire, les conférences permettront aux congressistes de mettre à jour leurs connaissances sur les impacts des changements climatiques, l'asthme et les allergies alimentaires, la sarcoïdose et bien plus. Plus d'une dizaine de conférences seront dispensées par des experts de partout au Québec.

De plus, une sélection d'ateliers sera proposée pour parfaire vos connaissances

dans des domaines d'intérêt. Attention, les places étant limitées, elles seront distribuées sur le principe du premier arrivé, premier servi.

Cette année, vous pourrez choisir d'assister uniquement aux conférences magistrales ou faire le choix d'un ou de deux ateliers.

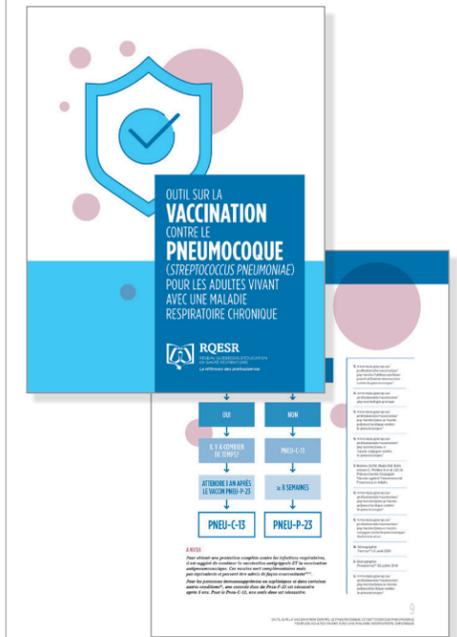
Les inscriptions en ligne débuteront en juin et nous vous informerons à ce moment des modalités pour profiter d'un rabais pour les inscriptions hâtives.

Réservez ces dates à votre agenda, le CQSR est toujours un événement incontournable pour les professionnels de la santé respiratoire.

Les détails sont disponibles sur le site du congrès : pq.poumon.ca/cqsr/



PHOTO SHUTTERSTOCK



NOUVEL OUTIL POUR LES ÉDUCATEURS

VACCINATION ANTIPNEUMOCOCCIQUE

Le RQESR vous propose cet outil développé pour améliorer la prise en charge de la clientèle adulte vivant avec une maladie pulmonaire chronique. En accord avec les priorités ministérielles, mais surtout pour améliorer la santé de ces personnes, il faut augmenter leur taux de vaccination contre les infections respiratoires au Québec.

L'Outil sur la vaccination antipneumococcique est un livret complet qui présente les options de vaccins disponibles au Québec ainsi que leurs propriétés. Les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec y sont présentées avec un visuel renouvelé et attrayant.

- › L'outil est disponible en version électronique en ligne au www.rqesr.ca
- › L'outil imprimé sous la forme d'un livret de 12 pages est aussi disponible sur demande au info@rqesr.ca



LA DYSPNÉE

LA COMPRENDRE, L'ÉVALUER ET INTERVENIR

DAVID GOURDE



Inf. B. Sc.
Intervenant pivot-réseau
en maladie pulmonaire chronique
Direction des services intégrés de première ligne
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Est-ce qu'être essoufflé, être dyspnéique et se sentir essoufflé signifient la même chose? Si vous doutez de votre réponse, cet article vous aidera à y voir plus clair. Dans les pages qui suivront, nous tenterons de mieux comprendre le phénomène de la dyspnée et nous proposerons un modèle d'évaluation clinique. Finalement, nous identifierons quelques interventions susceptibles de diminuer son impact.

LA DYSPNÉE DÉFINITION ET CONSÉQUENCES

Être essoufflé correspond habituellement à une augmentation de la fréquence respiratoire (tachypnée) et souvent accompagnée d'une hyperpnée qui est une hausse de l'amplitude respiratoire. On peut l'observer tant chez un patient atteint d'une MPOC ou d'insuffisance cardiaque que chez une personne qui se présente à l'urgence ou une personne en santé qui a fait un effort intense¹.

La dyspnée quant à elle est une expérience subjective d'inconfort respiratoire qui consiste en des sensations distinctes dont l'intensité varie². La dyspnée comme la douleur sont des sensations subjectives qui signalent des perturbations corporelles directes et qui motivent fortement des comportements adaptatifs rapides pour retrouver l'équilibre homéostatique³. Elles ont toutes deux un caractère aversif et menaçant commun signalant un risque



PHOTO SHUTTERSTOCK

potentiel à la survie, y compris la suffocation et des lésions tissulaires sévères³.

Les comportements adaptatifs mentionnés au dernier paragraphe se déclinent en deux temps: une réaction immédiate et une réaction retardée. Premièrement, il y a la cessation précoce de l'activité qui est difficilement contrôlable puisque la dyspnée est un signal d'alarme très puissant et difficile à ignorer qui pousse la personne affectée à cesser immédiatement cette sensation. Si on transpose la dyspnée à la douleur, c'est quand on arrête de courir après s'être foulé la cheville en jogant dans la forêt, la douleur nous «oblige» à mettre fin à l'activité immédiatement.

Dans un deuxième temps, la peur de reproduire cette sensation désagréable décourage les personnes de participer à des activités risquant de la déclencher. C'est une réaction retardée qu'on appelle l'évitement. Si on reprend l'exemple de la cheville foulée, le coureur renoncera peut-être à courir dans la forêt de peur de se tordre la cheville à nouveau. L'évitement conduit peu à peu vers une baisse du niveau d'activité qui mène au déconditionnement. Nous connaissons tous le cercle vicieux de l'essoufflement/anxiété/évitement/déconditionnement, mais pour ceux qui veulent en savoir davantage sur le/les cercles vicieux

TABLEAU 1 : LES PATHOLOGIES DÉCLENCHANT LA DYSPNÉE

Cardiaques	Insuffisance cardiaque, arythmie, maladie péricardique, etc.
Pulmonaires	MPOC, asthme, bronchiectasie, maladies interstitielles, néoplasie, infection, hypertension pulmonaire, effusion pleurale, pneumothorax, etc.
Autres	Activité intense, anémie, ou autres pathologies d'ordre psychogénique, neurologique, neuromusculaire, thrombotique, obésité, etc.

TABLEAU 2 : LES ASPECTS DE L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DYSPNÉE

1	Aspect perceptuel : l'intensité et la qualité de la dyspnée.
2	Aspect affectif : la signification et l'aspect désagréable.
3	L'impact sur le quotidien de la personne atteinte.

TABLEAU 3 : ASPECT PERCEPTUEL DE L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DYSPNÉE

Sensation	Causes potentielles	Verbalisation
Serrement de la poitrine	Bronchospasme	«J'ai la poitrine serrée, j'ai un poids sur la poitrine...»
Respiration rapide ou superficielle	Volumes pulmonaires réduits (restriction-pseudorestriction)	«Je ne peux pas respirer, ma respiration bloque, ma respiration est haute...»
Manque d'air, suffocation	«Drive respiratoire» très stimulée	«Je manque d'air, j'étouffe»
Effort respiratoire augmenté	Dissociation entre la «drive respiratoire» et l'effet musculaire de la ventilation	«Je suis fatigué de respirer, ma respiration demande des efforts»
Essoufflement	Descripteur de base pour la sensation de dyspnée puisque même les personnes en santé qui font un effort intense la ressentent. Se sentir essoufflé c'est comme dire qu'on a mal sans préciser le type de sensation.	
Émotions liées à la respiration	Symptôme dépressif ou anxieux. Se rapporte au volet affectif de la dyspnée plus bas.	«Ma respiration me fait peur, elle est paniquante, elle me déprime»

de la dyspnée, nous vous recommandons *The breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease* de Anna Spithis et coll⁴.

Il y a une myriade de causes (pathologies) possibles à la sensation de dys-

pnée (Tableau 1). Chacune d'entre elles a son propre mécanisme qui souvent implique des composantes mécaniques, chimiques, métaboliques et psychologiques. Considérant que la dyspnée est une sensation, elle a nécessairement une composante neurologique.

L'ÉVALUATION

L'essoufflement peut être mal reconnu par les professionnels de la santé, notamment dans les unités de soins palliatifs ou de soins intensifs, où la communication verbale est difficile⁶. Les personnes ont tendance à sous-estimer la douleur ou la détresse provoquée par des événements stressants s'ils n'ont pas eux-mêmes vécu l'expérience d'événements similaires⁷, un phénomène psychologique appelé l'écart d'empathie. De nombreux professionnels de la santé ont déjà ressenti une douleur physique intense, mais très peu sont susceptibles d'avoir eu une expérience de dyspnée pathologique grave.

L'évaluation clinique de la dyspnée dépend presque uniquement de son auto-déclaration. Étant une sensation, elle ne peut être perçue que par la personne qui la ressent. Nous vous proposons un modèle d'évaluation clinique en 3 composantes décrit par l'American Thoracic Society^{8,9}. (Tableau 2).

Il est important de mentionner que ce modèle se prête à un contexte de dyspnée chronique. Dans le cas d'une dyspnée paroxystique aiguë ou dans un contexte où la vie serait menacée, l'évaluation visera en priorité la recherche de l'étiologie et des causes sous-jacentes.

ASPECT PERCEPTUEL

Pour évaluer l'intensité de la dyspnée, l'échelle de Borg modifiée (1/10) ou l'échelle visuelle analogue sont deux outils intéressants. Il s'agit alors de quantifier la sensation sur 10. Il faut se rappeler que l'échelle de Borg a été créée originellement pour évaluer la perception de l'intensité de l'effort perçue¹⁰, mais elle est toutefois valide pour la mesure de l'intensité de la dyspnée.

L'aspect qualitatif de la dyspnée correspond aux sensations qui lui sont associées. Elles peuvent se comparer aux différentes sortes de douleur que l'on perçoit parfois: piqûre, brûlure, pression, douleur sourde, etc. À ce titre, la dyspnée se décline en plusieurs sensations qui sont parfois reliées à leurs causes sous-jacentes (Tableau 3).





Pour assurer un bon suivi clinique, il est important de rapporter comment le patient perçoit sa dyspnée (sensations associées) dans les notes au dossier. Rappelez-vous que ce qui n'est pas écrit n'existe pas. Le questionnaire Dyspnea-12¹¹, qui consiste en une série de douze (12) énoncés pour lesquels la personne indique son état actuel (dans la version originale les choix sont : none, mild, moderate, severe), est intéressant.

ASPECT AFFECTIF

Un athlète qui termine premier à la course de 10 km s'effondre au sol à bout de souffle, épuisé, il est incapable de bouger. Pendant ce temps, dans la maison de l'autre côté de la rue habite un homme de 75 ans atteint de MPOC avec un VEMS à 19%. Il est dans son lit et est incapable de faire la moindre activité. Il cherche son souffle constamment et est tout le temps épuisé. En ce moment, les deux sont incapables de faire le moindre effort. Ils sont tachypnéiques et font de l'hyperpnée. Est-ce que ces deux personnes vivent la même chose au niveau affectif? Le premier est sans doute très fier de lui et il profite du temps qu'il est couché au sol pour se concentrer sur le son des applaudissements de la foule qui l'a vu passer le fil d'arrivée. Il sait que la sensation désagréable est temporaire. De l'autre côté, l'homme de 75 ans cloué au lit a beaucoup de mal à accepter que cette sensation qu'il considère auto-infligée (tabagisme) vienne contrecarrer ses plans de vie. Il se demande s'il va pouvoir survivre son à prochain rhume. Son attention est constamment tournée sur sa prochaine respiration qui le tient dans un état de panique quasi constante. Même tachypnée, mais des expériences émotives aux antipodes.

Pour évaluer cet aspect, on peut demander : À quoi pensez-vous quand vous avez du mal à respirer? Que signifie pour vous cette sensation?

L'IMPACT SUR LE QUOTIDIEN

Nous voulons aussi évaluer l'impact de la dyspnée dans la vie quotidienne de nos

Pour assurer un bon suivi clinique, il est important de rapporter comment le patient perçoit sa dyspnée (sensations associées) dans les notes au dossier. Rappelez-vous que ce qui n'est pas écrit n'existe pas.

patients. Pour ce faire, l'*Échelle respiratoire londonienne des activités de la vie quotidienne (LCADL)*¹² permet de déterminer les activités que vous ne pouvez plus faire à cause de votre essoufflement, et de connaître l'intensité de votre essoufflement pour celles que vous faites toujours. On peut utiliser le CRM qui mesure le niveau d'activité nécessaire pour obtenir une sensation d'essoufflement. Il quantifie l'incapacité associée à l'essoufflement en identifiant que l'essoufflement se produit quand il ne devrait pas (Grade 1 et 2) ou en quantifiant la limitation de l'exercice associé (Grades 3-5)¹³. En d'autres mots, le CRM n'indique pas l'intensité de la sensation ressentie. Il indique seulement le niveau d'activité nécessaire à la déclencher.

Pour conclure le volet évaluation clinique de la dyspnée, on devrait inclure dans notre démarche le PQRSTU, une méthode d'évaluation par entrevue souvent utilisée pour la douleur, qui est maintenant la norme. Il ne faut pas oublier les signes vitaux qui nous fournissent des informations complémentaires très pertinentes.

LES INTERVENTIONS

Évaluer la dyspnée tel qu'on vient de le voir est essentiel, mais la finalité concrète de tout ce processus est l'identification et la mise en place d'interventions appropriées. À ce titre, le fait de ne pas investiguer, d'évaluer et de traiter correctement la dys-

pnée réfractaire chronique comme indiqué dans les lignes directrices constitue désormais un traitement médical substandard et une violation du droit du patient¹⁴.

De nombreux moyens ou techniques ont montré leurs preuves pour contrôler la dyspnée dont plusieurs sont décrits dans le Mieux Vivre Avec une MPOC¹⁵. Les principaux moyens sont présentés au Tableau 4.

En tant que professionnels de la santé bienveillants, nous souhaitons intervenir le plus efficacement possible, mais en ce qui a trait à la dyspnée, sommes-nous si efficaces? Voici quelques exemples que nous voyons de temps à autre. Ils servent à alimenter notre réflexion en rapport aux actions que nous posons tous au quotidien.

Un patient atteint de MPOC revient à sa chambre avec une dyspnée à 8/10 et il semble inconfortable. Le professionnel s'assoie près de lui et fait une séance de coaching respiratoire. Il indique au patient de se concentrer sur sa propre respiration pour qu'il en reprenne le contrôle. Nous avons vu que la dyspnée est comparable à la douleur en ce qui a trait à son aspect désagréable et aversif. Alors, si le patient s'était présenté avec un bras fracturé au lieu d'une dyspnée, est-ce que nous lui dirions : "Concentrez-vous sur votre bras, ça va aller mieux?" On peut toutefois proposer au patient de nous regarder et de suivre notre respiration. De cette façon, son attention ne sera pas tournée vers la source de souffrance, mais vers le professionnel. On peut aussi lui suggérer d'imaginer qu'il est à la plage et que sa respiration va au même rythme calme de la mer. De cette façon, son attention sera détournée de sa souffrance.

Le même patient se plaint d'une dyspnée à 7/10 et il se dit anxieux. Le professionnel s'empresse d'inviter le patient à s'asseoir, à se fermer les yeux et à faire une séance de relaxation. Le patient s'améliore rapidement et tout le monde est content. Cependant, le cerveau du patient vient d'enregistrer que son professionnel de la santé recommande l'immobilité comme solution à sa dyspnée. Ce qui peut encourager l'évitement mentionné dans le cercle vicieux de la MPOC. Nul doute, la relaxation est efficace : diminution immédiate de la fré-

TABLEAU 4 : PRINCIPAUX MOYENS DE SOULAGER LA DYSPNÉE (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Bronchodilatation	↓ L'hyperinflation dynamique ¹⁶
Respiration à lèvres pincées	↓ L'hyperinflation dynamique *Ne fonctionne pas pour tous ¹⁷
Alternance activité repos cycle	↓ L'hyperinflation dynamique Aide à gérer l'énergie *On doit demeurer actif par contre
Penchée vers l'avant et déambulateur	↓ L'activité des muscles du cou ↑ L'efficacité du diaphragme ¹⁸
Opioides (petites doses)	↓ La «drive» ventilatoire ↓ L'anxiété et de la détresse émotionnelle ¹⁹
Oxygénothérapie	↑ Survie chez les hypoxémiques chroniques ↑ Réconfort
Groupe d'entraide, socialisation et bris de l'isolement	↓ L'isolement social, ↑ Moral Agit comme modérateur face à la dyspnée. Les groupes d'entraide sont partout au Québec via l'Association Pulmonaire du Québec ²⁰
Ventilateur au visage	Efficace, mais des recherches sont nécessaires pour optimiser les directives sur l'administration des ventilateurs ²¹
Acupuncture	Efficace dans certaines recherches, mais réponse variable qui dépend beaucoup de l'acupuncteur ²²
Arrêt de l'insulte pulmonaire	Cessation tabagique, retrait d'un milieu de travail problématique, etc.

quence cardiaque et respiratoire, diminution de l'anxiété et de la dyspnée et améliore la qualité de vie²³. Cependant, elle ne doit pas servir systématiquement comme une "médication d'urgence PRN" en cas de crise. Elle doit plutôt être utilisée comme une médication à "longue action BID ou TID" qui diminue les manifestations de l'anxiété durant toute la journée.

Lors de l'éducation des patients au sujet du plan d'action MPOC, on met naturellement l'accent sur les gestes que le patient doit poser quand il est dans le jaune et dans le rouge. On a parfois tendance à penser que lorsqu'il est dans le vert, tout est beau et tout va se maintenir. Rappelons-nous que la santé et la qualité de vie d'une personne atteinte de MPOC nécessitent de rester actif et de maintenir de saines habitudes de vie. Il y a des actions à faire même si on est dans le vert! À ce titre, la réadaptation pulmonaire améliore l'autogestion, la force et les capacités cardiovasculaires. Elle permet au

patient de faire l'expérience positive de l'activité physique dans un environnement sécurisant. Elle brise l'isolement et améliore le moral. Ce sont tous des éléments qui ont le potentiel de diminuer la dyspnée. Lorsqu'on présente la réadaptation à un patient, il est gagnant de parler de ces avantages plutôt que d'expliquer en quoi elle consiste. Elle aide à rester autonome, à garder le contrôle sur sa vie et à améliorer sa qualité de vie. Cette modalité devrait être dans le haut de votre liste des solutions à proposer à tous les patients atteints de maladies pulmonaires chroniques.

Un élément très important lors d'une démarche de soulagement de la dyspnée est la négociation des attentes. Considérant l'aspect désagréable et aversif de la dyspnée, il est normal que les patients souhaitent ne plus jamais en ressentir. Malheureusement, dans le cas d'une maladie chronique, la plupart des moyens à notre disposition peuvent la moduler, mais pas

l'éradiquer complètement. La négociation d'une diminution de la dyspnée à 3/10 au lieu de 0/10 aide à rendre l'objectif plus atteignable et aide à gérer les attentes de l'usager. Dans cet esprit, la Thérapie de l'acceptation et de l'engagement²⁴ (Thérapie cognitivo-comportementale) ne vise pas la suppression des sensations de difficulté. Elle vise plutôt à apprendre au patient à faire face à ce que la vie lui amène et lui permet d'évoluer vers des comportements recherchés. Cette thérapie demande aux patients de s'ouvrir aux émotions déplaisantes engendrées par la dyspnée et à apprendre à ne pas surréagir à celles-ci, ainsi qu'à ne pas fuir les situations qui la déclenchent.

En conclusion, la dyspnée chronique est une sensation très désagréable qui bouscule les perspectives de vie de la personne qui la subit et elle impacte aussi les proches. Elle entraîne une souffrance importante qui doit être dépistée par les professionnels de la santé. Ces derniers ont un rôle prépondérant en rapport à la dyspnée, car la plupart des moyens pour la soulager sont non pharmacologiques. Bien que nous ayons 30 ans de retard sur la reconnaissance et le traitement de la douleur, le développement de cliniques spécialisées en évaluation et traitement de la dyspnée chronique pourraient aider grandement celles atteintes d'une MPOC. Les équipes au sein de ces cliniques pourraient regrouper des infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens, orthophonistes, nutritionnistes, professionnels de la réadaptation, travailleurs sociaux, psychologues, pneumologues, cardiologues, neurologues sans oublier les usagers experts/partenaires. Mais d'ici ce temps, il y a vous, les agents de changement dans vos organisations et les agents de mieux-être pour vos patients.

Merci à Gregory Moullec, à Kevin Duckworth et à Diane Nault pour nos discussions enrichissantes et merci aux usagers du groupe de maintien post-réadaptation du Centre de jour Berthiaume du-Tremblay pour les témoignages éclairants en rapport à votre dyspnée.

Toutes les références disponibles sur demande à info@rqesr.ca

COVID-19

En raison de la pandémie qui sévit, plusieurs activités sont annulées ou reportées. Nous demeurons à l'affût des nouvelles des recommandations du Gouvernement pour assurer la sécurité des participants.

Le RQESR a créé une nouvelle page dédiée aux recommandations pour le suivi des personnes vivant avec une maladie respiratoire chronique pendant la pandémie rquesr.ca/fra/covid-19.asp. Cette page sera bonifiée au fur et à mesure que les nouvelles recommandations seront disponibles.

En cette période exceptionnelle, le RQESR tient à remercier tous les professionnels de la santé qui veillent au bien-être des Québécois dans cet effort de prévention hors du commun.

À l'agenda

Congrès québécois en santé respiratoire

5 et 6 novembre 2020, Québec

Nous aurons le plaisir de vous accueillir au Palace Royal de Québec pour le CQSR 2020. Tous les détails en page 11.

pq.poumon.ca/cqsr/

Présence au Rendez-vous formation 2020 de l'OIIQ

8 novembre 2020, Montréal

Le RQESR a été sollicité à nouveau cette année pour dispenser une version bonifiée de la formation «Spirométrie en soins de première ligne» lors des Rendez-vous formation 2020.

Détails et inscriptions : www.oiiq.org/fr/formation/

INFO RQESR

ÉDITEUR

Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR)

COORDONNATRICE

Sara-Edith Penney

Version pdf disponible sur le site www.rquesr.ca

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 2371-4166 (imprimé)
ISSN 2371-4174 (en ligne)

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Québec

COORDONNÉES DU RQESR

U-2765 Pavillon de recherche clinique
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
2725, chemin Ste-Foy,
Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone: 418 650-9500

Sans frais: 1 877 441-5072



RQESR

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ÉDUCATION EN SANTÉ RESPIRATOIRE

La référence des professionnels

Les contenus des articles publiés dans ce numéro n'engagent que les auteurs, et ne sauraient être considérés comme constituant une prise de position officielle du RQESR.

Le RQESR remercie ses partenaires



La vaccination,
la meilleure protection

Vaccin contre le pneumocoque

Le risque de décès à la suite d'une infection à pneumocoque est plus grand pour les personnes qui souffrent de **maladies pulmonaires obstructives chroniques**.

quebec.ca/pneumocoque

Votre gouvernement



Pour recevoir le vaccin polysaccharidique gratuitement, informez-vous auprès de votre CLSC ou de votre médecin lors de votre prochaine visite.

Vous pouvez le recevoir en même temps que celui contre la grippe.

Québec