

MAI 2017

Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme

Deuxième édition



Avis de non-responsabilité

Les présentes lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier ni les établissements qui les emploient. Il faut faire preuve de souplesse dans l'utilisation de ces lignes directrices et les adapter aux besoins individuels et aux conditions locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, notamment dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite devrait être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2017). *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme* (2^e édition). Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Site Web : www.RNAO.ca/bestpractices



Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme

Deuxième édition

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques intitulée *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmières s'engagent à vous offrir chaque jour. L'AIIAO est ravie de pouvoir présenter cette ressource fondamentale.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Je tiens à remercier la Dre Irmajean Bajnok, ex-directrice du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, la Dre Valerie Grdisa, directrice du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et la D^{re} Michelle Rey, directrice associée, Élaboration des lignes directrices de l'AIIAO, pour leur expertise et leur leadership inestimables. Je tiens également à remercier les coprésidentes du comité d'experts, Lisa Cicutto (directrice de la recherche communautaire, National Jewish Health, directrice, Clinical Science Graduate Program et professeure, Université du Colorado à Denver) et Delanya Podgers (infirmière praticienne du programme sur l'asthme, Hôpital général de Kingston), pour leur expertise exquise et leur gestion de cette ligne directrice. Nous remercions également les membres de l'AIIAO, Megan Bamford (responsable de l'élaboration de la ligne directrice), Andrea Stubbs (coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), Tanvi Sharma (responsable associée à la recherche en soins infirmiers), Nafsin Nizum, Julie Blain et Lisa Ye (associées à la recherche en soins infirmiers) ainsi que les autres membres de l'Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, pour leur travail acharné lors de la réalisation de cette ligne directrice. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts pour avoir consacré leur temps et leur expertise afin de produire une ressource clinique riche et de qualité. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques et des chercheurs. Avec un dévouement continu et leur passion pour l'excellence dans les soins des patients, les communautés des soins infirmiers et de santé ont consacré ses compétences et d'innombrables heures de bénévolat à l'élaboration et à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre certaines lignes directrices et en évaluant leur incidence sur les patients et les milieux de soins. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous invitons à partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions, car nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possible chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous, afin qu'ils soient les vrais gagnants de cet important effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL. D. (hon.),
Ordre de l'Ontario
Directrice générale,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application	6	
Interprétation des données probantes	9	
Résumé des recommandations	10	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIHAO	15	
Comité d'experts de l'AIHAO	16	
Remerciements aux intervenants	18	
Contexte	20	
Recommandations relatives à la pratique	24	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	50	
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	54	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	57	
Stratégies de mise en œuvre	58	
Évaluation et suivi de la présente ligne directrice	59	
Processus pour la mise à jour et l'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	63	
Références	64	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	76
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	86
	Annexe C : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche	87
	Annexe D : Guide d'évaluation du contrôle de l'asthme	91
	Annexe E : Déclencheurs d'asthme courants	92
	Annexe F : Comorbidités et affections	93
	Annexe G : Principes de la compétence informationnelle en santé	95
	Annexe H : Obstacles à l'amélioration de l'autogestion de l'asthme et méthodes pour y parvenir	97
	Annexe I : Exemple de journal de l'asthme	99
	Annexe J : Outils d'évaluation	100
	Annexe K : Ressources d'enseignement des techniques avec les dispositifs	102
	Annexe L : Médicaments pour l'appareil respiratoire	103
	Annexe M : Débitmètres de pointe	105
	Annexe N : Plans d'action contre l'asthme	107
	Annexe O : Exemples de plans d'action écrits contre l'asthme	108
Annexe P : Autres ressources	110	
Annexe Q : Description de la Trousse	117	
LETTRES D'APUI	Appuis	118
NOTES	Notes	122

Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)^{G*} en soins infirmiers est un document exhaustif qui offre des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes^G. Son but n'est pas de servir de manuel ou de mode d'emploi, mais bien d'outil pour orienter les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décisions par les infirmières^G ainsi que par d'autres fournisseurs de soins de santé^G qui travaillent auprès de personnes souffrant d'asthme^G. La ligne directrice doit être révisée et appliquée selon les besoins des organismes individuels ou des milieux de pratique, et les besoins et préférences des personnes et de leur famille, qui font appel au système de santé et à ses services. En outre, la ligne directrice offre un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possibles fondés sur des données probantes.

Les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé et les administrateurs qui orientent et facilitent les changements en matière de pratiques trouveront ce document d'une très grande utilité pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes éducatifs ainsi que des évaluations, des interventions et des outils de documentation. Les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé qui fournissent des soins directs tireront profit de l'examen des recommandations et des données probantes qui les étayent. Nous recommandons particulièrement que les milieux de pratique adaptent cette ligne directrice en ayant recours à un format convivial pour une utilisation quotidienne.

Si votre organisme adopte cette ligne directrice, nous vous conseillons de suivre les étapes suivantes :

1. Évaluer les pratiques actuelles en soins infirmiers et soins de la santé en utilisant les recommandations contenues dans la présente ligne directrice.
2. Déterminer les recommandations qui répondront aux besoins ou combleront les lacunes en matière de service.
3. Élaborez un plan de mise en œuvre des recommandations.

Les ressources concernant la mise en œuvre, notamment la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b) sont accessibles à www.RNAO.ca.

Toutes les LDPE de l'AIIAO sont disponibles pour téléchargement sur le site Web de l'AIIAO à RNAO.ca/bpg. Pour trouver une ligne directrice particulière, cherchez par mot clé ou par thème.

Nous aimerions savoir comment vous avez concrètement mis en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice. Veuillez nous contacter via notre site Web à <http://RNAO.ca/contact> pour nous faire part de votre histoire.

* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le Glossaire ([Annexe A](#)).

Objet et champ d'application

Les **lignes directrices sur les pratiques exemplaires** sont des énoncés élaborés méthodiquement et conçus pour faciliter la tâche aux infirmières qui travaillent avec des personnes et leur famille afin de les aider à choisir les soins et les services de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) en soins infirmiers a été conçue pour remplacer la LDPE de l'AIIAO intitulée *Adult Asthma Care Guidelines for Nurses: Promoting Control of Asthma* (« Lignes directrices des soins de l'asthme chez les adultes pour le personnel infirmier ») (2004a) et son supplément (2007a). Elle est destinée aux infirmières et aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé^G pour les aider à renforcer la qualité^G de leur pratique à l'égard des clients qui consomment du tabac commercial et à améliorer les résultats cliniques grâce à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes.

En octobre 2015, l'AIIAO a mis sur pied un comité d'experts composé d'un groupe de personnes ayant une expertise dans le sujet clinique des soins de l'asthme chez les adultes. Le comité d'experts de l'AIIAO était de nature interdisciplinaire et comprenait des personnes titulaires de postes cliniques, administratifs, universitaires et de recherche représentant un vaste éventail d'organismes en santé, de domaines de pratique et de secteurs.

Le comité a énoncé l'objectif et le champ d'application. L'objectif de ces lignes directrices est de fournir aux infirmières et infirmiers ainsi qu'aux autres fournisseurs de soins de santé des **recommandations fondées sur des données probantes concernant les soins de base pour les adultes ayant reçu un diagnostic d'asthme**. Le comité d'experts a adopté les critères de diagnostic et de contrôle de l'asthme chez l'adulte décrits dans la *Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société canadienne de thoracologie : le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes* (mise à jour des lignes directrices de la SCT 2012; Loughheed et coll., 2012) (<https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2018/02/3-2012-Asthma-Executive-Summary-FRENCH.pdf>). Les recommandations de cette ligne directrice s'appliquent aux adultes qui ont reçu un diagnostic d'asthme établi ou confirmé par un fournisseur de soins de santé approprié, tel que défini par la Société canadienne de thoracologie (SCT) (Loughheed et coll., 2012). Voir la section [Diagnostic de l'asthme](#) à la page 22, ainsi que le [Tableau 1](#) à la page 25.

Cette ligne directrice a pour but d'aider le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé à aider les personnes asthmatiques à maîtriser leur asthme, ce qui permet de minimiser et, idéalement, de prévenir la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie.

Cette ligne directrice recommande des pratiques exemplaires dans trois domaines principaux :

- Les **recommandations relatives à la pratique**^G sont destinées en premier lieu aux infirmières qui fournissent directement des soins cliniques aux personnes âgées d'un bout à l'autre du continuum des soins, y compris (mais sans s'y limiter) les soins primaires, les soins actifs, les soins à domicile, les patients attendant d'autres niveaux de soins, les soins continus complexes et les soins de longue durée. Le public secondaire des recommandations en matière de pratique comprend d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé, qui collaborent avec les infirmières pour offrir des soins complets (p. ex., inhalothérapeutes, physiothérapeutes, etc.).
- Les **recommandations relatives à la formation**^G sont destinées aux personnes responsables de la formation des fournisseurs de soins de santé, par exemple les enseignants, les équipes d'amélioration de la qualité, les directeurs, les administrateurs et les institutions universitaires et professionnelles. Les recommandations de cette catégorie énoncent le contenu fondamental ainsi que les stratégies de formation nécessaires pour les programmes de soins de premier niveau, la formation continue et le perfectionnement professionnel. Le principal public comprend les personnes qui dispensent une formation aux infirmières, et l'autre public comprend les personnes qui dispensent une formation aux autres membres des équipes interprofessionnelles de soins de santé.
- Les **recommandations relatives à l'établissement et aux règlements**^G sont destinées aux directeurs, administrateurs et décideurs responsables de l'élaboration de règlements ou de l'obtention du soutien dont un organisme de santé a besoin pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines devraient être mises en œuvre ensemble.

Le champ d'application de ces lignes directrices comprend des interventions efficaces d'évaluation et de prise en charge des adultes (définis comme des personnes âgées de 18 ans et plus) qui ont reçu un diagnostic d'asthme. Plusieurs populations et conditions dépassent le cadre de cette ligne directrice. Les voici :

- Recommandations d'évaluation et de prise en charge propres aux enfants, ces points étant couverts par la LDPE de l'AIIAO *Promoting Asthma Control in Children* (Promotion de la maîtrise de l'asthme chez les enfants) (2004b) et son supplément (2008).
- Le syndrome de chevauchement entre l'asthme et la MPOC. Le comité d'experts était conscient de la relation entre l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique^G (MPOC). L'asthme et la MPOC peuvent coexister, dans une affection connue sous le nom de syndrome de chevauchement entre l'asthme et la MPOC^G (Global Initiative for Asthma [GINA], 2015). Cependant, en raison de la complexité du travail avec cette population, le comité d'experts a décidé que cette question clinique dépassait le cadre de la présente ligne directrice. Les interventions d'évaluation et de gestion spécifiques à la MPOC sont couvertes par la BPG de l'AIIAO *Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (« Soins infirmiers de la dyspnée : le 6^e signe vital chez les personnes atteintes de bronchopneumopathie chronique obstructive ») (2005) et son supplément (2010a).
- Les recommandations d'évaluation et de prise en charge propres à l'asthme pendant la grossesse.
- La prise en charge pharmacologique de l'asthme. Bien que les interventions pharmacologiques soient essentielles à la maîtrise de l'asthme, elles n'entrent pas dans le cadre de ces lignes directrices. La gestion pharmacologique est abordée de manière exhaustive dans la *Mise à jour des lignes directrices 2012 de la SCT* (Lougheed et coll., 2012).
- L'asthme professionnel. Bien qu'il soit reconnu que l'asthme professionnel^G affecte de nombreux adultes asthmatiques, aucune recommandation y étant propre n'a été élaborée. Cependant, de nombreuses recommandations sont pertinentes pour les fournisseurs de soins de santé, y compris le personnel infirmier en santé au travail, qui exercent auprès des personnes de cette population.

Cette ligne directrice est conçue pour être appliquée à tous les domaines de pratique infirmière (y compris clinique, éducatif et administratif) et dans tous les milieux de soins (y compris les soins actifs, la réadaptation, les soins de longue durée, les consultations externes, les soins communautaires et les soins à domicile). Il est reconnu que la maîtrise de l'asthme nécessite une coordination et une communication entre les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'un partenariat entre la personne asthmatique et l'équipe de soins de santé interprofessionnelle. En outre, les besoins et les préférences de la personne doivent être pris en compte, et les ressources personnelles disponibles doivent être évaluées et intégrées au plan de soins.

Divers facteurs influenceront la mise en œuvre réussie des recommandations de la présente ligne directrice dans tous les milieux de soins. Les compétences et les connaissances individuelles du personnel infirmier, ainsi que son jugement professionnel, se perfectionnent au fil du temps grâce à l'expérience et à l'enseignement et varient d'une personne à l'autre. Dans les cas où les besoins en matière de soins de la personne ne relèvent pas de la compétence de l'infirmière ou de l'infirmier, ce dernier devrait consulter d'autres membres de l'équipe de soins de santé interprofessionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2011). La législation, les politiques et procédures organisationnelles et la population de clients auront également une incidence sur la mise en œuvre de cette ligne directrice.

Pour en savoir plus sur la présente ligne directrice, y compris sur son processus d'élaboration, sur l'examen systématique^G et sur la stratégie de recherche, consultez les [annexes B](#) et [C](#).

Utilisation du terme « personne »^G dans cette ligne directrice

Dans les présentes lignes directrices, les termes « personne », « personnes » et « gens » sont utilisés pour désigner les adultes ayant reçu un diagnostic d'asthme et avec lesquels un fournisseur de soins de santé entretient une relation thérapeutique. Le comité d'experts a déterminé que ces termes étaient équivalents aux termes « patient », « client » ou « résident » utilisés dans divers établissements de soins de santé. On observe des exceptions dans l'emploi de cette terminologie au sein de discussions de la littérature (p. ex., études, rapports, etc.), qui utilisent d'autres termes.

L'utilisation du terme « chaque rencontre » dans la présente ligne directrice

Dans ces lignes directrices, l'expression « chaque rencontre » est utilisée pour désigner toute interaction entre un fournisseur de soins et la personne asthmatique dans le cadre des soins communautaires, des soins à domicile et des soins ambulatoires (par exemple, les cliniques de soins primaires, les services d'urgence). Dans les milieux de soins institutionnalisés (par exemple, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée), le terme peut désigner les interactions qui se produisent lors de l'admission, ou lorsque la personne subit un changement d'état de santé, de besoins en matière de soins ou de lieu (que ce soit au sein d'un même milieu, entre milieux ou entre milieux).

En ce qui concerne les recommandations relatives à l'évaluation en milieu institutionnel, une évaluation des symptômes d'asthme de la personne devrait être effectuée au minimum lors de chaque *interaction* (par exemple, au début de chaque quart de travail). Une évaluation complète du contrôle de l'asthme de la personne et du risque futur doit être basée sur le contexte clinique et le jugement professionnel.

Utilisation des termes « contrôle de l'asthme »^G et « asthme non contrôlé »^G dans cette directive

Le comité d'experts de l'AIIAO a adopté les critères de contrôle de l'asthme décrits dans la *Mise à jour des lignes directrices 2012 de la SCT* (Lougheed et coll., 2012), qui caractérisent l'asthme d'une personne comme étant *contrôlé ou non contrôlé* (voir le **tableau 2** sous la **recommandation 1.2a**). C'est pourquoi, tout au long de ces lignes directrices, l'asthme est qualifié de contrôlé ou de non contrôlé. Les exceptions à l'utilisation de cette terminologie se produisent dans les discussions sur la littérature (par exemple, les études, les rapports, etc.) qui utilisent d'autres points de distinction (c'est-à-dire des fréquences ou des valeurs) ou d'autres termes pour définir le statut de contrôle de l'asthme (par exemple, un contrôle médiocre, un contrôle plus faible, etc.).

Interprétation des données probantes

Différents *niveaux de preuve* sont attribués à la conception des études afin de classer la mesure dans laquelle chacune parvient à éliminer les autres explications du phénomène étudié. Plus le niveau de preuve est élevé, plus la probabilité est grande que les relations présentées entre les variables soient vraies. Les niveaux de qualité des données probantes ne reflètent en rien le mérite ou la qualité des différentes études.

Pour les recommandations incluses dans la présente ligne directrice, le niveau de preuve indiqué est celui qui est le plus élevé et qui se rapproche le plus de l'énoncé de la recommandation. Dans les cas où il existe plusieurs études de conception différente avec des résultats similaires, les études avec le plus haut niveau de preuve sont attribuées (et citées) à l'appui de la recommandation.

Certaines recommandations ont plus d'un niveau de preuve indiqué. Ceci reflète les conceptions variées des études qui soutiennent les multiples composantes d'une recommandation. Pour des raisons de transparence, les niveaux de pertinence propres à chaque composante de la recommandation sont indiqués dans la section « Discussion sur les données probantes ».

En plus des niveaux de preuve, la qualité méthodologique de chacune des études dans la discussion sur les données probantes est mesurée et classée dans la catégorie « élevée », « moyenne » ou « faible » d'après des outils fiables et des évaluateurs indépendants. La qualité d'une étude est décrite dans la discussion sur les données probantes.

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses ⁶ ou d'examen méthodiques d'essais cliniques randomisés ⁶ , et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout <i>quantitatives</i> .
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée ⁶ bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ⁶ bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études, surtout de recherche ⁶ <i>qualitative</i> .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales bien conçues, telles que des études analytiques ⁶ , des études descriptives ⁶ et des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) et de Pati (2011).

Pour de plus amples renseignements sur le processus d'examen systématique et sur l'évaluation de la qualité des études, consultez l'**annexe C**.

Tableau synthétique des recommandations

Cette ligne directrice remplace la *Adult Asthma Care Guidelines for Nurses: Promoting Control of Asthma* (« Lignes directrices des soins de l'asthme chez les adultes pour le personnel infirmier ») (2004a) et son supplément (2007a) de l'AIIAO.

- +** La recommandation et les données probantes à l'appui ont été mises à jour avec les données probantes de l'examen méthodique.
- NOUVELLE** Une nouvelle recommandation a été élaborée en s'appuyant sur les données probantes de l'examen méthodique.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Lors de la première rencontre, identifier les adultes ayant un diagnostic d'asthme en examinant le dossier médical pour trouver un diagnostic d'asthme établi, étayé par l'utilisation de mesures objectives de la fonction pulmonaire, ainsi qu'en posant deux questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un fournisseur de soins de santé vous a-t-il déjà dit que vous étiez asthmatique? 2. Avez-vous déjà utilisé un inhalateur ou un médicament contre l'asthme pour des problèmes respiratoires? 	V	+
	<p>Recommandation 1.2 a :</p> <p>Chaque rencontre, évaluez le niveau actuel de contrôle de l'asthme de la personne selon les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ besoin d'un bêta₂-agoniste à action rapide < 4 doses/semaine (y compris pour l'exercice); ■ symptômes diurnes < 4 jours/semaine; ■ symptômes nocturnes < 1 nuit/semaine; ■ niveaux d'activité physique normaux; ■ exacerbations légères et peu fréquentes; ■ aucune absence au travail ni à l'école; ■ volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) ou débit expiratoire de pointe (DEP) ≥ 90 % du meilleur résultat personnel*‡; ■ variation diurne du DEP < 10-15 %*‡; ■ éosinophiles dans l'expectoration < 2-3 %*‡. <p>* Indique de l'information objective importante pour une évaluation complète du contrôle de l'asthme, mais qui peut ne pas être disponible.</p> <p>‡ Mesuré et interprété dans le cadre du champ d'exercice des fournisseurs de soins de santé (y compris les connaissances et les compétences appropriées) et en conformité avec les politiques et procédures de l'organisation.</p>	V	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.2b :</p> <p>Pour les adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé, déterminer si la personne souffre actuellement d'une exacerbation de l'asthme et, le cas échéant, la gravité et la nécessité d'une attention médicale urgente.</p>	V	+
	<p>Recommandation 1.3 :</p> <p>Chaque rencontre, évaluer le risque d'exacerbation future de l'asthme de la personne selon les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ contrôle actuel de l'asthme; ■ exacerbations sévères; ■ exacerbations nécessitant des corticostéroïdes systémiques; ■ recours aux soins d'urgence ou aux hospitalisations pour l'asthme. 	V	NOUVEAU
	<p>Recommandation 1.4 :</p> <p>Chaque rencontre, déterminer les facteurs qui influent sur la complexité de la prise en charge de l'asthme pour la personne, notamment l'âge, le sexe, les habitudes tabagiques, les déterminants sociaux de la santé, les déclencheurs et les comorbidités.</p>	IV	NOUVEAU
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Élaborer un plan d'enseignement sur l'asthme personnalisé et centré sur la personne, qui aborde les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ besoins en matière d'apprentissage (niveau de la preuve = Ib); ■ culture (niveau de preuve = Ib); ■ compétence informationnelle en santé (niveau de preuve = IV); ■ autonomisation (niveau de pertinence = IV). 	Ib, IV	NOUVEAU
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1 a :</p> <p>Donner un enseignement sur l'asthme en tant que composante essentielle des soins.</p>	la	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1b :</p> <p>Informar la personne sur les compétences essentielles et l'autogestion de l'asthme en fonction des besoins en matière d'apprentissage de la personne, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ physiopathologie de l'asthme; ■ médicaments et technique avec les dispositifs; ■ autosurveillance; ■ plans d'action; ■ détermination et gestion des déclencheurs; ■ cessation du tabac (le cas échéant). 	lb	+
	<p>Recommandation 3.2 :</p> <p>Évaluer l'efficacité des interventions non pharmacologiques et leurs interactions potentielles avec les interventions pharmacologiques.</p>	V	NOUVEAU
	<p>Recommandation 3.3 a :</p> <p>Chaque rencontre, enseigner activement la technique correcte du dispositif d'inhalation par l'observation, la rétroaction, la démonstration physique et les instructions écrites.</p>	lb	+
	<p>Recommandation 3.3b :</p> <p>Faire participer la personne asthmatique à la prise de décision partagée concernant le choix d'un dispositif d'inhalation.</p>	la	NOUVEAU
	<p>Recommandation 3.3c :</p> <p>Expliquer à la personne asthmatique la différence entre les médicaments de contrôle et les médicaments de soulagement, leurs indications et leurs effets secondaires potentiels.</p>	V	+
	<p>Recommandation 3.4 :</p> <p>Le cas échéant, aider les personnes asthmatiques à mesurer leur débit expiratoire de pointe et les informer à ce sujet.</p>	V	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.5 :</p> <p>Pour favoriser la prise en charge autonome, collaborer avec la personne asthmatique pour élaborer et revoir un plan d'action contre l'asthme documenté (niveau de preuve = Ib), dans l'un des formats suivants ou une combinaison de ceux-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ par écrit, sur papier (niveau de preuve = Ib); ■ électroniquement (niveau de preuve = V); ■ par images (niveau de preuve = IIa). 	Ib, IIa, V	+
	<p>Recommandation 3.6 :</p> <p>Fournir un soutien intégré à l'autogestion de l'asthme aux adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et qui risquent de subir des exacerbations graves, par le biais de modalités/formats multiples, comme les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ visites de soins à domicile (niveau de preuve = Ib); ■ soins de santé virtuels (niveau de pertinence = Ia). 	Ia, Ib	NOUVEAU
	<p>Recommandation 3.7 :</p> <p>Orienter les personnes souffrant d'asthme vers les personnes suivantes et les mettre en relation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ fournisseur de soins primaires; ■ enseignant agréé certifié dans le domaine de l'asthme ou respiratoire. 	IV	+
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Chaque rencontre, évaluer l'efficacité du plan de soins global dans l'atteinte d'un contrôle de l'asthme.</p>	V	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1 a :</p> <p>Élaborer des programmes d'enseignement multidimensionnels qui renforcent les soins de l'asthme normalisés et fondés sur des données probantes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les fournisseurs de soins de santé (niveau de preuve = IIb); ■ les étudiants entrant dans les professions de la santé (niveau de preuve = V). 	IIb, V	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1b :</p> <p>Mettre en œuvre des programmes d'éducation fondés sur des données probantes à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des étudiants entrant dans les professions de la santé. Ces programmes sont animés par des enseignants compétents et bien informés et sont axés sur les compétences essentielles de la prise en charge de l'asthme.</p>	V	NOUVEAU
	<p>Recommandation 5.2 :</p> <p>Exiger des enseignants pour l'asthme qu'ils obtiennent et conservent le titre d'enseignant agréé certifié dans le domaine de l'asthme ou respiratoire.</p>	V	+
	<p>Recommandation 5.3 :</p> <p>Fournir un programme d'assurance qualité et une formation normalisée aux fournisseurs de soins de santé qui effectuent des spirométries.</p>	V	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX RÈGLEMENTS		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
6.0 Établissement et règlements	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>De la part des organisations, établir une priorité d'entreprise axée sur l'intégration et l'évaluation des pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme dans tous les milieux de soins.</p>	V	NOUVEAU
	<p>Recommandation 6.2 :</p> <p>De la part des organisations, fournir les ressources et la formation professionnelle nécessaires pour intégrer les pratiques exemplaires d'évaluation et de prise en charge de l'asthme chez l'adulte dans tous les environnements de soins.</p>	V	NOUVEAU

Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Megan Bamford, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf.

Responsable de l'élaboration des lignes directrices
Directrice de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Andrea Stubbs, B.A.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tanvi Sharma, inf. aut., B. Sc. Inf. (hon.), M. Sc. Inf.

Associée-chef de recherche en sciences infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Lisa Ye, inf. aut., M. Sc. Inf., ICMC(C)

Ex-associée de recherche en sciences infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Irmajean Bajnok, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D.

Ancienne directrice, du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Julie Blain-McLeod, inf. aut., B. Sc. Inf., M. A.

Associée de recherche en sciences infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Valerie Grdisa, inf. aut., M.Sc., Ph. D.

Directrice, du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Nafsin Nizum, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf.

Associée de recherche en sciences infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Michelle Rey, M.Sc., Ph. D.

Directrice associée, Élaboration des lignes directrices
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Gurjit Toor, AI, M. en santé publique

Analyste de la qualité des données
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Groupe d'experts des directives sur les pratiques d'excellence de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAO)

Lisa Cicutto inf. aut., Ph. D., infirmière praticienne en soins actifs, CAE
Coprésidente du comité d'experts
Directrice, approche et recherche communautaires
National Jewish Health
Directrice, Programme d'études supérieures en sciences cliniques
College of Nursing and Colorado School of Public Health,
University of Colorado Denver
Denver (Colorado)

Delanya Podgers, inf. aut. (cat. spéc.),
M. Sc. inf., B. Sc., CRE
Coprésidente du comité d'experts
Infirmière praticienne, asthme et MPOC
Hôpital général de Kingston
Kingston (Ontario)

Ann Bartlett, inf. aut., B. Sc. Inf., CRE
Infirmière clinicienne spécialisée, Firestone Institute for
Respiratory Health
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Professeure clinique adjointe, Université McMaster
Hamilton (Ontario)

JoAnn Carey, inf. aut.
infirmière-chef du service des urgences (représentante de
l'AIAO)
Système de santé de Niagara
Niagara Falls (Ontario)

Julie Duff Cloutier, inf. aut., M. Sc., CAE
Étudiante au doctorat
Professeur adjoint
École de soins infirmiers, l'Université Laurentienne
Sudbury (Ontario)

Kirsten Edwards, inf. aux. aut.
Infirmière soignante
Michael Garron Hospital
Toronto (Ontario)

Maryse Larose, physiothérapeute, B. Sc.,
M. Sc. (physiothérapie), CRE
Physiothérapeute/gestionnaire de cas
(octobre 2015 à août 2016)
Horizon Santé-Nord, Réhabilitation pulmonaire et clinique
de l'asthme pour adultes
Étudiante en médecine, promotion 2020
École de médecine du Nord de l'Ontario
(septembre 2016 à aujourd'hui) Sudbury (Ontario)

Meeran Manji, inf. aut., CRE
Infirmière coordinatrice, clinique de réadaptation
pulmonaire Hôpital Toronto Western Réseau universitaire
de santé Toronto (Ontario)

Elizabeth McGroarty, inf. aut., COHN, CHRM
Coordonnatrice du projet sur l'asthme lié au travail
Association pulmonaire de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Christine Miller, MSP, B. Ed., IP-SSP, CRE
Infirmière praticienne, soins de santé primaires Lakehead
Nurse Practitioner Led Clinic Thunder Bay (Ontario)

Tim Pauley, M. Sc.
Directeur, recherche et évaluation
Centre de soins de santé West Park
Directeur, recherche et mobilisation des connaissances
Toronto Central Community Care Access Centre Toronto
(Ontario)

Gemma Styling, B. A., thérapeute respiratoire
autorisée, CRE, KTPC
Coordonnatrice provinciale, Programme de soins
primaires pour la prise en charge de l'asthme
L'Association pulmonaire – Ontario
Toronto (Ontario)

Pamela Wilton, inf. aut., CRE
Infirmière soignante
The Asthma Centre, St. Joseph's Health Care London
London (Ontario)

Des déclarations d'intérêt qui pourraient être interprétées comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et ces derniers ont été invités à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. On a demandé des renseignements sur les intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé.

On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



Remerciements aux intervenants

À titre de participant au processus d'élaboration des lignes directrices, l'AIIAO s'est engagée à obtenir des commentaires d'infirmières qui jouent une multitude de rôles dans un vaste éventail de milieux de pratique, d'administrateurs bien informés, de bailleurs de fonds des services de santé et d'associations d'intervenants^G. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue*. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice :

Ashleigh Davis, inf. aut., B. Sc. Inf.

Infirmière autorisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Jane Donohue, inf. aut., CRE

Chef d'équipe des soins primaires
Algonquin Family Health Team
Huntsville (Ontario)

Shilpa Dogra, Ph. D.

Professeure adjointe
Institut de technologie de l'Université de l'Ontario
Oshawa (Ontario)

Melanie George thérapeute respiratoire autorisée, CRE

Laboratoire de la fonction pulmonaire
St. Joseph's Health Care de London
London (Ontario)

Alana Halfpenny, B. Spéc. Sc. Inf., IP-SSP, M. Sc. inf.

Infirmière praticienne
CSC de West Lambton
Sarnia (Ontario)

Ashley Skiffington, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Ed.(c)

Instructrice en soins infirmiers
Collège Fanshawe
London (Ontario)

Anthony Le Fuentes, candidat au titre d'inf. aut.

Étudiant
Université Nipissing
North Bay (Ontario)

Madeline Logan-John-Baptiste, inf. aut., B. Sc. Inf., M.B.A.(c), CSU(c)

Gestionnaire des soins aux patients
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

M. Diane Lougheed, M.D., M. Sc., FRCPC

Professeure
Département de médecine, Université Queen's
Kingston (Ontario)

Ana MacPherson, thérapeute respiratoire autorisée, CRE, ECT, M. Sc. A.

Coordinateur clinique, maillon santé
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Andrew McLachlin

Thérapeute respiratoire autorisé
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Elizabeth McMurray, inf. aut., B. Sc. Inf.

Consultante en pratique professionnelle
St. Joseph's Health Care de London
London (Ontario)

Dilshad Moosa, B. Sc., M. Sc. A., thérapeute respiratoire autorisée, CRE

Responsable nationale de la formation professionnelle (respiratoire)
AstraZeneca
Toronto (Ontario)

Jessica Schooley, inf. aut., CRE

inf. aut., enseignante respiratoire certifiée
Hôpital général de Kingston, Programme de soins primaires de prise en charge de l'asthme
Kingston (Ontario)

Michelle Tew, inf. aut., B. Sc. inf., DOHS, COHN(C)

Infirmière en santé au travail

Cliniques de santé au travail pour les travailleurs de l'Ontario Hamilton (Ontario)

* Les réviseurs intervenants sont des personnes qui possèdent des compétences dans le sujet traité par la ligne directrice, sont des représentants d'organismes qui participent à la mise en œuvre de la ligne directrice ou qui sont touchés par cette mise en œuvre. Les réviseurs peuvent être des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé au point de service, des infirmières de direction, des administrateurs, des experts en recherche, des membres d'une équipe pluridisciplinaire, des enseignants, des étudiants en sciences infirmières ou des patients qui souffrent ou ont souffert d'asthme. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue de spécialistes qui représentent une diversité de secteurs de santé, de rôles dans la profession infirmière et d'autres milieux professionnels (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'éducation et les politiques) et de régions géographiques.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Première méthode : les intervenants sont recrutés au moyen d'un appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO (<https://RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder>). Des personnes et des organismes possédant des compétences dans le domaine du sujet traité par la ligne directrice sont ensuite repérés par l'équipe d'élaboration de la ligne directrice et le comité d'experts de l'AIIAO. Ces personnes et ces organismes sont alors invités directement à participer à la révision.

On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Ils sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- L'examen des données à l'appui est-il exhaustif et ces données corroborent-elles la recommandation?

Le sondage offre aussi l'occasion pour les intervenants d'inclure des commentaires pour chaque section de la ligne directrice.

Les réponses au sondage sont compilées et les commentaires, résumés par l'équipe d'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO. L'équipe d'élaboration et le comité d'experts de l'AIIAO examinent et prennent en considération tous les commentaires et, au besoin, modifient le contenu de la ligne directrice ainsi que les recommandations avant la publication de façon à tenir compte des commentaires reçus.

Les réviseurs intervenants ont consenti à la publication de leurs noms et coordonnées dans la présente Ligne directrice.

Contexte

Qu'est-ce que l'asthme?

L'asthme est la maladie respiratoire chronique la plus répandue au Canada (Gershon, Wang, Cicutto et To, 2007). Selon Statistique Canada, en 2014, 910 054 Ontariens et environ 2,4 millions de Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme par un fournisseur de soins de santé (Statistique Canada, 2014). À l'échelle internationale, on estime que 300 millions de personnes sont touchées par l'asthme, et la prévalence de l'asthme a notamment augmenté au cours des 40 dernières années (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2007). En plus d'avoir des répercussions significatives sur la qualité de vie liée à la santé des personnes, l'asthme est associé à des coûts directs (par exemple, hospitalisations et médicaments) et indirects (par exemple, absentéisme au travail ou à l'école) pour la société (Bahadori et coll., 2009).

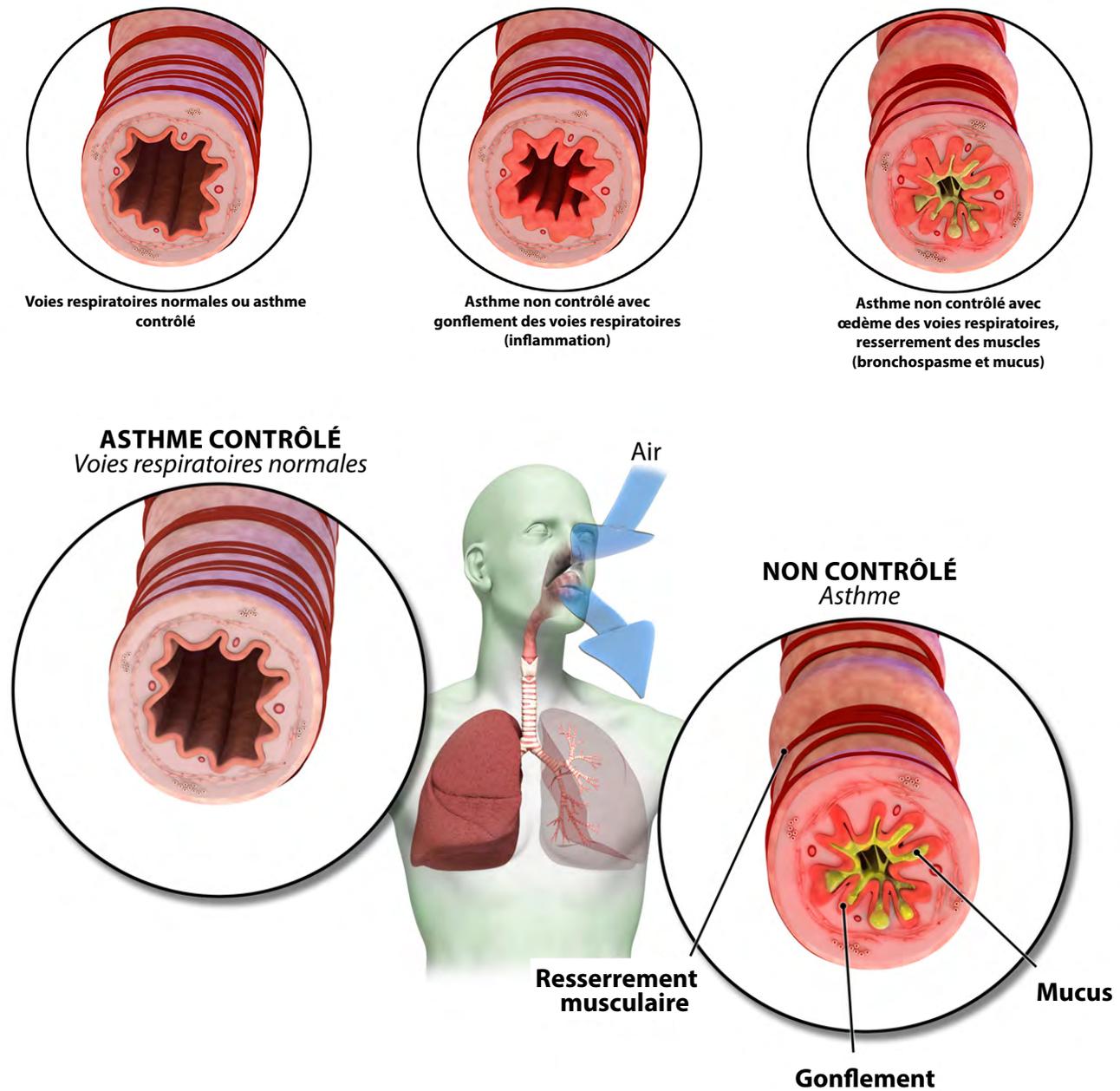
Ces lignes directrices adoptent la définition de l'asthme de la *Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société canadienne de thoracologie*. L'asthme est défini comme « trouble inflammatoire des voies aériennes caractérisé par des symptômes^G paroxystiques ou persistants, comme la dyspnée^G, la gêne respiratoire, la respiration sifflante, la production d'expectorations et la toux, qui s'associent à des restrictions variables des voies aériennes et à une hyperréactivité^G des voies respiratoires aux stimuli endogènes ou exogènes » (Lougheed et coll., 2012, p. 2). Bien que la cause exacte de l'asthme n'ait pas été bien établie (National Institutes of Health [NIH], 2007), on pense généralement que l'asthme se développe à la suite d'une interaction gène-environnement (GINA, 2015). Les facteurs que l'on croit impliqués dans le développement de l'asthme comprennent la génétique (c.-à-d. avoir des antécédents familiaux d'asthme ou des antécédents personnels ou familiaux d'atopie^G), l'exposition à la fumée de tabac (p. ex. les enfants dont la mère a fumé pendant la grossesse sont plus susceptibles de développer de l'asthme), l'exposition à la pollution de l'air extérieur et les expositions professionnelles (GINA, 2015; NIH, 2007; AIAO, 2004a; Association pulmonaire de l'Ontario [APO], 2015b).

La physiopathologie sous-jacente de l'asthme est l'interaction entre l'inflammation des voies respiratoires, l'hyperréactivité des voies respiratoires et le rétrécissement des voies respiratoires (NIH, 2007). L'*hyperréactivité* désigne la tendance du muscle lisse des voies respiratoires des personnes asthmatiques à se contracter plus intensément en réponse à un stimulus ou à un déclencheur^G donné que le muscle lisse des voies respiratoires des personnes non asthmatiques (NIH, 2007). Pour une liste des déclencheurs courants, voir l'**annexe E**. Il est important de noter que certaines personnes asthmatiques ne réagissent qu'à un seul déclencheur, tandis que d'autres réagissent à plusieurs. En outre, les déclencheurs et les seuils d'exposition d'une personne changent avec le temps (AIAO, 2004a, 2007a).

Le rétrécissement des voies respiratoires est le résultat de l'inflammation des voies respiratoires, de la contraction des muscles lisses des voies respiratoires (c'est-à-dire le bronchospasme^G) et de l'excès de mucus. L'*inflammation des voies respiratoires* et l'*hyperréactivité des voies respiratoires* sont directement liées. Plus le degré d'inflammation des voies respiratoires est élevé, plus les voies respiratoires de la personne seront hyperréactives (ou « nerveuses »); ainsi, le degré d'hyperréactivité change avec le niveau d'inflammation des voies respiratoires. Par exemple, les personnes qui peuvent habituellement suivre un cours d'exercice sans ressentir de symptômes d'asthme (par exemple, toux, difficultés respiratoires) peuvent ressentir de tels symptômes lorsqu'elles ont un rhume et que leur asthme n'est pas contrôlé.

Il est important de comprendre la physiopathologie de l'asthme, car elle oriente la pharmacothérapie et les approches de prise en charge. La **figure 1** illustre les voies respiratoires normales ou avec asthme contrôlé et celles avec asthme non contrôlé.

Figure 1 : Physiopathologie des voies respiratoires avec asthme contrôlé par rapport à celles avec asthme non contrôlé



Source : Créé par L. Cicutto et B. Jacobson au National Jewish Health. Réimpression autorisée.

Diagnostic de l'asthme

Selon la *Mise à jour des lignes directrices 2012 de la SCT*, l'« asthme est diagnostiqué par l'association d'antécédents cliniques compatibles [...] et de mesures objectives de la fonction pulmonaire » (Lougheed et coll., 2012, p. 158); les critères compatibles de la fonction pulmonaire à l'appui d'un diagnostic d'asthme sont énumérés dans le **tableau 1** (dans la **recommandation 1.1**). Bien que le diagnostic de l'asthme ne fasse pas partie du champ d'exercice actuel des infirmières autorisées¹ ni des infirmières auxiliaires autorisées en Ontario (*Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*), il est important que les infirmières comprennent comment un diagnostic d'asthme (tel que défini par la SCT) est posé par le membre approprié de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé. Les infirmières qui constatent une incertitude quant au diagnostic d'asthme (c.-à-d. si la personne répond ou non aux critères de diagnostic de la SCT) devraient communiquer avec le fournisseur de soins de santé approprié afin d'assurer un suivi adéquat pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Prendre le contrôle de l'asthme

L'objectif principal du traitement de l'asthme est d'aider les personnes asthmatiques à prendre et à conserver le contrôle de leur maladie pour améliorer ainsi leur état de santé et leur qualité de vie. Il est important que les infirmières mettent l'accent sur le *contrôle* de l'asthme plutôt que sur sa *sévérité*^G lorsqu'elles procèdent à des évaluations, car la classification de l'asthme en termes de sévérité peut être trompeuse (AIIAO, 2007a). La gravité fait référence à l'intensité intrinsèque du processus pathologique de l'asthme (NIH, 2007). Les exacerbations de l'asthme mettant la vie en danger peuvent survenir chez *toutes* les personnes asthmatiques, que l'asthme soit « léger » ou « sévère » (AIIAO, 2007a).

Les exacerbations^G de l'asthme peuvent être marquées par un début lent avec une perte progressive de la maîtrise de l'asthme, ou peuvent survenir soudainement sous la forme d'exacerbations graves et potentiellement mortelles (AIIAO, 2004a, 2007a). Selon Statistique Canada, 228 personnes sont décédées des suites de l'asthme en 2009; dans la majorité des cas, l'asthme de la victime présentait des signes de non-contrôle et aurait pu être traité (Statistique Canada, 2009). L'évaluation du contrôle de l'asthme est essentielle pour orienter les soins de l'asthme. La meilleure façon d'aider à prévenir les décès dus à l'asthme est d'aider les personnes à contrôler leur maladie, quelle que soit sa gravité (AIIAO, 2007a). Comme mentionné, cette ligne directrice adopte les paramètres de la SCT pour définir le contrôle de l'asthme (Lougheed et coll., 2012). Voir dans le **tableau 2** (sous la **recommandation 1.2a**) les critères de contrôle de l'asthme et les points de coupure associés pour déterminer le contrôle de l'asthme selon la SCT.

Malgré les progrès réalisés dans le traitement de l'asthme, l'asthme non contrôlé demeure un problème au Canada et à l'échelle internationale (GINA, 2015; McIvor, Boulet, FitzGerald, Zimmerman et Chapman, 2007; Sadatsafavi et coll., 2010). Une étude nationale canadienne réalisée par McIvor et coll. (2007) a conclu que 53 % des personnes asthmatiques avaient un asthme mal contrôlé, et que ce chiffre était resté relativement inchangé depuis la précédente enquête de 1999. Une récente enquête nationale canadienne sur le contrôle de l'asthme, commandée par l'Association pulmonaire (2016a), a révélé que si 93 % des Canadiens asthmatiques *pensaient* que leur asthme était contrôlé, seul 1 Canadien sur 10 avait effectivement son asthme « contrôlé » selon la définition de contrôle de la SCT.

Obstacles au contrôle

Les obstacles au contrôle de l'asthme déterminés par l'Association pulmonaire (2016a) comprennent la perception qu'ont les personnes de la gravité de leur asthme, ainsi que des considérations comportementales et financières. Par exemple, 14 % des Canadiens atteints d'asthme ne prennent pas leurs médicaments comme prescrits, et 11 % de ce chiffre cite le coût comme raison (Association pulmonaire, 2016a). Il est essentiel de comprendre comment utiliser correctement les médicaments et de les

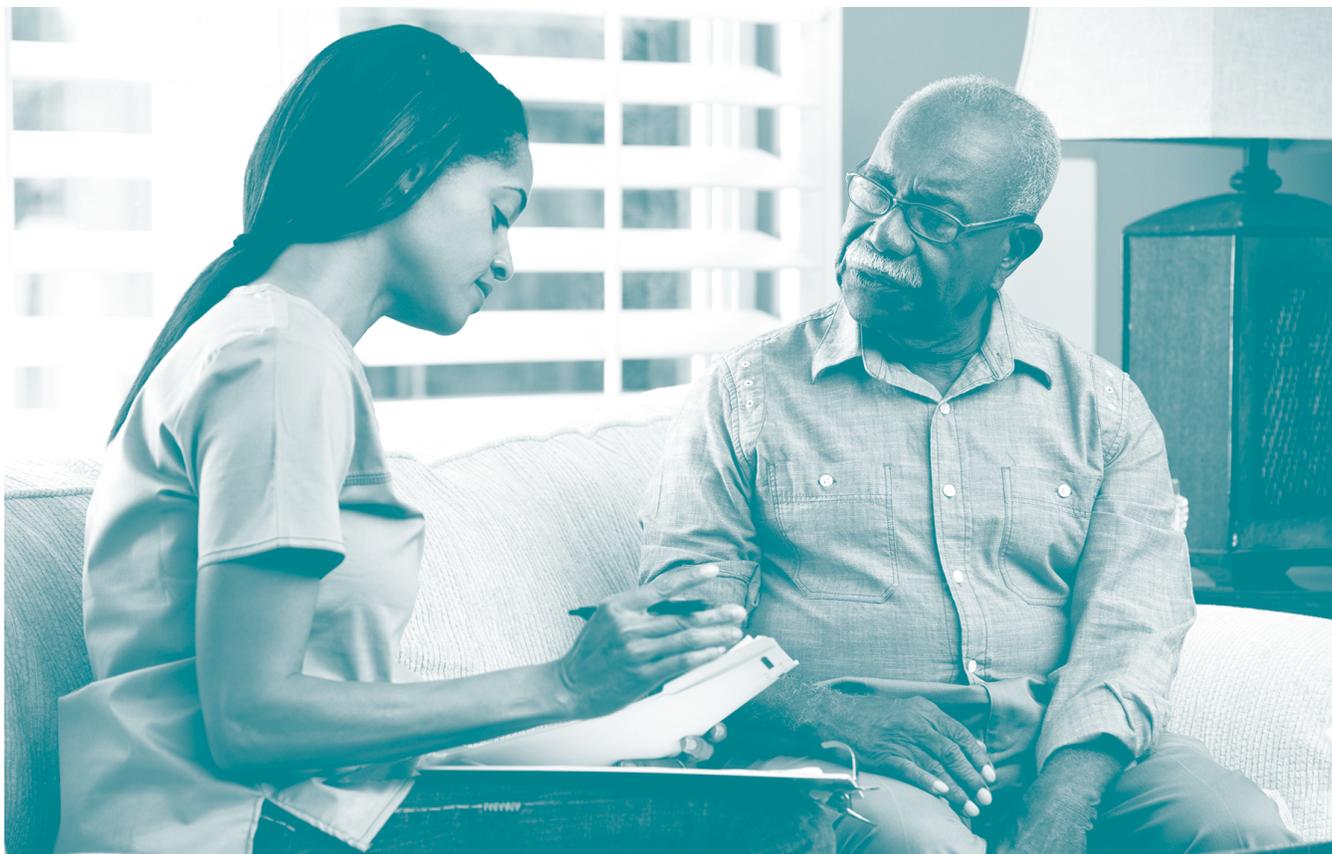
¹ Le 23 février 2017, le ministre Hoskins a annoncé qu'il allait introduire des changements dans la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*. Une fois adoptés, ces changements élargiraient le champ d'activité du personnel infirmier autorisé pour y inclure la communication de diagnostics et la prescription de médicaments. À la suite des modifications apportées à la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) travaillera en étroite collaboration avec le gouvernement afin de créer des règlements pour le champ d'exercice élargi du personnel infirmier. Ce n'est qu'une fois que les règlements de l'OIIO auront été approuvés par le gouvernement de l'Ontario qu'il deviendra légal pour le personnel infirmier d'exercer ces activités de façon indépendante.

prendre tels qu'ils ont été prescrits pour parvenir à maîtriser l'asthme. Par exemple, une étude a révélé que, par rapport aux personnes dont l'asthme est contrôlé, les personnes dont l'asthme n'est pas contrôlé étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir changé leur médicament de contrôle^G en réponse à des symptômes sans consulter un fournisseur de soins de santé (31 % contre 18 %) (FitzGerald, Boulet, McIvor, Zimmerman et Chapman, 2006). La même étude a révélé que certaines personnes asthmatiques cessaient d'utiliser leur traitement d'entretien lorsque leurs symptômes s'amélioraient, ce qui suggère un malentendu quant à l'importance d'un traitement d'entretien quotidien pour parvenir à contrôler l'asthme (FitzGerald et coll., 2006).

Les résultats sur le contrôle de l'asthme soulignés ci-dessus mettent en évidence l'écart entre ce qui est réalisable par la fourniture de soins de l'asthme fondés sur des données probantes et la situation actuelle des soins de l'asthme. Il est important de déterminer et de combler cette lacune, car les personnes dont l'asthme n'est pas contrôlé ont une moins bonne qualité de vie et un taux d'utilisation des soins de santé plus élevé (Bahadori et coll., 2009; McIvor et coll., 2007; Sadatsafavi et coll., 2010) que celles dont l'asthme est contrôlé. Une étude menée par Sadatsafavi et ses collègues (2010) en Colombie-Britannique a révélé que les 63,5 % de patients souffrant d'asthme non contrôlé étaient responsables de 94 % de l'utilisation des ressources liées à l'asthme.

Rôle du personnel infirmier dans la lutte contre l'asthme

Le personnel infirmier prend soin des personnes asthmatiques dans une multitude de contextes et est dans une position unique pour promouvoir le contrôle de l'asthme. Les soins de l'asthme fondés sur des données probantes peuvent conduire à un contrôle optimal de l'asthme. Les soins fondés sur des données probantes comprennent l'éducation à l'autogestion^G, la création de plans d'action contre l'asthme^G documentés en collaboration avec les personnes asthmatiques, la promotion de l'utilisation appropriée des médicaments et la coordination des soins de suivi appropriés. L'optimisation du contrôle de l'asthme peut améliorer la qualité de vie de la personne asthmatique et réduire les visites de soins de santé urgents et très urgents et les coûts des soins de santé (AIIAO, 2004a, 2007a).



Recommandations relatives à la pratique

1.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 1.1 :

Lors de la première rencontre, identifier les adultes ayant un diagnostic d'asthme en examinant le dossier médical pour trouver un diagnostic d'asthme établi, étayé par l'utilisation de mesures objectives de la fonction pulmonaire, ainsi qu'en posant deux questions :

1. Un fournisseur de soins de santé vous a-t-il déjà dit que vous étiez asthmatique?
2. Avez-vous déjà utilisé un inhalateur ou un médicament contre l'asthme pour des problèmes respiratoires?

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Il est important de déterminer si une personne est affectée par l'asthme afin de déterminer quelles personnes ont besoin de soins pour cette maladie. Il s'agit également d'une étape préliminaire à l'évaluation ultérieure, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un plan de soins de l'asthme.

L'examen du dossier médical de la personne pour vérifier la documentation antérieure d'un diagnostic établi d'asthme, idéalement appuyé par des mesures objectives de la fonction pulmonaire, peut permettre de déterminer si un diagnostic d'asthme a été documenté et transmis à la personne. Pour les critères de la fonction pulmonaire permettant de confirmer le diagnostic d'asthme, veuillez consulter le **tableau 1**. Bien que le diagnostic de l'asthme ne fasse pas partie du champ d'exercice actuel des infirmières autorisées ou des infirmières auxiliaires autorisées en Ontario (*Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*), il est important que le personnel infirmier comprenne comment un diagnostic d'asthme est établi.

Si l'examen du dossier médical de la personne n'est pas possible en raison du cadre de pratique (par exemple, lors d'une visite à domicile), le comité d'experts recommande que l'infirmière ou l'infirmier pose les deux questions suivantes à la personne :

1. Un fournisseur de soins de santé vous a-t-il déjà dit que vous étiez asthmatique?
2. Avez-vous déjà utilisé un inhalateur ou un médicament contre l'asthme pour des problèmes respiratoires?

Une réponse « oui » à la deuxième question devrait entraîner une enquête de suivi afin de déterminer quels médicaments ont été prescrits et la réaction de la personne à ces médicaments. Il s'agit notamment de demander si la personne a connu un soulagement temporaire de ses problèmes respiratoires en utilisant un médicament de soulagement de l'asthme^G, et/ou si l'utilisation d'un médicament de contrôle de l'asthme sur plusieurs jours ou semaines a entraîné un soulagement progressif des problèmes respiratoires.

Une réponse « oui » à l'une ou l'autre de ces deux questions devrait inciter l'infirmière ou l'infirmier à poursuivre les recommandations ultérieures d'évaluation de l'asthme (comme indiqué ci-dessous) lors de la rencontre clinique. Toutefois, si une personne déclare utiliser des médicaments contre l'asthme sans que le diagnostic d'asthme soit confirmé, il est recommandé que l'infirmière ou l'infirmier se mette en rapport avec l'équipe interprofessionnelle de soins de santé pour assurer un suivi approprié afin de confirmer le diagnostic d'asthme.

Tableau 1 : Diagnostic de l'asthme : Critères de la fonction pulmonaire

MESURE DE LA FONCTION PULMONAIRE	ENFANTS (À PARTIR DE 6 ANS)	ADULTES
Privilegié : Spirométrie montrant une obstruction réversible des voies respiratoires Réduction du VEMS ₁ /CVF ET Augmentation du VEMS ₁ après un bronchodilatateur ou après un traitement d'entretien	Inférieur à la limite inférieure de la normale selon l'âge, le sexe, la taille et l'origine ethnique (< 0,8-0,9)* ET ≥ 12 %	Inférieur à la limite inférieure de la normale selon l'âge, le sexe, la taille et l'origine ethnique (< 0,75-0,8)* ET ≥ 12 % (et un minimum de ≥ 200 mL)
Autre : Variabilité du débit expiratoire de pointe Augmentation après un traitement par bronchodilatateur ou après un traitement d'entretien OU Variation diurne [†]	≥ 20 % OU Non recommandé	60 L/min (minimum de ≥ 20 %) OU > 8 % d'après des relevés biquotidiens; > 20 % d'après plusieurs relevés quotidiens
Autre : Test de provocation positif Provocation à la méthacholine OU Épreuve d'effort	PC ₂₀ < 4 mg/mL (de 4 mg/mL à 16 mg/mL est un résultat limite; > 16 mg/mL est un résultat négatif) OU ≥ de 10 % à 15 % de diminution du VEMS ₁ après l'effort	

* Limites inférieures approximatives des ratios normaux pour les enfants et les adultes; [†] Différence entre la valeur minimale matinale avant bronchodilatateur en 1 semaine et la valeur maximale nocturne en % du maximum récent. VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde; CVF : Capacité vitale forcée; PC₂₀ : Concentration provocatrice de méthacholine produisant une chute de 20 % du VEMS.

Source : Réimprimé à partir de « Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum-2010 Consensus Summary for Children Six Years of Age and Over, and Adults », par M. D. Lougheed et coll., 2010, *Canadian Respiratory Journal*, 17(1), 15-24. Réimpression autorisée.

Remarque : Il est important de noter que les questions de l'évaluation initiale utilisées pour identifier les personnes asthmatiques peuvent également identifier les personnes atteintes de MPOC et qu'elles *ne sont pas* destinées à diagnostiquer ni à différencier les deux conditions. L'établissement d'un diagnostic de MPOC et/ou d'asthme nécessite un test de la fonction pulmonaire et ne peut se fonder uniquement sur les antécédents médicaux. L'asthme et la MPOC peuvent se présenter de manière similaire en termes de symptômes (toux, dyspnée, essoufflement) et de médicaments utilisés pour les traiter (bronchodilatateurs^G et corticostéroïdes^G). Un diagnostic d'asthme et/ou de MPOC doit être posé par un fournisseur de soins de santé approprié.

RECOMMANDATION 1.2a :

Chaque rencontre, évaluez le niveau actuel de contrôle de l'asthme de la personne selon les critères suivants :

- besoin d'un bêta₂-agoniste à action rapide < 4 doses/semaine (y compris pour l'exercice);
- symptômes diurnes < 4 jours/semaine;
- symptômes nocturnes < 1 nuit/semaine;
- niveaux d'activité physique normaux;
- exacerbations légères et peu fréquentes;
- aucune absence au travail ni à l'école;
- volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) ou débit expiratoire de pointe (DEP) ≥ 90 % du meilleur résultat personnel*‡;
- variation diurne du DEP < 10 à 15 %*‡;
- éosinophiles dans le crachat < 2 à 3 %*.

* Indique des renseignements objectifs importants pour une évaluation complète du contrôle de l'asthme, mais qui peuvent ne pas être disponibles.

‡ Exécution et interprétation dans le cadre du champ d'exercice des fournisseurs de soins de santé (y compris les connaissances et les compétences appropriées) et en conformité avec les politiques et procédures de l'organisation.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

L'objectif de la prise en charge de l'asthme^G est de parvenir à contrôler l'asthme (Lougheed et coll., 2012). Par conséquent, l'évaluation du contrôle de l'asthme d'une personne lors de chaque rencontre est cruciale, car elle guidera les décisions de gestion clinique concernant la prestation des soins de l'asthme (Lougheed et coll., 2012). Le contrôle de l'asthme est défini comme la mesure dans laquelle les symptômes, les déficiences fonctionnelles et les risques d'événements indésirables sont observés chez la personne asthmatique ou ont été minimisés par la prise en charge et le traitement (GINA, 2015; NIH, 2007).

Les infirmières doivent procéder à une évaluation complète du contrôle de l'asthme lors de chaque rencontre, en tenant compte de leur champ d'exercice et du contexte clinique. Les infirmières doivent connaître l'ensemble des critères de contrôle de l'asthme pour assurer une liaison efficace avec l'équipe soignante interprofessionnelle et établir un plan de soins.

L'évaluation de la maîtrise de l'asthme est multidimensionnelle et ne peut être saisie par une seule question ou mesure (Halbert, Tinkelman, Globe et Lin, 2009). Les lignes directrices nationales et internationales diffèrent quant à la fréquence ou à la valeur appliquée aux critères utilisés pour déterminer le contrôle de l'asthme (GINA, 2015; Lougheed et coll., 2012; NIH, 2007; Veterans Affairs/Department of Defense, 2009). Conformément aux pratiques canadiennes, le comité d'experts a adopté les critères de contrôle de l'asthme énoncés dans la *Mise à jour des lignes directrices 2012 de la SCT* (Lougheed et coll., 2012; voir le **tableau 2**).

Pour évaluer le contrôle des symptômes de l'asthme d'une personne, il faut examiner les éléments suivants au cours de la semaine écoulée :

- le besoin d'un bêta₂-agoniste à action rapide^G;
- la fréquence des symptômes diurnes et nocturnes;

- le niveau d'activité physique de la personne;
- toute absence au travail ou à l'école.

L'utilisation d'un médicament de secours pour prévenir ou traiter les symptômes induits par l'exercice doit être incluse dans le décompte des doses lors de l'évaluation du critère « besoin d'un bêta₂-agoniste à action rapide » (Lougheed et coll., 2010). Les critères de l'*activité physique* et des *exacerbations* ne sont pas associés à des seuils numériques, mais plutôt aux critères qualitatifs « normal » et « léger, peu fréquent », respectivement. Il est important d'axer l'évaluation de la maîtrise de l'asthme sur le fait que l'activité physique des personnes est ou non affectée par leurs symptômes d'asthme : autrement dit, modifient-elles leur comportement en raison de leur maladie? Par exemple, évitent-ils de faire de l'exercice en raison de symptômes d'asthme perçus ou ressentis, ou évitent-ils de pratiquer le type ou le niveau d'activité qu'ils souhaitent? Si l'activité physique d'une personne est interrompue ou modifiée en raison de l'asthme, le critère de « niveau d'activité physique normal » n'est pas rempli.

Le critère des exacerbations de l'asthme permet d'évaluer le contrôle actuel de l'asthme de la personne, ainsi que le risque de morbidité de l'asthme dans le futur. Par exemple, une personne qui a eu plusieurs exacerbations de l'asthme au cours de l'année écoulée est plus susceptible de subir une exacerbation future qu'une personne qui n'a eu qu'une seule ou aucune exacerbation de l'asthme. Si, au moment de l'évaluation, la personne présente une exacerbation nécessitant une visite en soins aigus, cela indique que son asthme n'est pas contrôlé (Lougheed et coll., 2010). Pour de plus amples renseignements sur l'évaluation du contrôle des symptômes de l'asthme, voir l'**annexe D**.

L'évaluation du contrôle de l'asthme d'une personne nécessite une compréhension de son expérience de la maladie, ainsi que des mesures objectives. La mesure objective privilégiée pour évaluer le contrôle de l'asthme est la spirométrie^G (Lougheed et coll., 2010), qui mesure les débits afin de déterminer le critère de contrôle de l'asthme que constitue le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS)^G (Lougheed et coll., 2010). Une étude observationnelle de qualité modérée a révélé que la spirométrie était un marqueur utile du contrôle de l'asthme chez les personnes asthmatiques (Manoharan, Anderson, Lipworth et Lipworth, 2015). Lorsque la spirométrie n'est pas disponible, le débit expiratoire de pointe (DEP)^G est une solution de rechange appropriée (Lougheed et coll., 2010).

D'autres évaluations objectives de la maîtrise de l'asthme sont la variation diurne du DEP et la numération des éosinophiles^G dans les expectorations. La numération des éosinophiles dans les expectorations et la spirométrie ne sont pas disponibles dans tous les établissements de soins de santé; de plus, elles ne doivent être commandées, réalisées et interprétées que par les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé qui possèdent les connaissances et les compétences appropriées et qui exercent dans le cadre de leur champ d'exercice professionnel (OIIO, 2009b; *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*). Dans ce contexte, le membre du personnel infirmier communiquerait avec les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé pour déterminer la nécessité de ces mesures objectives et pour obtenir les résultats, qui serviront à l'évaluation du contrôle de l'asthme.

Si l'un des critères de contrôle dépasse la fréquence ou la valeur décrite, la personne n'a pas réussi à contrôler son asthme. Les facteurs qui peuvent conduire à un asthme non contrôlé doivent être examinés en collaboration avec la personne et l'équipe soignante interprofessionnelle, et les raisons potentielles de l'asthme non contrôlé doivent être abordées dans le cadre d'un plan de soins complet.

Tableau 2 : Critères de contrôle de l'asthme

CARACTÉRISTIQUE	FRÉQUENCE OU VALEUR
Symptômes de jour	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
Activité physique	Normal
Exacerbations	Légère, peu fréquente
Absence du travail ou de l'école en raison de l'asthme	Rien
Besoin d'un bêta ₂ -agoniste à action rapide	< 4 doses/semaine
VEMS ou DEP	≥ 90 % du meilleur résultat personnel
Variation diurne du DEP*	< 10 % à 15 %
Éosinophiles dans l'expectoration [†]	< 2 % à 3 %

* La variation diurne est calculée comme le débit expiratoire de pointe (DEP) le plus élevé moins le débit de pointe le plus bas, divisé par le débit de pointe le plus élevé, multiplié par 100 pour le matin et la nuit (déterminé sur une période de deux semaines). [†] À envisager chez les adultes présentant un asthme modéré à sévère non contrôlé et évalués dans des centres spécialisés. VEMS : volume expiratoire maximal par seconde. Adapté de la référence 4.

Source : Réimprimé de « Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société : le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes », par M. D. Loughheed et coll., 2012, *Revue canadienne de pneumologie*, 19(2), p. 127-164. Réimpression autorisée.

RECOMMANDATION 1.2b :

Pour les adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé, déterminez si la personne souffre actuellement d'une exacerbation de l'asthme et, le cas échéant, la gravité et la nécessité d'une attention médicale urgente.

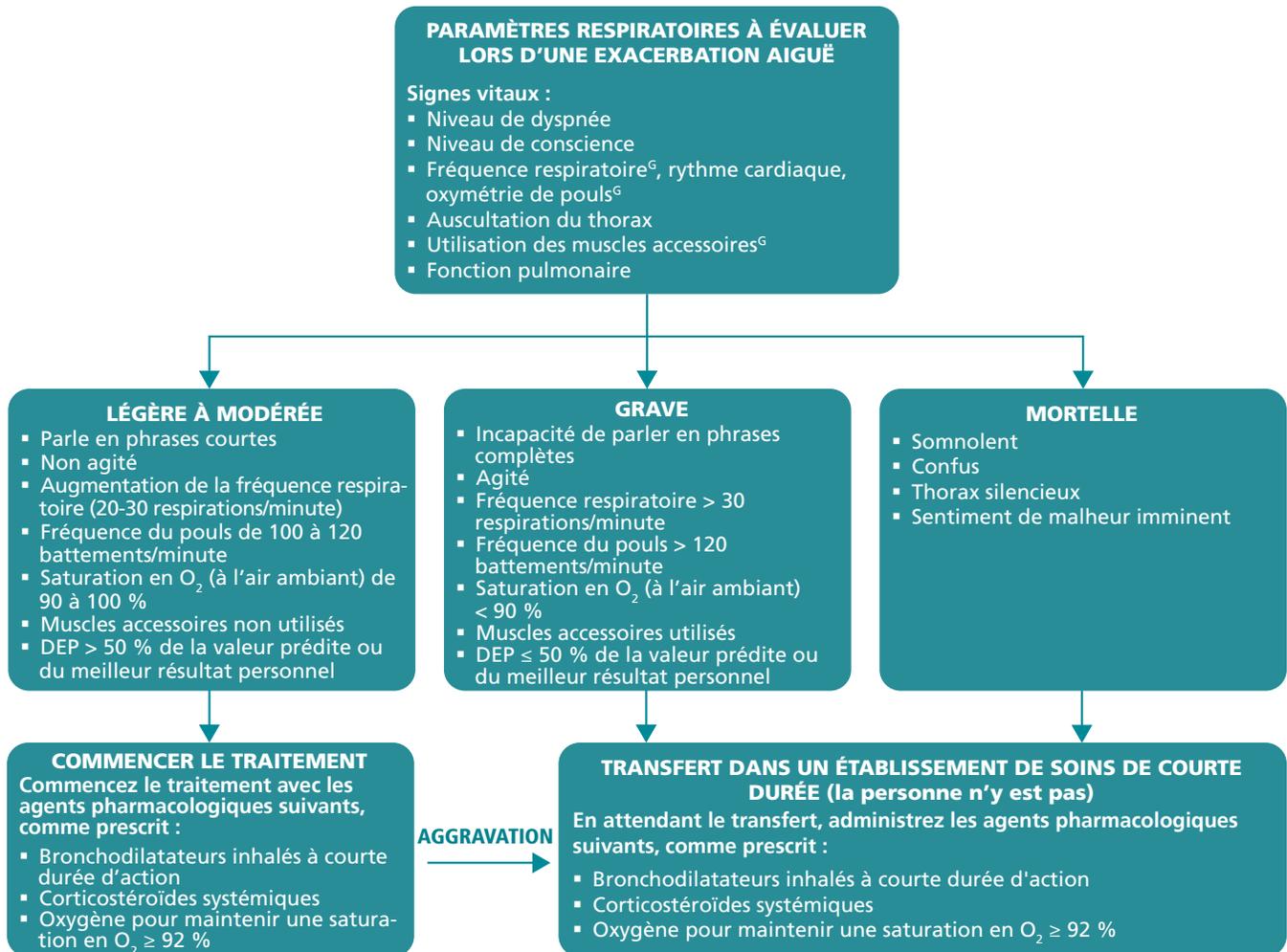
Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Le fait que l'asthme d'une personne ne soit pas contrôlé ne signifie pas nécessairement qu'elle est en train de vivre une exacerbation de l'asthme. Cependant, par définition, si une personne subit une exacerbation de son asthme, c'est que son asthme n'est pas contrôlé. Une *exacerbation de l'asthme* est un épisode aigu d'aggravation des symptômes de l'asthme, notamment l'essoufflement, la respiration sifflante, la toux et l'oppression thoracique. Dans les mesures objectives de la fonction pulmonaire, les exacerbations sont marquées par des diminutions par rapport aux mesures de base (British Medical Journal, 2016).

Il est essentiel de déterminer si une personne souffre d'une exacerbation de l'asthme, ainsi que la gravité de cette exacerbation, afin de pouvoir lui fournir un traitement et un soutien médical appropriés. La **figure 2** donne un aperçu des paramètres que les infirmières doivent évaluer afin de déterminer si la personne subit une exacerbation de l'asthme, la gravité de l'exacerbation, ainsi que les étapes de prise en charge de l'asthme et l'attention médicale appropriées (GINA, 2015).

Figure 2 : Évaluation et gestion des exacerbations de l'asthme



Élaboration par le comité d'experts de l'AIIAO, 2016.
Source : GINA 2015.

RECOMMANDATION 1.3 :

Chaque rencontre, évaluez le risque d'exacerbation future de l'asthme de la personne selon les critères suivants :

- contrôle actuel de l'asthme;
- exacerbations sévères subies;
- exacerbations nécessitant des corticostéroïdes systémiques;
- recours à des soins d'urgence ou à des hospitalisations pour l'asthme.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

En plus d'évaluer la maîtrise de l'asthme d'une personne lors de chaque consultation, les fournisseurs de soins de santé devraient évaluer le risque d'exacerbation future de l'asthme chez cette personne. Ce point est important, car les personnes dont l'asthme est actuellement contrôlé peuvent encore être exposées à des exacerbations futures. L'identification des personnes présentant un risque élevé d'exacerbation de l'asthme permet d'alerter le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle de soins de santé sur la nécessité d'une surveillance et d'un suivi plus étroits, et de définir le plan de soins, y compris l'éducation à l'autogestion de l'asthme.

Le comité d'experts recommande que l'évaluation du risque d'exacerbation future de l'asthme chez une personne comprenne des critères et des paramètres spécifiques. Les personnes asthmatiques ont un risque *plus élevé* de souffrir d' *exacerbations plus graves à l'avenir* si elles présentent ou ont présenté les éléments suivants :

- asthme actuel non contrôlé (voir la **recommandation 1.2a** pour le contenu de cette évaluation);
- exacerbations sévères $\geq 1/\text{an}$ (GINA, 2015) (voir la **recommandation 1.2b** pour savoir ce qui qualifie une exacerbation sévère);
- exacerbations nécessitant des corticostéroïdes systémiques $\geq 2/\text{an}$ (NIH, 2007);
- visites aux services d'urgence pour l'asthme $\geq 2/\text{an}$ (Cowie, Underwood, Revitt et Field, 2001; NIH, 2007);
- toute hospitalisation pour asthme au cours de l'année écoulée (Adams, Smith et Ruffin, 2000; Eisner, Katz, Yelin, Shiboski et Blanc, 2001; NIH, 2007).

Si l'un des paramètres ci-dessus est présent, la personne a un risque accru de subir une exacerbation de l'asthme.

Plus le nombre de paramètres dépassés est important, plus le risque que la personne subisse une exacerbation sévère à l'avenir est élevé. Par conséquent, une surveillance plus étroite et des soins de suivi réguliers sont nécessaires.

RECOMMANDATION 1.4 :

Chaque rencontre, déterminez les facteurs qui influent sur la complexité de la prise en charge de l'asthme pour la personne, notamment l'âge, le sexe, les habitudes tabagiques, les déterminants sociaux de la santé, les déclencheurs et les comorbidités.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Les recherches laissent penser que certains facteurs modifiables et non modifiables exposent les personnes asthmatiques à un risque accru d'asthme non contrôlé, de qualité de vie réduite et de gravité accrue des exacerbations, ce qui peut affecter la complexité globale de la gestion de l'asthme pour la personne. Ces facteurs de risque comprennent l'âge et le sexe, les habitudes tabagiques, les déterminants sociaux de la santé⁶, les déclencheurs et les comorbidités.

Il est recommandé de procéder à une évaluation complète de ces facteurs de risque lors de la première rencontre. La connaissance de ces facteurs doit guider l'infirmière et l'équipe interprofessionnelle de soins de santé dans l'élaboration d'un plan de soins personnalisé et dans la prise de décisions concernant les interventions spécifiques nécessaires pour favoriser la maîtrise de l'asthme chez la personne concernée. Les évaluations effectuées lors des rencontres ultérieures peuvent être adaptées, le cas échéant. Par exemple, comme les déclencheurs d'asthme d'une personne peuvent changer avec le temps (AIIAO, 2004a, 2007a), un examen complet des déclencheurs d'asthme peut être justifié lorsqu'un changement dans le contrôle de l'asthme est constaté.

Âge et sexe

Plusieurs études observationnelles de qualité méthodologique moyenne à forte ont trouvé une association entre l'âge avancé et un contrôle réduit de l'asthme (Corrado, Renda, Polese et Rossi, 2013; Krasnodebska, Hermanowicz-Salamon, Domagala-Kulawik et Chazan, 2012; Vervloet et coll., 2014), ainsi qu'entre l'âge avancé et une qualité de vie liée à la santé réduite chez les adultes asthmatiques (Gonzalez-Barcala, De La Fuente-Cid, Tafalla, Nuevo et Caamano-Isorna, 2012). Diverses raisons ont été proposées pour expliquer la difficulté accrue à contrôler l'asthme chez les personnes âgées, notamment le déclin de la fonction pulmonaire (GINA, 2015), l'augmentation des comorbidités (Hwang et coll., 2012), la réduction du soutien social (Ross, Yang, Song, Clark et Baptist, 2013) et la diminution des capacités cognitives (O'Connor et coll., 2015). Il est important que les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé évaluent et prennent en compte ces facteurs lorsqu'ils s'occupent de personnes âgées asthmatiques.

Un certain nombre d'études d'observation de qualité méthodologique variable ont également mis en évidence une association entre le sexe et le contrôle de l'asthme. Plus précisément, le fait d'être une femme a été associé à une moins bonne maîtrise de l'asthme (Corrado et coll., 2013; Trzcinska, Zwierzchowska, Kozlowski, Derdowski et Przybylski, 2013; Vervloet et coll., 2014). La relation spécifique et l'effet du sexe et des hormones sexuelles sur l'asthme n'ont pas été bien établis (NIH, 2007).

Tabagisme

Une étude transversale de qualité modérée portant sur l'association entre le tabagisme et les résultats cliniques chez les personnes souffrant d'asthme sévère a révélé que les personnes qui fumaient avaient un moins bon contrôle de l'asthme, un plus grand nombre de visites de soins non programmées, un plus grand nombre de traitements de secours par stéroïdes oraux et des scores d'anxiété et de dépression plus élevés que les ex-fumeurs ou les personnes n'ayant jamais fumé (Thomson et coll., 2013). La relation entre le tabagisme et le mauvais contrôle de l'asthme a été confirmée par plusieurs autres études observationnelles (Ouellet et coll., 2012; Vervloet et coll., 2014; Zaihra, Ernst, Tamblyn et Ahmed, 2015). Pour des conseils sur l'évaluation du statut tabagique et de l'arrêt du tabac, veuillez consulter les LDPE de l'AIIAO *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne* (AIIAO, 2017). Voir aussi la **recommandation 3.1b**.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2017, par. 1), les déterminants sociaux de la santé sont des « conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. » Des études transversales de qualité méthodologique variable ont démontré une relation directe entre d'une part, un statut socioéconomique inférieur et d'autre part un contrôle de l'asthme et une qualité de vie liée à la santé moins bons (Gonzalez-Barcala et coll., 2012; Rajanandh, Nageswari et Ilango, 2014; Vervloet et coll., 2014; Zaihra et coll., 2015). Les mesures du statut socioéconomique comprennent les faibles revenus (Zaihra et coll., 2015), le faible niveau d'éducation (Gonzalez-Barcala et coll., 2012; Rajanandh et coll., 2014) et l'inactivité professionnelle (Vervloet et coll., 2014).

Du point de vue des déterminants sociaux de la santé, l'autogestion de l'asthme peut s'avérer difficile en raison de l'accès limité de certaines personnes aux soins de santé et aux médicaments sur ordonnance (en raison des coûts), de la faiblesse des systèmes de soutien social et/ou des mauvaises conditions de vie quotidienne. Pour une revue des déterminants sociaux de la santé, veuillez consulter la brochure *Déterminants sociaux de la santé* de l'AIIO (2013b).

Les éléments déclencheurs

Les déclencheurs d'asthme peuvent être un facteur important contribuant à une mauvaise maîtrise de l'asthme (Vernon, Wiklund, Bell, Dale et Chapman, 2012). Dans une étude transversale de qualité modérée portant sur l'impact des déclencheurs de l'asthme, les adultes signalant une charge de déclenchement élevée (c'est-à-dire un plus grand nombre de déclencheurs provoquant des symptômes d'asthme) étaient plus susceptibles de déclarer un asthme non contrôlé que ceux dont la charge de déclenchement était faible (Price, Dale, Elder et Chapman, 2014). En outre, les personnes présentant une charge de déclenchement élevée ont connu des exacerbations d'asthme plus graves, davantage d'hospitalisations et davantage de jours d'absence au travail ou aux études (Price et coll., 2014). Pour une liste des déclencheurs courants (y compris les allergènes^G et autres déclencheurs inflammatoires, les irritants^G, et les déclencheurs professionnels), voir l'**annexe E**.

Comorbidités

La prise en charge de l'asthme est compliquée par les conditions de comorbidité (de Sousa et coll., 2013). Une étude transversale de qualité modérée a montré que les personnes dont l'asthme n'était pas contrôlé présentaient davantage de comorbidités que celles dont l'asthme était contrôlé (Krasnodebska et coll., 2012). Plusieurs conditions de comorbidité sont associées à un asthme plus difficile à contrôler, notamment (mais pas exclusivement) ce qui suit :

- apnée obstructive du sommeil^G (Kim et coll., 2013; Teodorescu et coll., 2012);
- reflux gastro-œsophagien^G (RGO) (Hayat, Borekci et Gemicioglu, 2014; Liang, Yi et Feng, 2013);
- rhinite allergique^G (Hayat et coll., 2014);
- obésité^G (Boudreau, Bacon, Ouellet, Jacob et Lavoie, 2014; Ciprandi, Schiavetti, Bellezza Fontana, Sorbello et Ricciardolo, 2014; Maalej et coll., 2012; Vervloet et coll., 2014);
- anxiété (Favreau, Bacon, Labrecque et Lavoie, 2014);
- dépression (Krauskopf et coll., 2013; Mazurek, Knoeller et Moorman, 2012; Ouellet et coll., 2012; Ross et coll., 2013; Trzcinska et coll., 2013);
- allergies mettant la vie en danger, notamment les allergies alimentaires (GINA, 2015).

Le comité d'experts recommande que tous les médicaments, y compris ceux pris pour prendre en charge des affections comorbides, soient documentés et examinés avec l'équipe soignante interprofessionnelle, car certains médicaments peuvent exacerber ou affecter la prise en charge médicale de l'asthme.

Pour une liste des comorbidités associées à une complexité accrue de la prise en charge de l'asthme, voir l'**annexe F**.

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Élaborer un plan d'enseignement sur l'asthme personnalisé et centré sur la personne, qui aborde les points suivants :

- besoins en matière d'apprentissage (Niveau de qualité des données probantes = Ib);
- culture (Niveau de qualité des données probantes = Ib);
- compétence informationnelle en santé (Niveau de qualité des données probantes = IV);
- autonomisation (niveau de qualité des données probantes = IV).

Niveau de qualité des données probantes = Ib, IV

Discussion sur les données probantes :

L'enseignement sur l'asthme s'est avéré efficace pour améliorer le contrôle de l'asthme et les comportements d'autogestion, et constitue donc une composante essentielle de la prise en charge (Axelsson et Lotvall, 2012; Boulet et coll., 2015; Tapp, Lasserson et Rowe, 2013). Des recherches de plus en plus nombreuses permettent de penser que l'enseignement devrait être adapté aux besoins et aux préoccupations de la personne (Axelsson et Lotvall, 2012; Boulet et coll., 2015; Goeman, Jenkins, Crane, Paul et Douglass, 2013). Il est donc recommandé d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer régulièrement un plan d'enseignement sur l'asthme personnalisé et centré sur la personne. Le plan doit être revu chaque fois qu'il y a un changement dans le contrôle de l'asthme, l'état de santé général ou les besoins de soins de la personne. Un plan d'éducation sur l'asthme personnalisé et centré sur la personne fait partie d'un plan global de soins de l'asthme qui comprend également un plan de gestion pharmacologique, un plan d'action contre l'asthme documenté (voir la **recommandation 3.5**) et des soins de suivi planifiés (voir la **recommandation 3.7**).

Un plan d'enseignement sur l'asthme personnalisé et centré sur la personne doit intégrer et prendre en compte les besoins en matière d'apprentissage, la culture^G et la compétence informationnelle en santé^G de la personne, ainsi que l'autonomisation^G de cette dernière.

Besoins en matière d'apprentissage

Il est possible d'améliorer la maîtrise de l'asthme en adaptant l'éducation sur l'asthme aux besoins en matière d'apprentissage et aux préoccupations de chaque personne (Axelsson et Lotvall, 2012; Goeman et coll., 2013). L'adaptation de l'éducation sur l'asthme nécessite une évaluation des besoins en matière d'apprentissage et des préoccupations de la personne en matière de connaissances sur l'asthme, ainsi que de ses compétences et capacités d'autogestion, avant de dispenser l'enseignement sur l'asthme. Cette évaluation jette les bases pour que la personne s'engage dans le processus de réception et de compréhension de l'information qui lui est présentée. Pour évaluer les besoins en matière d'apprentissage d'une personne, il faut reconnaître et comprendre que les besoins en matière d'apprentissage et les préoccupations prioritaires sont uniques à chaque personne et à chaque situation clinique (AIIAQ, 2012a).

Un essai contrôlé randomisé rigoureux a étudié l'effet d'une éducation sur l'asthme adaptée et centrée sur la personne, dispensée à des adultes de plus de 55 ans, sur les résultats de l'asthme, notamment le contrôle de l'asthme et l'observance du traitement, par rapport à un groupe témoin, qui a reçu les soins habituels et une brochure d'information uniquement (Goeman et coll., 2013). L'intervention personnalisée et centrée sur la personne comprenait une évaluation visant à identifier les besoins non satisfaits et les préoccupations spécifiques des participants en matière d'asthme. Il s'agissait notamment d'identifier les perceptions de la maîtrise de l'asthme, les craintes ou les préoccupations entourant les effets secondaires des médicaments contre l'asthme et les exacerbations de l'asthme, les connaissances et les capacités d'autogestion de l'asthme, ainsi que les préoccupations spécifiques à la personne concernant l'asthme et les médicaments contre l'asthme (Goeman et coll., 2013).

Les participants qui ont reçu l'éducation personnalisée ont connu des améliorations statistiquement significatives en matière de contrôle de l'asthme et de qualité de vie par rapport au groupe témoin (Goeman et coll., 2013). On a également constaté une amélioration statistiquement significative de l'adhésion aux médicaments au sein du groupe d'intervention, mais pas du groupe de contrôle; toutefois, la différence entre les groupes n'était pas statistiquement significative (Goeman et coll., 2013).

Culture

Une revue systématique de grande qualité a relevé le nombre limité de recherches visant à déterminer si l'éducation sur l'asthme adaptée à la culture est plus efficace que les soins habituels pour promouvoir l'amélioration des résultats de l'asthme (Press et coll., 2012). Certaines études de la revue ont démontré le succès des interventions éducatives culturellement adaptées et ont déterminé que l'adaptation du matériel à la langue était une composante importante de ces interventions (Press et coll., 2012). Une étude communautaire canadienne de faible qualité, qui a développé du matériel éducatif culturellement et linguistiquement adapté pour améliorer l'autogestion de l'asthme chez les personnes asthmatiques, a démontré que l'éducation sur l'asthme qui s'appuie sur les expériences de vie et le contexte culturel de la personne peut favoriser une meilleure connaissance de l'asthme et des comportements d'autogestion (Poureslami et coll., 2012). Les participants à l'étude dans les groupes d'intervention ont été affectés à la visualisation de trois types de matériel éducatif : des *vidéos sur des connaissances*, des *vidéos communautaires* ou des *dépliants illustrés*. Ces documents ont été élaborés grâce à la participation directe de la communauté. La *vidéo sur les connaissances* comprenait de l'information scientifique relative aux symptômes, à la gestion des déclencheurs et à la manière de gérer une exacerbation de l'asthme. Dans la *vidéo communautaire*, un informateur clé (un aîné instruit) abordait les idées fausses potentielles sur la prise en charge de l'asthme en abordant les croyances et pratiques culturelles et en fournissant des renseignements exacts (Poureslami et coll., 2012).

Les connaissances des participants sur l'asthme, l'utilisation de l'inhalateur et la compréhension des instructions de prise en charge de l'asthme se sont améliorées de manière significative dans tous les groupes d'intervention, les améliorations les plus notables ayant été observées dans le groupe ayant regardé à la fois les *vidéos communautaires* et les *vidéos sur les connaissances* (Poureslami et coll., 2012). Ces résultats laissent penser que des interventions culturellement et linguistiquement appropriées peuvent favoriser l'acquisition de connaissances. Ils laissent aussi croire que de l'information tirée des connaissances communautaires combinées à l'information scientifique des fournisseurs de soins de santé peuvent contribuer à soutenir l'engagement des personnes dans l'autogestion de l'asthme (Poureslami et coll., 2012).

Compétence informationnelle en santé

La compétence informationnelle en santé est définie comme la capacité d'une personne « à accéder à l'information, à la comprendre, à l'évaluer et à la communiquer afin de promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé dans divers contextes tout au long de la vie » (Rootman et Gordon-El-Bihbey, 2008, p. 11). Dans plusieurs études observationnelles de qualité modérée à forte, une faible compétence informationnelle en santé a été associée à de moins bons résultats en matière d'autogestion de l'asthme, comme les comportements et la gestion des médicaments (notamment une mauvaise adhésion au traitement par contrôleur et une technique incorrecte du dispositif d'inhalation) (Federman et coll., 2014; O'Conor et coll., 2015) et à des croyances erronées en matière de santé (par exemple, la croyance que l'on est asthmatique uniquement lorsque les symptômes sont présents, ou la croyance que l'asthme peut être guéri) (Federman et coll., 2013). Compte tenu de l'impact d'une faible compétence informationnelle en santé sur les pratiques d'autogestion de l'asthme, il est recommandé d'étudier et de mettre en œuvre des stratégies visant à remédier à ce problème lors de l'élaboration d'un plan d'éducation sur l'asthme. Ces stratégies favorisent une communication claire, afin de réduire les obstacles pour les personnes de tous niveaux de connaissance et de réduire au minimum les risques pour tous (AIIAO, 2012a). Pour plus d'information sur les stratégies visant à aborder la compétence informationnelle en santé, voir l'**annexe G**.

Autonomisation de la personne

Le plan d'enseignement doit être fondé sur les principes de l'apprentissage des adultes, et doit responsabiliser et engager la personne dans le processus d'apprentissage, par exemple, par la fixation d'objectifs et la prise de décision partagée⁶ (Axelsson et Lotvall, 2012). Les résultats d'une étude transversale de qualité modérée indiquent que l'autonomisation est un prédicteur positif et significatif des pratiques d'autogestion de l'asthme (Londono et Schulz, 2015). Une méta-analyse de qualité modérée examinant les interventions ciblant l'autogestion de l'asthme a révélé que la mobilisation active des participants était associée à une réduction des visites de soins non programmées (Denford, Taylor, Campbell et Greaves, 2014). Dans cette étude, la mobilisation active a été définie comme le fait pour le participant de participer aux processus d'intervention comme la planification, le suivi des progrès et la résolution de problèmes, par opposition au fait d'être un consommateur passif d'information ou d'idées (Denford et coll., 2014). Dans la pratique, la mobilisation active d'une personne peut consister à l'encourager à définir des objectifs d'apprentissage, à l'aider à trouver des moyens de surmonter les obstacles au changement de comportement et à l'associer à la prise de décision dans le cadre d'un modèle de soins partagés.

Pour de plus amples renseignements à l'appui de cette recommandation, veuillez consulter la ressource de l'OIIO intitulée *Des soins culturellement sécurisants et tenant compte des différences culturelles* (2009a) et les LDPE de l'AIIO intitulées *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence* (2007b), *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (2012a) et *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015).



3.0 MISE EN ŒUVRE

RECOMMANDATION 3.1a :

Donner un enseignement sur l'asthme en tant que composante essentielle des soins.

Niveau de qualité des données probantes = Ia

RECOMMANDATION 3.1b :

Informez la personne sur les compétences essentielles et l'autogestion de l'asthme en fonction des besoins en matière d'apprentissage de la personne, notamment :

- la pathophysiologie de l'asthme;
- les médicaments et la technique du dispositif;
- l'autogestion;
- les plans d'action;
- l'identification et la gestion des déclencheurs;
- la cessation du tabagisme (le cas échéant).

Niveau de qualité des données probantes = Ib

Discussion sur les données probantes :

Des données probantes ont démontré que l'offre d'un enseignement sur l'asthme améliore les résultats de l'asthme, notamment l'adhésion aux médicaments, le contrôle de l'asthme, l'utilisation des soins de santé et la qualité de vie (Boulet et coll., 2015; Goeman et coll., 2013; Tapp et coll., 2013; Taskin Yilmaz et Cinar, 2015). Une méta-analyse Cochrane de très bonne qualité menée par Tapp et ses collègues (2013) a étudié l'effet de l'enseignement dispensé aux adultes asthmatiques après leur présentation aux urgences. La mise en place d'interventions d'enseignement pendant ou après les visites aux urgences a permis de réduire le risque de futures admissions à l'hôpital et d'améliorer l'assiduité aux rendez-vous et le contrôle des symptômes. Cependant, la réduction du risque de représentation aux urgences n'a pas atteint un seuil statistique significatif (Tapp et coll., 2013).

Le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé devraient reconnaître que les interventions d'enseignement doivent aller au-delà de la simple fourniture d'information de base et inclure des stratégies visant à améliorer les compétences et les comportements qui contribueront à soutenir l'autogestion (Boulet et coll., 2015; GINA, 2015; NIH, 2007). Il a été démontré que les programmes d'éducation qui incluent de telles stratégies, ainsi qu'un plan d'action personnalisé écrit contre l'asthme, conduisent à de meilleurs résultats que la seule fourniture d'information (Gibson et coll., 2003, cité dans l'AllAO, 2007a). Pour de plus amples renseignements sur le soutien à l'autogestion, veuillez consulter les *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients* (2010b) des LDPE de l'AllAO.

Il est important de reconnaître que l'enseignement sur l'asthme est un processus, et non un événement unique. Chaque interaction est une occasion de revoir et d'étendre les connaissances, le comportement et les compétences des personnes concernant leur asthme (British Thoracic Society [BTS]/SIGN, 2014; Taskin Yilmaz et Cinar, 2015). De plus, les programmes d'enseignement sur l'asthme doivent utiliser une variété de stratégies et de méthodes éducatives, et doivent être adaptés aux besoins (Boulet et coll., 2015; Taskin Yilmaz et Cinar, 2015) et aux objectifs de la personne (voir la **recommandation 2.1**).

La recherche, y compris un essai contrôlé randomisé (ECR) de bonne qualité, et les directives de pratique indiquent généralement que l'éducation sur l'asthme pour soutenir l'autogestion devrait inclure les éléments suivants (Boulet et coll., 2015; Goeman et coll., 2013; NIH, 2007; Veterans Affairs/Department of Defense, 2009) :

- la pathophysiologie de base de l'asthme (c'est-à-dire, ce qu'est l'asthme);
- de l'information concernant le traitement, y compris un aperçu des médicaments et des techniques avec les dispositifs;
- l'autosurveillance⁶ (par exemple, la surveillance des symptômes de l'asthme);
- l'utilisation d'un plan d'action contre l'asthme;
- de l'information sur la manière d'éviter les exacerbations (y compris l'identification et la gestion des déclencheurs et l'arrêt du tabac, le cas échéant).

Pour plus d'information concernant les composantes clés de l'éducation sur l'asthme et des ressources supplémentaires pour la pratique, veuillez consulter le **tableau 3**.

Tableau 3 : Composantes clés de l'éducation sur l'asthme

COMPOSANTES	DÉTAILS	INFORMATION ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES
Physiopathologie de l'asthme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asthme normal, asthme contrôlé et asthme non contrôlé 	Voir la figure 1 .
Médicaments et technique avec les dispositifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Technique du dispositif d'inhalation ■ Mécanismes d'action et justification des médicaments ■ Indications pour savoir quand utiliser les médicaments de secours par rapport aux médicaments de contrôle ■ Effets secondaires ■ L'importance de prendre les médicaments comme prescrit 	<p>Voir la recommandation 3.3a pour plus d'information sur la technique avec les dispositifs d'inhalation.</p> <p>Voir la recommandation 3.3c pour plus d'information sur l'enseignement relatif à la médication.</p> <p>Voir l'annexe H pour des conseils sur la façon d'améliorer l'autogestion, notamment en aidant les personnes asthmatiques à prendre leurs médicaments comme prescrits.</p>

COMPOSANTES	DÉTAILS	INFORMATION ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES
<p>Autosurveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'est-ce que la maîtrise de l'asthme? ■ Signes et symptômes de l'asthme contrôlé et non contrôlé ■ Suivi des symptômes ■ Technique relative au DEP et suivi (si applicable) ■ Surveillance du contrôle de l'asthme ■ Reconnaissance de la perte de contrôle de l'asthme (évaluée par les symptômes ou le DEP ou les deux) ■ Contrôle de l'exposition aux déclencheurs ■ Utilisation d'un journal de l'asthme⁶ pour surveiller le contrôle de l'asthme en enregistrant les symptômes et le DEP 	<p>Voir la recommandation 1.2a pour les critères de contrôle de l'asthme.</p> <p>Voir la recommandation 3.4 pour la surveillance du débit de pointe.</p> <p>Voir l'annexe I pour de plus amples renseignements sur les journaux de l'asthme et un exemple de journal de l'asthme.</p>
<p>Plans d'action</p> <p>Un plan d'action contre l'asthme est élaboré en partenariat avec la personne asthmatique. Il s'agit d'un plan personnalisé, écrit, électronique et/ou illustré, élaboré en vue de l'autogestion de l'asthme. Le plan guide l'autosurveillance de l'asthme en fonction des symptômes, de l'utilisation des médicaments de secours et éventuellement de la mesure du débit de pointe, et détaille les mesures de gestion à prendre en fonction du contrôle de l'asthme. Le plan d'action est adapté aux préférences de la personne, à son traitement et à son schéma habituel d'exacerbations, et peut intégrer des déclencheurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'est-ce qu'un plan d'action? ■ Comment utiliser le plan d'action ■ Les mesures à prendre lorsque l'asthme n'est pas contrôlé (par exemple, les médicaments à ajouter ou à augmenter, ainsi que quand et comment demander une aide médicale supplémentaire) 	<p>Voir la recommandation 3.5 pour de plus amples renseignements sur les plans d'action contre l'asthme.</p>

COMPOSANTES	DÉTAILS	INFORMATION ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES
Identification et gestion des déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identification des déclencheurs et stratégies pouvant être utilisées pour réduire ou éviter l'exposition aux déclencheurs, y compris les expositions sur le lieu de travail et les déclencheurs 	Voir la recommandation 1.4 et l' annexe E pour plus d'information sur les déclencheurs.
Cessation du tabac (si applicable)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information sur l'élévation du risque pour les fumeurs d'avoir un asthme mal contrôlé ■ Explication que la personne aura probablement besoin de plus de médicaments pour contrôler son asthme que si elle ne fumait pas 	Voir la recommandation 1.4 . Voir les stratégies de cessation du tabac dans les LDPE de l'AIIAO <i>Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne</i> (2017).

Compilé par le comité d'experts de l'AIIAO (2016).

Sources : Boulet et coll., 2015; BTS/SIGN, 2014; Goeman et coll., 2013; GINA, 2015; NIH, 2007; et AIIAO, 2004a, 2007a.

RECOMMANDATION 3.2 :

Évaluer l'efficacité des interventions non pharmacologiques et leurs interactions potentielles avec les interventions pharmacologiques.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les interventions non pharmacologiques, y compris les traitements complémentaires^G, qu'ils soient physiques ou psychologiques, peuvent être utilisées par les personnes pour aider à la gestion de leur asthme (Huo, Ray, Mehta et LoBello, 2015). Les traitements complémentaires sont largement utilisés en combinaison avec la médecine traditionnelle. Toutefois, les approches non pharmacologiques ne doivent pas être utilisées comme *substitut* à une prise en charge pharmacologique adéquate dans le traitement de l'asthme.

Le comité d'experts recommande à l'équipe interprofessionnelle de soins de santé d'explorer d'abord les croyances de la personne en matière de formes de soins complémentaires ou non traditionnels et l'utilisation qu'elle en fait. Le comité d'experts recommande également que le personnel infirmier, en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle de soins de santé et la personne asthmatique, explore l'efficacité et les avantages perçus de toute intervention physique, psychologique et complémentaire proposée ou utilisée, en tenant compte de la maîtrise de l'asthme, des conditions de santé, des croyances culturelles et du groupe d'âge de la personne, et déterminent le potentiel d'interactions^G avec les interventions pharmacologiques prescrites. Il est important d'avoir une image complète de ce que les personnes asthmatiques font pour gérer leur asthme et leur santé afin de garantir des soins coordonnés et sûrs.

Exercice physique

En raison des avantages globaux de l'exercice physique pour la santé, le comité d'experts recommande aux personnes asthmatiques de pratiquer des exercices physiques en conjonction avec un traitement pharmacologique pour gérer leur asthme. Pour soutenir la participation de la personne à une activité physique, le personnel infirmier doit discuter des précautions et des stratégies de gestion de l'asthme induit par l'exercice, ainsi que de la prise en charge des symptômes ressentis pendant l'exercice (GINA, 2015). Pour des renseignements concernant les précautions et la prise en charge de l'asthme induit par l'exercice, veuillez consulter le site Web de l'Association pulmonaire (<https://www.poumon.ca/>) et tapez « exercice » dans la barre de recherche.

La plupart des interventions d'exercice physique ne démontrent pas d'amélioration de la fonction pulmonaire. Au mieux, les données probantes sont mitigées quant à savoir si l'activité physique améliore les mesures de la fonction pulmonaire ou de l'inflammation des voies respiratoires chez les personnes asthmatiques (Eichenberger, Diener, Kofmehl et Spengler, 2013; Franca-Pinto et coll., 2015; Pakhale, Luks, Burkett et Turner, 2013). Cependant, des améliorations des jours sans symptômes et de la qualité de vie ont été rapportées dans la littérature de manière plus constante pour ceux qui font de l'exercice régulièrement par rapport à ceux qui n'en font pas (Eichenberger et coll., 2013; Franca-Pinto et coll., 2015; Mancuso et coll., 2013; Meyer, Gunther, Volmer, Taube et Baumann, 2015). Par exemple, un ECR de qualité modérée (Franca-Pinto et coll., 2015) a observé que l'entraînement aérobique améliorerait le contrôle clinique en réduisant les exacerbations de l'asthme chez les participants du groupe de traitement par rapport au groupe de contrôle.

Pour accéder aux directives en matière d'activité physique, veuillez consulter le site Web de la Société canadienne de physiologie de l'exercice à l'adresse suivante <https://scpe.ca/>.

Perte de poids

Une revue systématique de Cochrane a étudié l'effet de diverses interventions pour la perte de poids sur les mesures de contrôle de l'asthme chez les personnes en surpoids^G ou obèses souffrant d'asthme (Adeniyi et Young, 2012). Sur les quatre études incluses dans la revue, deux ont montré une réduction significative des scores de symptômes pour le groupe d'intervention, une a démontré que la réduction de poids était associée à une certaine amélioration de la fonction pulmonaire, et une n'a pas rapporté de réduction significative des scores de symptômes ni d'amélioration de la fonction pulmonaire. Cependant, la qualité globale des données probantes incluses dans l'examen systématique était faible (Adeniyi et Young, 2012). Compte tenu de l'association entre le surpoids ou l'obésité et une moins bonne maîtrise de l'asthme et une moins bonne qualité de vie (Juel et Ulrik, 2013; Maalej et coll., 2012) ainsi que des avantages globaux pour la santé du maintien d'un poids sain, le comité d'experts recommande une perte de poids chez les personnes asthmatiques en surpoids ou obèses. La perte de poids peut faciliter le contrôle des symptômes de l'asthme et contribuer à la prise en charge globale de l'asthme (BTS/SIGN, 2014).

Pour accéder au Guide alimentaire canadien et aux outils et renseignements connexes, veuillez consulter la section sur les aliments et la nutrition du site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php>).

Exercices de respiration

Les exercices de respiration^G sont des exercices thérapeutiques visant à approfondir l'inspiration ou l'expiration, voire à modifier la fréquence et le rythme de la respiration (National Centre of Biotechnology Information, 2016, par. 1). Une revue Cochrane (Freitas et coll., 2013) évaluant les exercices respiratoires pour les adultes asthmatiques a conclu qu'ils sont sûrs et bien tolérés chez les personnes asthmatiques. Dans l'ensemble, les études incluses différaient de manière significative en termes de caractéristiques de l'intervention, telles que le type d'exercices respiratoires (y compris la respiration diaphragmatique, la méthode Papworth, la méthode Buteyko et les exercices respiratoires de yoga), la durée des séances et les résultats. Des méta-analyses ont donc été menées sur deux résultats seulement (les symptômes de l'asthme et la qualité de vie) et ont démontré que les exercices respiratoires amélioraient ces deux résultats (Freitas et coll., 2013). Les effets des exercices respiratoires sur la fonction pulmonaire étaient incohérents, aucune différence n'ayant été signalée dans 5 des 11 études

ayant évalué ce résultat. Malgré ce constat, le comité d'experts suggère que les exercices respiratoires peuvent être proposés en complément des stratégies conventionnelles de prise en charge de l'asthme, car ils peuvent améliorer la qualité de vie et les symptômes des personnes. Pour des outils validés d'évaluation de la qualité de vie spécifique à l'asthme, voir l'**annexe J**.

Pour des ressources supplémentaires sur l'utilisation d'interventions non pharmacologiques pour la prise en charge de l'asthme, y compris les traitements complémentaires, veuillez consulter le site Web du National Centre for Complementary and Alternative Medicine (<https://nccam.nih.gov/>).

RECOMMANDATION 3.3a :

Chaque rencontre, enseigner activement la technique correcte du dispositif d'inhalation par l'observation, la rétroaction, la démonstration physique et les instructions écrites.

Niveau de qualité des données probantes = Ib

Discussion sur les données probantes :

La méthode la plus couramment utilisée pour administrer un traitement pharmacologique pour la prise en charge de l'asthme est l'inhalation (Toumaa-Shehata, Price, Basheti et Bosnic-Anticevich, 2014). Cependant, de nombreuses personnes asthmatiques ont un problème de technique d'inhalation incorrecte (Crane, Jenkins, Goeman et Douglass, 2014), lequel est associé à un mauvais contrôle de l'asthme et à une utilisation accrue de ressources de santé non programmées (Al-Jahdali et coll., 2013). Il est donc essentiel que les personnes asthmatiques reçoivent la formation et le soutien nécessaires pour parvenir à une technique correcte du dispositif d'inhalation.

Les personnes asthmatiques doivent recevoir une éducation sur l'utilisation correcte de leur dispositif d'inhalation par le biais d'un entraînement technique, qui comprend ce qui suit :

- observation de la technique du dispositif employée par la personne;
- rétroaction sur la technique;
- démonstration physique de la technique correcte par un fournisseur de soins de santé;
- instructions écrites (le cas échéant).

Il a été démontré que l'éducation active (c'est-à-dire l'accompagnement individuel) des personnes asthmatiques sur la technique correcte du dispositif d'inhalation entraîne une amélioration de la technique (Crane et coll., 2014; Rahmati, Ansarfard, Ghodsbin, Ghayumi et Sayadi, 2014; Toumaa-Shehata et coll., 2014; Yildiz et coll., 2014). La littérature souligne la nécessité d'évaluer et d'encadrer pour des techniques précises par une démonstration réelle et un retour sur la technique (Crane et coll., 2014; Toumaa-Shehata et coll., 2014; Yildiz et coll., 2014). La rétroaction joue un rôle important dans l'amélioration de la technique du dispositif (Toumaa-Shehata et coll., 2014); elle devrait inclure l'identification explicite des étapes ou techniques incorrectes du dispositif d'inhalation, ainsi que des stratégies pour corriger ces erreurs. Dans un ECR de qualité modérée, l'enseignement passif (c'est-à-dire l'information seule) n'était pas suffisant pour aider les personnes à maîtriser une technique correcte du dispositif d'inhalation (Crane et coll., 2014). Cette étude a examiné les effets d'un accompagnement individuel, comprenant une observation critique de la technique du dispositif, une rétroaction verbale sur l'amélioration de la technique, une démonstration de la technique correcte, ainsi que l'encouragement et la distribution d'une brochure d'information, par rapport à une information passive (c'est-à-dire une information illustrée sur l'appareil et les soins habituels). L'enseignement actif (c'est-à-dire le coaching individuel) a amélioré de manière significative la technique avec le dispositif chez les participants, ce qui n'a pas été démontré dans le groupe d'enseignement passif (Crane et coll., 2014).

Le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé doivent s'assurer que les personnes asthmatiques ont reçu un enseignement et une formation sur la façon d'utiliser le dispositif qui leur a été prescrit et qu'elles peuvent démontrer une technique satisfaisante à l'aide d'une liste de contrôle propre au dispositif lors de chaque visite. Pour des démonstrations par vidéo des techniques d'inhalation correctes pour divers dispositifs, consultez le site Web de l'Association pulmonaire à l'adresse suivante <https://www.poumon.ca/sante-pulmonaire/demandez-de-laide/comment-utiliser-votre-inhalateur>. Les instructions écrites sur la technique avec le dispositif doivent respecter les principes de la compétence informationnelle en santé. Pour plus d'information sur les principes de la compétence informationnelle en santé, voir l'**annexe G**. Pour savoir où télécharger des exemples de fiches d'instructions écrites pour l'utilisation des dispositifs et des outils d'évaluation des techniques d'utilisation des dispositifs, voir l'**annexe K**.

RECOMMANDATION 3.3b :

Faire participer la personne asthmatique à la prise de décision partagée concernant le choix d'un dispositif d'inhalation.

Niveau de qualité des données probantes = la

Discussion sur les données probantes :

Il est recommandé au personnel infirmier de faire participer la personne asthmatique à la prise de décision partagée concernant le choix du dispositif d'inhalation, en tenant compte de la disponibilité des dispositifs, de la préférence de la personne, de ses capacités cognitives et physiques (qui déterminent la capacité de la personne à utiliser le dispositif) et du coût (GINA, 2015). Après avoir enseigné la technique correcte d'utilisation d'un dispositif d'inhalation (voir la **recommandation 3.3a**), l'infirmière ou l'infirmier peut déterminer la capacité de la personne à utiliser correctement le dispositif et, par la suite, faire participer la personne à la prise de décision partagée concernant le choix d'un dispositif. Ce processus nécessite une collaboration entre l'infirmière ou l'infirmier, la personne et l'équipe interprofessionnelle de soins de santé, y compris le prescripteur.

La prise de médicaments comme prescrits est cruciale pour la maîtrise de l'asthme et les résultats de santé (Rifaat, Abdel-Hady et Hasan, 2013). Une revue systématique de faible qualité sur l'adhésion aux médicaments contre l'asthme a conclu que l'implication des personnes asthmatiques dans les décisions de traitement semble avoir des effets favorables sur l'adhésion aux médicaments (Axelsson et Lotvall, 2012). Par exemple, une meilleure adhésion a été observée chez les patients qui partageaient la prise de décision concernant le traitement médicamenteux, et chez les patients dont les problèmes de médication et les propres objectifs de traitement étaient pris en compte (Axelsson et Lotvall, 2012).

Les capacités cognitives et physiques des personnes peuvent affecter leur capacité à utiliser correctement leurs dispositifs de médication et doivent être prises en compte lors du choix d'un dispositif. Pour les personnes à qui l'on prescrit un inhalateur-doseur^G à pression, l'ajout d'un tube d'espacement^G ou d'une chambre de retenue à valve^G permet d'améliorer la technique, améliorant ainsi l'administration du médicament et diminuant potentiellement les effets secondaires des corticostéroïdes inhalés (GINA, 2015). Un ECR de qualité modérée a révélé qu'avec une formation appropriée, les deux méthodes d'inhalation à l'aide d'un inhalateur-doseur (c'est-à-dire avec et sans tube d'espacement) amélioreraient les débits expiratoires de pointe chez les participants (Rahmati et coll., 2014). Les tubes d'espacement devraient être utilisés, car ils peuvent améliorer l'administration des médicaments; cependant, il est reconnu que certaines personnes ne sont pas prêtes à porter ou à acheter un tube d'espacement (BTS/SIGN, 2014).

Le coût de l'inhalateur est également un facteur à discuter avec la personne asthmatique, car il peut s'agir d'un facteur prohibitif pour certains dispositifs. Dans l'ensemble, le choix du dispositif doit impliquer la personne dans le processus de décision, en tenant compte de ses compétences et de ses capacités à utiliser correctement le dispositif, du coût, de ses préférences et de son acceptation. Voir l'**annexe L** pour obtenir une ressource sur les médicaments respiratoires disponibles en Ontario et les renseignements connexes sur la couverture des médicaments provinciaux, ainsi qu'un aperçu des avantages et des inconvénients des différents dispositifs d'inhalation.

RECOMMANDATION 3.3c :

Expliquer à la personne asthmatique la différence entre les médicaments de contrôle et les médicaments de soulagement, leurs indications et leurs effets secondaires potentiels.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les médicaments utilisés pour traiter l'asthme peuvent généralement être divisés en deux catégories (1) ceux de contrôle et (2) ceux de secours. Les *médicaments de contrôle* sont conçus pour être, et doivent être, pris régulièrement afin d'améliorer la maîtrise de l'asthme et de prévenir les exacerbations. Les *médicaments de secours* sont utilisés principalement en cas de besoin, soit pour soulager les symptômes de l'asthme, soit pour prévenir les symptômes de l'asthme avant l'exercice physique ou d'autres déclencheurs. Ces deux types de médicaments sont disponibles sous différentes formes et sont administrés au moyen de divers dispositifs. Le comité d'experts recommande d'informer les personnes asthmatiques sur les classifications générales des médicaments, leurs indications et leurs actions (c'est-à-dire la fonction de contrôleur par rapport à celle de soulagement), ainsi que leurs effets secondaires potentiels. Cette formation peut être dispensée à la suite d'une formation active sur la technique correcte du dispositif d'inhalation (voir la **recommandation 3.3a**) et le choix du dispositif d'inhalation (voir la **recommandation 3.3b**).

De nombreux obstacles existent en ce qui concerne l'utilisation correcte des médicaments, ce qui empêche les personnes asthmatiques de contrôler adéquatement leur maladie (Axelsson et Lotvall, 2012; GINA, 2015; Krauskopf et coll., 2013; O'Conor et coll., 2015; Rifaat et coll., 2013). Il s'agit notamment des déficits de connaissances, et des croyances concernant la relation entre les symptômes de l'asthme et le mécanisme d'action des médicaments contre l'asthme, ainsi que les effets secondaires des médicaments (Axelsson et Lotvall, 2012; Rifaat et coll., 2013). Les études menées sur les programmes d'éducation sur l'asthme ont généralement révélé qu'une composante éducative liée aux médicaments (c'est-à-dire la compréhension des médicaments et la promotion de leur utilisation) était incluse dans les programmes réussis (Boulet et coll., 2015; Goeman et coll., 2013; Saito et coll., 2013; Taskin Yilmaz et Cinar, 2015). Par exemple, une étude prospective de faible qualité visant à déterminer si un programme d'éducation sur l'asthme est associé au contrôle de l'asthme a conclu que l'éducation sur l'asthme peut être utile pour obtenir un contrôle chez les personnes ayant une faible adhésion au traitement et aux médicaments (Saito et coll., 2013). L'un des volets de l'éducation comprenait des renseignements sur les médicaments, notamment les effets secondaires, les différences entre les agents de contrôle et les agents de soulagement, ainsi que l'importance du traitement (Saito et coll., 2013). Le comité d'experts recommande donc que l'éducation sur la différence entre les médicaments de contrôle et les médicaments de secours, leurs indications et leurs effets secondaires potentiels soit incluse dans l'éducation sur l'asthme.

Pour plus d'information sur les indications des médicaments et les effets secondaires potentiels, voir l'**annexe L**.

RECOMMANDATION 3.4 :

Le cas échéant, aider les personnes asthmatiques à mesurer leur débit expiratoire de pointe et les informer à ce sujet.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les plans d'action personnalisés et écrits contre l'asthme doivent préciser les stratégies d'autogestion en réponse à la surveillance des symptômes et/ou du débit expiratoire de pointe d'une personne (voir la **recommandation 3.5** pour plus de détails sur les plans d'action contre l'asthme). Les directives internationales ne recommandent pas une méthode particulière d'auto-surveillance, plus précisément, le débit expiratoire de pointe (DEP) par rapport à la surveillance des symptômes uniquement (BTS/SIGN, 2014; GINA, 2015; NIH, 2007). Les mesures du débit de pointe fournissent une mesure objective de la fonction pulmonaire, mais ont leurs limites (AIIAO, 2004a, 2007a). Le DEP dépend de l'effort, ce qui augmente le risque de lectures inexactes résultant d'une mauvaise technique, ainsi que d'une mauvaise interprétation des résultats (Self, George, Wallace, Patterson et Finch, 2014) ou d'une défaillance du dispositif (AIIAO, 2004a, 2007a).

Toute personne asthmatique devrait disposer d'un plan d'action documenté qui l'aidera à s'autogérer en cas de perte de contrôle de l'asthme (voir la **recommandation 3.5**). Lorsqu'un plan d'action contre l'asthme documenté est élaboré, la surveillance du DEP peut ou non faire partie du plan d'auto-surveillance de la personne. Elle peut être envisagée pour certaines personnes, comme celles qui ont des difficultés à reconnaître la gravité de leurs symptômes (c'est-à-dire les « mauvais percepteurs »), celles dont l'asthme n'est pas contrôlé et celles qui ont récemment eu recours aux urgences ou à l'hospitalisation (GINA 2015; NIH, 2007; AIIAO, 2004a, 2007a). Le comité d'experts recommande que le choix du débit de pointe et/ou de la surveillance des symptômes soit basé sur la capacité de la personne à reconnaître les symptômes de l'asthme non contrôlé, sur la disponibilité des débitmètres de pointe^G et, surtout, sur les préférences de la personne et sa capacité à effectuer une technique correcte (NIH, 2007; AIIAO, 2004a, 2007a).

Un examen de faible qualité méthodologique a révélé que de nombreux adultes asthmatiques n'utilisent pas correctement leur débitmètre de pointe (Self et coll., 2014). Comme la mesure du débit de pointe dépend de la technique, le comité d'experts recommande que les personnes asthmatiques reçoivent des instructions et soient observées afin de garantir une utilisation correcte du dispositif et une mesure précise du DEP. Par conséquent, lorsque la surveillance du débit de pointe à domicile est jugée appropriée, l'infirmière, l'infirmier ou le fournisseur de soins de santé doit aider et éduquer la personne asthmatique sur l'objectif et la technique correcte pour obtenir ces mesures. La technique de mesure du DEP de la personne doit être observée jusqu'à ce que l'infirmière, l'infirmier ou le fournisseur de soins de santé soit convaincu que la technique produit des lectures précises. Les personnes qui utilisent un débitmètre de pointe doivent recevoir des instructions sur la manière d'établir leur meilleur DEP personnel. Le meilleur débit de pointe personnel d'une personne est le chiffre le plus élevé atteint sur une période de deux semaines lorsque l'asthme est contrôlé (AIIAO, 2004a). Le meilleur DEP personnel de la personne doit être lié au plan d'action contre l'asthme documenté comme valeur de référence (NIH, 2007). Pour des conseils sur la surveillance du débit de pointe et des détails sur l'utilisation d'un débitmètre de pointe, voir l'**annexe M**.

RECOMMANDATION 3.5 :

Pour favoriser la prise en charge autonome, collaborer avec la personne asthmatique pour élaborer et revoir un plan d'action contre l'asthme documenté (Niveau de qualité des données probantes = Ib), dans l'un des formats suivants ou une combinaison de ceux-ci :

- par écrit, sur papier (Niveau de qualité des données probantes = Ib);
- électroniquement (Niveau de qualité des données probantes = V);
- en images (Niveau de qualité des données probantes = IIa).

Niveau de qualité des données probantes = Ib, IIa, V.

Discussion sur les données probantes :

Les plans d'action personnalisés et documentés, élaborés en partenariat avec l'équipe soignante interprofessionnelle et la personne, sont considérés comme un élément essentiel de la prise en charge de l'asthme (Andrews, Jones et Mullan, 2014; Loughheed et coll., 2012; Ring et coll., 2007). Les plans d'action contre l'asthme précisent les stratégies d'autogestion pour atteindre et maintenir le contrôle, comme quand et comment ajuster le traitement de soulagement et de contrôle en réponse à une perte de contrôle, ainsi que quand consulter un médecin (Loughheed et coll., 2012; AllAO, 2004a, 2007a). Les plans d'action contre l'asthme avec escalade du traitement pharmacologique doivent être autorisés par un prescripteur. Voir l'**annexe N** pour plus d'information concernant les plans d'action.

Il est recommandé que chaque adulte asthmatique reçoive un plan d'action documenté sur l'asthme afin de soutenir l'autogestion guidée. La recherche démontre que les plans d'action contre l'asthme contribuent à améliorer les résultats de l'asthme comme les comportements d'autogestion, le contrôle de l'asthme et la qualité de vie liée à la santé (Andrews et coll., 2014; Araujo et coll., 2012; Patel, Valerio, Sanders, Thomas et Clark, 2012; Pur Ozyigit, Ozcelik, Ozcan Ciloglu et Erkan, 2014). De plus, une plus grande satisfaction à l'égard des soins a été signalée lorsque les plans étaient élaborés en partenariat avec la personne (Patel et coll., 2013).

Un plan d'action contre l'asthme peut être rédigé sur papier, sous forme électronique ou sous forme d'images, en fonction du contexte clinique et des préférences et besoins de la personne. Il existe des exemples de programmes d'autogestion de l'asthme basés sur le Web qui intègrent des plans d'action contre l'asthme et des résultats positifs ont été rapportés avec l'utilisation de plans d'action électroniques dans le contexte de tels programmes (Araujo et coll., 2012; van Gaalen et coll., 2013). Dans un essai croisé randomisé de qualité modérée qui a comparé des programmes d'autogestion standard sur papier et sur le Web (c'est-à-dire un journal et des plans d'action contre l'asthme), des améliorations du contrôle de l'asthme et de la qualité de vie ont été signalées pour les utilisateurs des plans sur le Web et sur papier (Araujo et coll., 2012). Aucun inconvénient ni aucune différence significative dans les résultats n'ont été observés entre les utilisateurs des deux types de régimes, et aucun des deux groupes n'a montré d'amélioration de la fonction pulmonaire (Araujo et coll., 2012). Pour faciliter l'autogestion, le programme d'autogestion de l'asthme basé sur le Web comprenait des messages et des alertes automatiques (déclenchés lorsque des conditions prédéfinies étaient remplies en fonction des plans d'action ou des rendez-vous prévus), ce qui rend difficile la tâche de discerner si les résultats obtenus sur le Web étaient liés uniquement au format du plan d'action (c'est-à-dire électronique) ou s'ils pouvaient également être attribuables à ces messages et alertes.

Étant donné que les plans d'action électroniques sont une option sûre et réalisable, le comité d'experts recommande ce format en fonction des préférences des personnes et de leur capacité à utiliser ces plans avec précision. Un facteur supplémentaire à prendre en compte pour déterminer le format du plan d'action est la compétence informationnelle en santé de la personne (Andrews et coll., 2014). Un format pictural a été étudié par le biais d'un essai contrôlé de faible qualité afin d'identifier l'efficacité des plans d'action picturaux contre l'asthme auprès d'une population de femmes socioéconomiquement défavorisées et analphabètes en Turquie (Pur Ozyigit et coll., 2014). En plus d'un plan d'action contre

L'asthme illustré, un enseignement interactif sur l'asthme a été dispensé. Les scores de contrôle de l'asthme et de qualité de vie liée à la santé se sont améliorés dans les deux groupes d'étude à chaque point d'évaluation par rapport à la situation de départ (Pur Ozyigit et coll., 2014). Le contrôle de l'asthme et la qualité de vie liée à la santé étaient statistiquement plus élevés dans le groupe d'étude que dans le groupe témoin, mais cette signification ne s'est maintenue que pour la qualité de vie liée à la santé à six mois (Pur Ozyigit et coll., 2014). Fait important, les femmes du groupe expérimental ont eu moins de visites aux urgences au cours de la période de six mois qui a atteint un seuil statistique significatif (Pur Ozyigit et coll., 2014).

C'est le rôle du personnel infirmier de faciliter l'obtention, la compréhension et l'utilisation efficace d'un plan d'action personnalisé adapté à l'expérience de la maladie et aux circonstances de vie de la personne (Andrews et coll., 2014). Un plan d'action personnalisé contre l'asthme doit être élaboré, revu et/ou révisé lors de chaque rencontre en partenariat avec la personne (BTS/SIGN, 2014). Voir l'**annexe O** pour des exemples de plans d'action écrits.

RECOMMANDATION 3.6 :

Fournir un soutien intégré à l'autogestion de l'asthme aux adultes dont l'asthme n'est pas contrôlé et qui risquent de subir des exacerbations graves, par le biais de modalités/formats multiples, comme les suivants :

- les visites de soins à domicile (niveau de qualité des données probantes = Ib);
- les soins de santé virtuels (niveau de qualité des données probantes = Ia).

Niveau de qualité des données probantes = Ia, Ib

Discussion sur les données probantes :

Les personnes asthmatiques peuvent apprendre des compétences d'autogestion dans divers contextes (Krieger, Song et Philby, 2015). Certaines personnes asthmatiques, qui sont de grands utilisateurs des services de santé, ont besoin de modalités et de formats non traditionnels pour bénéficier d'un soutien intégré à l'autogestion. Ces programmes peuvent conduire à des réductions des hospitalisations (McLean et coll., 2012), et à des améliorations de la qualité de vie et des jours sans symptômes (Krieger et coll., 2015; Pare, Moqadem, Pineau et St-Hilaire, 2010). Ces modalités et formats non traditionnels comprennent les visites à domicile et les soins de santé virtuels^G.

Visites de soins à domicile

Il a été démontré que la mise en place d'un programme de soutien à l'autogestion de l'asthme à domicile pour les adultes à faible revenu souffrant d'asthme non contrôlé améliore le contrôle de l'asthme. Un ECR de forte qualité a étudié l'effet des visites à domicile par rapport aux soins habituels sur les résultats de l'asthme chez les adultes à faible revenu souffrant d'asthme non contrôlé (Krieger et coll., 2015). En moyenne, cinq visites ont été effectuées au cours de l'année par les agents de santé communautaires, qui ont dispensé un enseignement, un soutien à l'autogestion et une coordination des services. Les agents de santé communautaires ont été soutenus dans la prestation de ces soins par une infirmière et un enseignant sanitaire. Des améliorations statistiquement significatives et cliniquement significatives ont été observées en nombres jours sans symptômes et de qualité de vie par rapport aux soins habituels, mais pas au niveau du recours non programmé aux soins de santé (Krieger et coll., 2015).

Soins de santé virtuels

Les soins de santé virtuels peuvent inclure des appels téléphoniques pour soutenir l'autogestion à domicile, ou de la télésurveillance^G. Une étude Cochrane a évalué l'efficacité de la fourniture d'interventions de soins de santé virtuels aux personnes souffrant d'asthme (McLean et coll., 2012). Pour être incluses dans l'examen, les interventions devaient être axées sur l'utilisation proactive des technologies de l'information et de la communication dans la fourniture d'information aux fournisseurs de soins de santé pour la prise de décision et la rétroaction à la personne participante. Les chercheurs ont conclu qu'il est peu probable que les interventions de soins de santé virtuels entraînent des améliorations cliniquement

pertinentes pour les personnes souffrant d'asthme léger, mais qu'elles peuvent être bénéfiques pour celles qui présentent un risque plus élevé d'admission à l'hôpital. Plus précisément, la méta-analyse, qui comprenait quatre études représentant 499 personnes, a observé une réduction significative des hospitalisations sur une période de 12 mois, l'effet étant plus marqué pour les personnes dont la maladie n'était pas contrôlée (McLean et coll., 2012).

Le résultat de cette méta-analyse dépend fortement de deux études particulières (Kokubu et coll., 2000 et Donald et coll., 2008), qui ont toutes deux sélectionné des participants souffrant d'un asthme non contrôlé défini par une admission à l'hôpital ou nécessitant des stéroïdes oraux au moins trois fois au cours de l'année précédente (McLean et coll., 2012). Ces résultats montrent que les soins de santé virtuels peuvent réduire les taux d'admission à l'hôpital (et les coûts associés) dans des populations sélectionnées de manière appropriée (McLean et coll., 2012).

RECOMMANDATION 3.7 :

Orienter les personnes souffrant d'asthme vers les personnes suivantes et les mettre en relation :

- un fournisseur de soins primaires :
- un enseignant agréé dans le domaine de l'asthme ou respiratoire.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Les personnes asthmatiques devraient avoir un fournisseur de soins primaires^G (médecin, infirmière praticienne ou infirmier praticien) pour surveiller le contrôle de leur asthme et prescrire un traitement approprié, ainsi que pour ordonner les examens diagnostiques et cliniques nécessaires. En l'absence d'un fournisseur de soins primaires, les personnes asthmatiques courent un plus grand risque d'asthme non contrôlé et ont plus de difficultés à accéder à un traitement approprié. En outre, les personnes asthmatiques peuvent avoir besoin d'être orientées vers un spécialiste par l'intermédiaire de leur fournisseur de soins primaires, si leur diagnostic d'asthme est douteux ou si leur asthme est difficile à contrôler (BTS/SIGN, 2014; GINA, 2015; Sveum et coll., 2012).

L'accès à un fournisseur de soins primaires régulier peut être difficile pour les personnes vivant dans des communautés rurales, ce qui peut entraîner des disparités en matière de soins et de santé liées à l'asthme (Lutifyya, McCullough et Lipsky, 2011; Roy, McGinty, Hayes et Zhang, 2010). Le comité d'experts de l'AIIAO reconnaît qu'il peut être difficile de mettre en contact les personnes asthmatiques avec des fournisseurs de soins primaires réguliers dans les zones rurales et que ce besoin mérite qu'on s'y attarde.

Les personnes asthmatiques doivent également être orientées et mises en relation avec un enseignant certifié en matière d'asthme^G ou un enseignant certifié en matière de respiration^G dans leur communauté. Des données probantes laissent croire que l'asthme est mieux pris en charge lorsque les personnes reçoivent des soins complétés par un enseignant respiratoire (AIIAO, 2004a, 2007a; Sari et Osman, 2015). Une étude observationnelle de qualité modérée a révélé que les personnes qui recevaient des soins primaires complétés par un enseignant certifié en matière de respiration étaient plus susceptibles de recevoir des soins complets pour l'asthme, comprenant un enseignement sur l'asthme et des soins de suivi réguliers (Sari et Osman, 2015).

C'est le rôle du personnel infirmier de faciliter la mise en relation des personnes asthmatiques avec les fournisseurs de soins primaires et les enseignants agréés dans le domaine de l'asthme ou respiratoire dans la communauté de la personne. Si un enseignant agréé dans le domaine de l'asthme ou respiratoire n'est pas disponible, la personne peut être mise en relation avec la ligne d'information sur la santé pulmonaire de l'Association pulmonaire, dont le personnel est composé d'enseignants agréés dans le domaine respiratoire. Pour plus d'information, visitez le site Web de l'Association pulmonaire (<https://www.poumon.ca/santé-pulmonaire/demandez-de-laide/lung-health-information-line>).

4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1 :

Chaque rencontre, évaluer l'efficacité du plan de soins global dans l'atteinte d'un contrôle de l'asthme.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que le plan de soins soit évalué lors de chaque rencontre, guidé par l'évaluation du contrôle de l'asthme (GINA, 2015; Loughheed et coll., 2012).

Un plan global de soins de l'asthme comprend un plan d'éducation sur l'asthme personnalisé et centré sur la personne, un plan de gestion pharmacologique, un plan d'action contre l'asthme documenté et des soins de suivi planifiés. L'évaluation du plan de soins nécessite une collaboration et une coordination entre l'infirmière, la personne asthmatique et l'équipe soignante interprofessionnelle. L'évaluation continue du plan de soins doit comprendre une évaluation de la maîtrise de l'asthme par la personne, ainsi que de son engagement et de sa satisfaction à l'égard du plan de soins de l'asthme (à la fois pharmacologique et non pharmacologique, y compris l'utilisation effective des médicaments prescrits). L'évaluation doit porter sur les progrès et la réactivité de la personne au plan éducatif et sur ses capacités d'autogestion, y compris la compréhension et l'utilisation du plan d'action individuel documenté contre l'asthme. Il est également important d'évaluer tous les facteurs sous-jacents qui peuvent avoir un effet négatif sur la maîtrise de l'asthme de la personne et qui doivent être pris en compte dans le plan de soins.

Il est extrêmement important d'évaluer la compréhension et l'engagement des personnes vis-à-vis des aspects pharmacologiques et non pharmacologiques de leur plan de soins de l'asthme. L'autogestion de l'asthme est complexe et comprend l'auto-surveillance du contrôle de l'asthme, la prise des médicaments comme prescrits, l'application d'une technique d'inhalation précise, l'évitement et/ou la gestion des déclencheurs de l'asthme et l'adoption de comportements favorables à la santé. De nombreux obstacles au respect de leur plan de soins existent pour les personnes asthmatiques, notamment des perceptions erronées du contrôle de l'asthme et une mauvaise compréhension des instructions relatives aux médicaments (GINA, 2015). Pour une liste d'obstacles et de méthodes pour soutenir l'autogestion de l'asthme et l'engagement de la personne dans le plan de soins de l'asthme, voir l' **annexe H**.

Dans l'ensemble, l'évaluation du plan de soins pour la maîtrise de l'asthme doit inclure une réévaluation des éléments suivants :

- le contrôle actuel et passé de l'asthme (voir le **tableau 2** sous la **recommandation 1.2a**);
- la démonstration d'une technique d'inhalation correcte avec les dispositifs prescrits;
- la compréhension et la capacité à suivre le plan d'action personnalisé et documenté contre l'asthme (y compris les connaissances et les compétences);
- la capacité à suivre le plan de soins (aspects pharmacologiques et non pharmacologiques);

- l'utilisation réelle des médicaments contre l'asthme (soulageurs et régulateurs). Les méthodes permettant de la déterminer sont les suivantes :
 - meilleur schéma thérapeutique possible⁶;
 - autoévaluation;
 - rapports ou dossiers de pharmacie;
 - dossiers d'ordonnances;
- satisfaction à l'égard du plan de soins.

Les résultats de l'évaluation doivent être utilisés pour ajuster le plan de soins et les interventions afin d'améliorer le contrôle de l'asthme de la personne.



Recommandations relatives à la formation

5.0 FORMATION

RECOMMANDATION 5.1 a :

Élaborer des programmes d'enseignement multidimensionnels qui renforcent les soins de l'asthme normalisés et fondés sur des données probantes pour :

- les fournisseurs de soins de santé (niveau de qualité des données probantes = IIb);
- les étudiants entrant dans les professions de la santé (niveau de qualité des données probantes = V).

Niveau de qualité des données probantes = IIb, V

RECOMMANDATION 5.1b :

Mettre en œuvre des programmes d'éducation fondés sur des données probantes à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des étudiants entrant dans les professions de la santé. Ces programmes sont animés par des enseignants compétents et bien informés et sont axés sur les compétences essentielles de la prise en charge de l'asthme.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les enseignants cliniques et les membres du corps enseignant devraient élaborer des programmes de formation polyvalents qui renforcent les soins de l'asthme fondés sur des lignes directrices à l'intention des infirmières, des autres fournisseurs de soins de santé et des étudiants entrant dans les professions de la santé, afin d'assurer un apprentissage fondamental des pratiques fondées sur des données probantes associées à une évaluation et à une prise en charge de qualité de l'asthme. Le comité d'experts recommande d'adopter des approches visant à développer les connaissances et les compétences des fournisseurs de soins de santé en matière de soins de l'asthme fondés sur des données probantes, avec les caractéristiques suivantes : (1) multiformes, c'est-à-dire que plusieurs modalités sont utilisées pour dispenser la formation; (2) animées par des enseignants compétents et qualifiés dans le domaine de l'asthme; et (3) axées sur les compétences de base du traitement de l'asthme.

Une formation polyvalente et fondée sur des lignes directrices

Afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes asthmatiques, un certain nombre d'études se sont penchées sur la mise en œuvre de programmes d'éducation sur l'asthme fondés sur des lignes directrices (Adeyeye, Kuyinu, Bamsile et Oghama, 2015; Bender et coll., 2011; Cicutto, Dingae et Langmack, 2014; Cleland, Hall, Price et Lee, 2007; Policicchio, Nelson et Duffy, 2011; Taylor-Fishwick, Okafor et Fletcher, 2015). Dans un certain nombre de conceptions d'études avant-après de qualité méthodologique faible à modérée, les interventions éducatives se sont avérées avoir des résultats positifs sur une variété de résultats, y compris la confiance des fournisseurs de soins de santé, les connaissances et les comportements conformes à la pratique fondée sur des données probantes (Adeyeye et coll., 2015; Bender et coll., 2011; Cicutto et coll., 2014; Policicchio et coll., 2011; Taylor-Fishwick et coll., 2015). Pour atteindre ces résultats, les programmes ont fait appel à de multiples stratégies d'apprentissage interactif, notamment les suivantes :

- formation et accompagnement sur place (Bender et coll., 2011; Cicutto et coll., 2014);
- conférences (Cicutto et coll., 2014);
- études de cas (Cicutto et coll., 2014);
- jeux de rôle (Cicutto et coll., 2014);
- démonstrations vidéo (Policicchio et coll., 2011; Taylor-Fishwick et coll., 2015).

Le comité d'experts recommande que des programmes d'éducation multidimensionnels renforçant les soins normalisés et fondés sur des lignes directrices en matière d'asthme soient également proposés aux étudiants entrant dans les professions de santé.

Animation par des enseignants compétents et qualifiés

La plupart des programmes de formation continue ou professionnelle décrits ci-dessus ont été dispensés par une équipe de fournisseurs de soins de santé possédant une expertise clinique de l'asthme, ainsi qu'une formation à la mise en œuvre de programmes éducatifs efficaces (Adeyeye et coll., 2015; Bender et coll., 2011; Cicutto et coll., 2014; Cleland et coll., 2007). Le comité d'experts recommande que la mise en œuvre de programmes éducatifs sur l'asthme soit facilitée par des fournisseurs de soins de santé bien informés et des enseignants qualifiés dans le domaine de l'asthme. L'expérience et la confiance du fournisseur de soins de santé sont essentielles pour garantir que l'enseignement est dispensé de manière cohérente et pertinente et qu'il répond aux différents besoins des apprenants tout en atteignant les objectifs éducatifs. Le comité d'experts reconnaît que les enseignants certifiés dans le domaine de l'asthme et des maladies respiratoires sont des enseignants qualifiés et compétents, qui sont régulièrement évalués pour garantir l'acquisition et le maintien de compétences dans les domaines des pratiques de soins de l'asthme fondées sur des données probantes (c'est-à-dire ce qu'il faut enseigner) et de la théorie et des processus éducatifs (c'est-à-dire comment enseigner).

Compétences essentielles du traitement de l'asthme

Afin de fournir le soutien et l'éducation nécessaires aux adultes asthmatiques, les fournisseurs de soins de santé ont besoin de connaissances et d'aptitudes de base pour atteindre les compétences essentielles en matière d'évaluation et de gestion de l'asthme fondées sur des données probantes. Le comité d'experts recommande que tous les fournisseurs de soins de santé soient formés pour posséder les connaissances et les compétences appropriées afin d'identifier le niveau de contrôle de l'asthme d'une personne, de fournir une éducation de base sur l'autogestion de l'asthme, de démontrer des techniques d'inhalation précises et d'expliquer, d'utiliser et de mettre en œuvre un plan d'action contre l'asthme.

Les fournisseurs de soins de santé doivent être en mesure d'évaluer et de surveiller la maîtrise de l'asthme d'une personne (Lougheed et coll., 2012; voir aussi la **recommandation 1.2**), afin d'être guidés dans l'élaboration d'un plan de prise en charge réactif et approprié. La prise en charge de l'asthme est un processus dynamique qui nécessite des connaissances, une compréhension et des compétences spécifiques pour parvenir à le maîtriser. Les fournisseurs de soins de santé doivent disposer de connaissances et de compétences adéquates pour être en mesure de dispenser une éducation efficace en matière d'autogestion de l'asthme aux personnes qui en sont atteintes. Une telle éducation nécessite de reconnaître l'importance de la prise de décision partagée qui implique de donner des renseignements et d'aider à l'acquisition de compétences, ainsi que de soutenir le changement de comportement de la part de la personne asthmatique grâce à de solides compétences en matière de communication et à l'évaluation et à la résolution des obstacles potentiels (AIIAO, 2004a; GINA, 2015; NIH, 2007).

La maîtrise de l'asthme passe par une utilisation précise des dispositifs. Les personnes asthmatiques doivent apprendre à utiliser correctement leurs dispositifs, mais les fournisseurs de soins de santé doivent également posséder cette compétence afin de favoriser une autogestion réussie. Les résultats d'un examen systématique de faible qualité de 20 études évaluant la capacité des fournisseurs de soins de santé à utiliser les dispositifs d'inhalation pour l'asthme ont mis en évidence des compétences inadéquates dans l'utilisation des inhalateurs-doseurs, des tubes d'espacement et des inhalateurs de poudre sèche^G (IPS) par une majorité de fournisseurs de soins de santé (Self, Arnold, Czosnowski, Swanson et Swanson, 2007). Les ateliers sur la technique avec les dispositifs d'inhalation peuvent améliorer considérablement le niveau de compétence des fournisseurs de soins de santé (Basheti, Qunaibi, Hamadi et Reddel, 2014), ainsi que leur attitude à l'égard de l'enseignement de la technique avec les dispositifs aux personnes asthmatiques (Leung et coll., 2015).

Comme expliqué sous la **recommandation 3.5**, les plans d'action contre l'asthme sont recommandés comme un élément essentiel de la prise en charge de l'asthme (GINA, 2015; Lougheed et coll., 2012; NIH, 2007); cependant, ils sont généralement sous-utilisés dans la pratique (Andrews et coll., 2014; Ring et coll., 2007). Une étude transversale de qualité moyenne a identifié le manque de

familiarité avec les plans et le manque d'efficacité personnelle comme des raisons possibles de la sous-utilisation des plans d'action parmi les fournisseurs de soins de santé (Wisnivesky et coll., 2008). En réponse à ces obstacles identifiés, un essai randomisé en grappes de qualité modérée portant sur une formation conçue pour soutenir la fourniture de plans d'action personnalisés contre l'asthme a été proposé au personnel infirmier (Cleland et coll., 2007). La formation, qui comprenait des études de cas pour s'entraîner à formuler des plans d'action, des examens de plans d'action personnalisés contre l'asthme et des jeux de rôle avec des acteurs, y compris une rétroaction sur l'utilisation des plans d'action contre l'asthme, s'est avérée conduire à une amélioration de la qualité de vie (par exemple, dans les domaines des symptômes et des émotions) chez les personnes dont l'asthme est mal contrôlé, grâce aux plans d'action. Notamment, le contrôle de l'asthme et l'utilisation des médicaments sont restés inchangés (Cleland et coll., 2007).

RECOMMANDATION 5.2 :

Exiger des enseignants pour l'asthme qu'ils obtiennent et conservent le titre d'enseignant agréé certifié dans le domaine de l'asthme ou respiratoire.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé spécialisés dans le domaine de la prise en charge de l'asthme obtiennent et maintiennent une certification d'enseignant dans le domaine de l'asthme (CAE) ou d'enseignant respiratoire (CRE). Cette recommandation du consensus^G reconnaît que les programmes éducatifs pour les asthmatiques et les enseignants respiratoires aboutissant à une certification nationale peuvent normaliser l'information fournie aux personnes asthmatiques, améliorer la qualité de l'éducation et améliorer les compétences de soutien à l'autogestion (AIIAO, 2007a).

Le Réseau canadien pour les soins respiratoires a établi une certification nationale pour les enseignants spécialisés dans l'asthme et les soins respiratoires qui aborde deux aspects de la formation des enseignants spécialisés dans l'asthme : (1) des connaissances actualisées sur l'asthme et (2) une meilleure compréhension de la part des enseignants de la théorie et du processus éducatifs. Des objectifs d'apprentissage nationaux (programmes d'études de base) ont été élaborés afin de fournir un ensemble commun de compétences techniques et pédagogiques pour les enseignants en asthme et en soins respiratoires, et la maîtrise de ces compétences est requise pour l'obtention d'une certification nationale (Réseau canadien pour les soins respiratoires [RCSR], 2013).

Pour accéder aux ressources qui fournissent des renseignements sur l'obtention de la certification CRE ou CAE, voir l'**annexe P**.

RECOMMANDATION 5.3 :

Fournir un programme d'assurance qualité et une formation normalisée aux fournisseurs de soins de santé qui effectuent des spirométries.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les guides de pratique clinique fondés sur des données probantes recommandent le test de spirométrie pour le diagnostic et la prise en charge de l'asthme (GINA, 2015; Loughheed et coll., 2012). La réalisation d'une spirométrie, que ce soit à des fins de diagnostic ou d'évaluation continue du contrôle de l'asthme, nécessite une formation standardisée, comprenant l'éducation, la supervision de la réalisation et le contrôle de la qualité des tests de spirométrie (Coates et coll., 2013; GINA, 2015).

Le comité d'experts recommande que les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé qui effectuent ou effectueront une spirométrie reçoivent une formation préparatoire formelle afin de s'assurer qu'ils possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour effectuer des tests de qualité. Après la formation initiale, le comité d'experts recommande qu'un programme d'assurance de la qualité^G soit mis en place pour que les fournisseurs de soins de santé reçoivent une évaluation de suivi de leurs compétences (connaissances et aptitudes) dans la réalisation de la spirométrie, et pour garantir une qualité acceptable continue des tests, grâce au contrôle de la qualité de l'équipement, des techniques et des procédures (Coates et coll., 2013).

Dans le but d'améliorer l'accès aux tests de spirométrie et la concordance entre la pratique clinique et les lignes directrices sur l'asthme, des chercheurs ont évalué la qualité des spirométries effectuées par du personnel enseignant en asthme et en MPOC certifié à l'échelle nationale et ayant reçu une formation limitée en spirométrie dans le cadre des soins primaires, par rapport à du personnel technique de la fonction pulmonaire expérimenté (Licskai, Sands, Paolatto, Nicoletti et Ferrone, 2012). L'étude était de type pré-post, de qualité méthodologique moyenne. Le personnel enseignant au niveau national (y compris le personnel infirmier ayant une formation limitée en spirométrie) a été formé à la spirométrie par un technicien de la fonction pulmonaire expérimenté au cours de deux séances d'atelier de deux heures et a été supervisé pour un maximum de six séances avec des patients. Après la période de formation, un technicien était disponible comme personne-ressource. En outre, le spiromètre a été programmé pour fournir une rétroaction automatisée sur la qualité du test en cours de session. Les résultats de l'étude indiquent que les fournisseurs de soins de santé ayant une formation et une expérience limitées, qui opéraient dans le cadre d'un programme de qualité simple, ont réalisé une spirométrie de qualité dans la majorité des séances dans un contexte de soins primaires (77 %), ce qui se rapproche des normes des laboratoires de fonction pulmonaire (91 %) (Licskai et coll., 2012).

L'**annexe P** comprend une liste de ressources auxquelles les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé peuvent se référer pour obtenir plus d'information sur la spirométrie et l'enseignement de la spirométrie.



Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

6.0 ÉTABLISSEMENT ET RÈGLEMENTS

RECOMMANDATION 6.1 :

De la part des organisations, établir une priorité d'entreprise axée sur l'intégration et l'évaluation des meilleures pratiques en matière de soins de l'asthme dans tous les milieux de soins.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les organisations doivent reconnaître que les personnes asthmatiques ont le droit de bénéficier de soins intégrés, de haute qualité et fondés sur des données probantes dans tous les environnements cliniques et de soins. Cependant, les composantes de la prise en charge de l'asthme fondée sur des données probantes restent peu intégrées dans la pratique clinique (Andrews et coll., 2014; Pinnock et coll., 2015; Wisnivesky et coll., 2008), malgré les données probantes d'une amélioration de la qualité des soins (Cicutto et coll., 2014; Doherty, Jones, Davis, Ryan et Treeve, 2007; To, Cicutto, Degani, McLimont et Beyene, 2008). Le comité d'experts recommande aux organisations de faire de l'intégration et de l'évaluation des pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'asthme dans tous les environnements de soins une priorité d'entreprise. Par conséquent, il faut reconnaître ces pratiques exemplaires comme une priorité et établir des politiques, des programmes et des pratiques pour mener les opérations d'une manière conforme aux pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'asthme (Leipzig, 2010). Les pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme devraient être intégrées à tous les points où les personnes asthmatiques interagissent avec les fournisseurs de soins de santé, notamment dans les cliniques, les hôpitaux et les communautés (NIH, 2007; Sveum et coll., 2012). Faire des pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme une priorité d'entreprise dans l'ensemble du continuum de soins garantira que les soins sont fournis dans le cadre d'un système opportun et coordonné qui assure une évaluation, une prise en charge et un suivi fondés sur des données probantes pour les adultes asthmatiques.

La mise en œuvre au niveau organisationnel d'une prise en charge complète de l'asthme, fondée sur des données probantes, a démontré des améliorations de la qualité et des résultats cliniques au sein des soins primaires (Cicutto et coll., 2014; To et coll., 2008), ainsi que des améliorations de la prise en charge de l'asthme au sein des soins aigus (Doherty et coll., 2007). Une revue systématique menée par Pinnock et ses collègues (2015) a évalué la mise en œuvre de l'autogestion de l'asthme, une composante de la prise en charge de l'asthme fondée sur des données probantes, dans les soins cliniques de routine. Les interventions portant explicitement sur l'éducation, la formation professionnelle et l'engagement organisationnel ont montré les améliorations les plus constantes dans les résultats de l'asthme, comme les marqueurs de contrôle de l'asthme et la réduction du recours aux soins de santé non programmés. Par conséquent, on peut penser que l'intégration efficace des pratiques exemplaires doit se faire au sein d'une organisation où les pratiques exemplaires sont valorisées, soutenues et contrôlées.

Les organisations doivent réfléchir à la manière de promouvoir une culture de soutien actif à l'intégration des pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme. Pour y parvenir, la littérature et le comité d'experts suggèrent que les organisations ont besoin des éléments suivants :

- l'adhésion des dirigeants et de la direction à l'importance de faire des pratiques exemplaires en matière d'asthme une priorité de l'entreprise;
- la formation et soutien continu de l'ensemble du personnel professionnel aux pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme (Cicutto et coll., 2014; To et coll., 2008);

- des équipes multidisciplinaires collaboratives (Kaferle et Wimsatt, 2012; Pinnock et coll., 2015);
- la mise à disposition de ressources physiques, humaines et financières adéquates (AIIAO, 2007a) (par exemple, des sommes suffisantes allouées pour les besoins en équipement d'enseignement comme les dispositifs d'espacement, les modèles de plan d'action, le matériel éducatif, l'équipement de débit de pointe, le temps alloué au personnel pour assister à la formation, etc.);
- le suivi et évaluation continus de la mise en œuvre des processus de pratiques exemplaires en matière d'asthme et des mesures des résultats (Doherty et coll., 2007; AIIAO, 2007a). Pour plus d'information sur le suivi et l'évaluation des connaissances, voir la *Trousse d'outils : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* de l'AIIAO (2012b).

RECOMMANDATION 6.2 :

De la part des organisations, fournir les ressources et la formation professionnelle nécessaires pour intégrer les pratiques exemplaires d'évaluation et de prise en charge de l'asthme chez l'adulte dans tous les environnements de soins.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Afin d'intégrer les pratiques exemplaires en matière d'asthme adulte au niveau organisationnel, le comité d'experts recommande que des ressources et une formation adéquates soient consacrées à la mise en œuvre des recommandations fondées sur des données probantes. La mise en œuvre réussie de ces recommandations de pratiques exemplaires nécessite (1) un soutien organisationnel, (2) des aides à la décision clinique et (3) des processus de communication.

Soutiens organisationnels

Des ressources fiscales et humaines appropriées sont nécessaires pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires dans les organisations. Par exemple, des fonds supplémentaires peuvent être nécessaires pour acheter de l'équipement (par exemple, un équipement de surveillance du débit de pointe, des documents de référence pour les patients, etc.) et pour embaucher du personnel afin de garantir des niveaux de dotation adéquats et la capacité du personnel à fournir des soins de qualité aux asthmatiques. Les organisations devront également allouer du temps et des ressources pour soutenir les connaissances et les compétences du personnel professionnel concernant les pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme (par exemple, par le biais du perfectionnement professionnel).

Selon la littérature, l'adoption des pratiques exemplaires en matière d'asthme est améliorée lorsque les organisations appliquent les stratégies suivantes d'application des connaissances :

- offre d'un soutien clinique et des possibilités de coaching à l'ensemble du personnel (Cicutto et coll., 2014);
- proposition d'ateliers éducatifs interactifs et multidisciplinaires sur les pratiques exemplaires liées à la prise en charge de l'asthme (Cicutto et coll., 2014; Wisnivesky et coll., 2008);
- préparation de champions^G au sein de l'organisation pour soutenir l'adoption et la mise en œuvre des pratiques exemplaires (Cicutto et coll., 2014; Doherty et coll., 2007);
- fourniture d'outils de soutien clinique (par exemple, des modèles d'action contre l'asthme, des listes de contrôle pour l'éducation des patients et l'accès aux lignes directrices dans un format utilisable) (Cicutto et coll., 2014; Doherty et coll., 2007);
- réalisation d'audits et des retours d'expérience (Cicutto et coll., 2014; Doherty et coll., 2007). Par exemple, dans le cadre d'un essai contrôlé de mise en œuvre des directives relatives à l'asthme chez l'adulte dans le service des urgences, des audits des principaux indicateurs cliniques ont été réalisés en fonction des lacunes repérées dans les pratiques. Les données globales ont été affichées dans le service des urgences à intervalles d'environ un mois pour que le personnel puisse les consulter (Doherty et coll., 2007). De

même, une étude quasi expérimentale mettant en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes en matière d'asthme dans le cadre des soins primaires a fourni des rapports réguliers aux fournisseurs de soins primaires sur la base d'audits de dossiers d'indicateurs de qualité des soins de l'asthme documentés régulièrement sur une période de 18 mois (Cicutto et coll., 2014). Ces deux exemples montrent que le retour d'information est important pour soutenir le transfert de connaissances.

Aides à la décision clinique

Les aides à la décision clinique font référence à des rappels et des algorithmes ou des voies d'accès pour promouvoir l'utilisation de la prise en charge de l'asthme basée sur les lignes directrices pendant la prise de décision (AIIAO, 2012b). Des études ont rapporté que les rappels électroniques ont contribué à augmenter l'achèvement des plans d'action contre l'asthme par les fournisseurs, tant dans le domaine des soins primaires (Kaferle et Wimsatt, 2012) que dans celui des soins ambulatoires (Kuhn et coll., 2015). En outre, une étude contrôlée à laquelle ont participé dix hôpitaux canadiens a cherché à savoir si un parcours normalisé de soins aux urgences pour les adultes souffrant d'asthme serait accepté par le personnel et améliorerait le respect des lignes directrices canadiennes pour les urgences (Lougheed et coll., 2009). Malgré une participation modeste, les résultats indiquent des changements bénéfiques dans certains aspects de la prestation des soins aux asthmatiques, notamment les orientations et les nouvelles connaissances acquises par les personnes asthmatiques pendant les visites aux urgences, sans augmentation substantielle de la durée des séjours aux urgences (Lougheed et coll., 2009).

Pour de plus amples renseignements sur le parcours de soins aux urgences, visitez le site Web de l'Association pulmonaire de l'Ontario (<http://www.on.lung.ca/edacp>). À la lumière de ces résultats, le comité d'experts recommande que les aides à la décision clinique fondées sur les pratiques exemplaires soient importantes pour aider les équipes de soins de santé à prendre en charge l'asthme de manière appropriée.

Processus de communication et de coordination

Le comité d'experts reconnaît la nécessité de disposer de processus de communication efficaces pour s'assurer que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé, y compris la personne (asthmatique), sont au courant du diagnostic de l'asthme, de l'état de la maîtrise de l'asthme et du plan de soins de l'asthme de la personne lors des transitions de soins (par exemple, lorsqu'une personne retourne chez elle après une visite au service des urgences). L'asthme étant une maladie chronique, la communication et la coordination des soins sont nécessaires, car les soins sont dispensés dans différents établissements de santé, tout au long de la maladie, ainsi qu'entre les fournisseurs de soins de santé. La communication et la coordination sont également importantes pour maintenir la cohérence avec le plan de soins de l'asthme, y compris le plan d'éducation personnalisé et le plan d'action contre l'asthme documenté. En outre, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé doivent être informés et connaître les services et les processus d'orientation vers les services spécialisés dans l'asthme dans leur communauté afin d'aider les personnes asthmatiques à s'orienter dans le système de santé local. Pour de plus amples renseignements sur les stratégies interprofessionnelles efficaces en matière de soins et de communication, veuillez consulter la LDPE en soins infirmiers de l'AIIAO *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (2013a). Pour de plus amples renseignements sur la facilitation des transitions dans les soins, veuillez consulter la LDPE cliniques de l'AIIAO *Transitions des soins* (2014).

Le système de santé et les organisations de soins de santé doivent impliquer et collaborer avec les équipes interprofessionnelles de soins de santé afin d'identifier les ressources nécessaires pour soutenir les pratiques exemplaires en matière de soins de l'asthme. La mise en œuvre réussie des pratiques exemplaires d'évaluation et de prise en charge de l'asthme est un processus complexe. Les organisations peuvent utiliser des cadres comme le processus de mise en pratique des connaissances (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009) pour déterminer les considérations clés, les stratégies et les ressources nécessaires pour faciliter une culture de pratique fondée sur des données probantes. Pour afficher un exemple d'un cadre de processus de mise en pratique des connaissances, veuillez consulter la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b).

Lacunes dans la recherche et conséquences futures

En examinant les données probantes de cette ligne directrice, le comité d'experts et l'équipe du programme de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIO ont déterminé les domaines prioritaires de recherche énoncés au **tableau 4**. Ils sont classés dans la recherche sur la pratique, les résultats et le système de santé.

Tableau 4 : Secteurs de recherche prioritaires : pratiques, résultats et système de santé

CATÉGORIE	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
Recherche sur les pratiques	Des données probantes plus solides pour soutenir les points de coupure des critères de contrôle de l'asthme afin de déterminer son statut.
	Pratiques exemplaires pour intégrer la compétence informationnelle en santé et la pertinence culturelle dans la prise en charge de l'asthme chez les adultes
	Poursuite du développement d'outils validés pour évaluer l'anxiété ou la peur chez les adultes asthmatiques
	Validation d'outils d'évaluation pour déterminer la cognition et la capacité d'autogestion chez les adultes asthmatiques
Recherche sur les résultats	Façons d'inclure la dyade personne-soignant (non rémunérée) dans la prise en charge de l'asthme
	Disposition et éléments les plus efficaces d'un plan d'action contre l'asthme pour les adultes afin de parvenir à contrôler l'asthme
Recherche sur le système de santé	Efficacité des traitements complémentaires dans l'amélioration du contrôle de l'asthme (par exemple, thérapies musicales, écriture expressive, thérapies psychologiques, etc.)
	Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices sur l'asthme dans des contextes cliniques autres que les soins primaires
	Preuves à l'appui d'une composition du personnel et de niveaux d'effectifs efficaces dans la communauté pour des résultats de qualité en matière d'asthme
	Impact des inégalités de santé au Canada sur la prise en charge de l'asthme et ses résultats
	Élévation du niveau de preuve pour soutenir l'efficacité des CRE et des CAE dans l'amélioration de la qualité des soins et des résultats de l'asthme

Même s'il n'est pas exhaustif, le tableau ci-dessus constitue une tentative pour déterminer quels sont les sujets qu'il est essentiel d'étudier en matière de prise en charge de l'asthme chez les adultes, ainsi que d'établir une liste de priorités relative à ces projets. Bon nombre de recommandations dans cette ligne directrice sont fondées sur des données probantes quantitatives et qualitatives de recherche, tandis que d'autres s'appuient sur l'opinion du comité d'experts de l'AIIO. Des recherches substantielles supplémentaires doivent être effectuées pour valider certaines de ces recommandations. L'augmentation de données probantes obtenues par la recherche mènera à une amélioration des pratiques axées sur les besoins de la personne et de la famille.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de manière systématique et participative pour que les recommandations soient appropriées au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et van den Hoek, 2013). La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b) offre un processus éclairé par des données probantes dans ce but (voir l'**annexe Q**).

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- les chefs de file à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- la sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont repérés et participent à la mise en œuvre;
- l'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités;
- les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées.
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue;
- l'évaluation de l'impact de la ligne directrice est intégrée dans le processus;
- des ressources adéquates sont disponibles pour l'exécution de tous les aspects de la mise en œuvre des lignes directrices.

La *Trousse* utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus et coll., 2009) afin de démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances. Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances, comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre de nos lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD} qui développe la capacité de chaque infirmier et infirmière à encourager la conscientisation, l'engagement et l'adoption des lignes directrices de pratiques exemplaires.
2. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers^G, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et tirés des recommandations de pratique des LDPE, qui peuvent être facilement intégrés dans des dossiers médicaux électroniques, mais aussi utilisés dans des milieux basés sur le papier ou hybrides;
3. Les organisations vedettes en pratiques exemplaires (Best Practice Spotlight Organization^{MD} [BPSO^{MD}]), qui soutiennent la mise en œuvre des pratiques exemplaires à l'échelle des systèmes et des organismes. Les OVPE^{MD} se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application. Les pages Web suivantes fournissent des renseignements sur nos différentes stratégies de mise en œuvre :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO : <http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <http://RNAO.ca/bpg/bpso>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <http://RNAO.ca/events>.

Évaluation et suivi de la présente ligne directrice

Lorsque vous mettez en œuvre les recommandations de la ligne directrice, nous vous invitons à songer à un mode de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre et de son impact.

Le **tableau 5** est fondé sur un cadre présenté dans la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b), et illustre certains indicateurs précis pour surveiller et évaluer la mise en œuvre de cette ligne directrice.

Tableau 5 : Indicateurs de structure, de processus et de résultat

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
<p>Ces indicateurs sont liés aux soutiens et aux ressources nécessaires pour un système de santé, un organisme de services de santé ou un établissement d'enseignement, qui permet de mettre en œuvre avec succès de la ligne directrice intitulée <i>Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme</i>.</p>	<p>Ces indicateurs évaluent si les pratiques exemplaires liées à l'enseignement, à la formation et à la pratique des fournisseurs de soins de santé visant à améliorer la prise en charge de l'asthme ont été mises en œuvre.</p>	<p>Ils évaluent les effets de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice sur les organismes de soins de santé, les fournisseurs de soins de santé et les résultats pour la personne.</p>
	<p>Indicateurs de processus relatifs à la personne</p>	<p>Indicateurs de résultats relatifs à la personne</p>
<p>Les organisations fournissent une formation polyvalente, fondée sur des lignes directrices et animée par du personnel enseignant compétent et qualifié, afin que les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé acquièrent les compétences de base en matière de soins aux adultes asthmatiques (<i>oui/non</i>).</p> <p>Les établissements d'enseignement supérieur fournissent une formation polyvalente, fondée sur des lignes directrices et animée par des enseignants compétents et qualifiés, afin que l'effectif étudiant entrant dans la profession infirmière ou une autre profession de soins de santé acquièrent les compétences de base en matière de prise en charge de l'asthme (<i>oui/non</i>).</p>	<p><i>Diagnostic</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques dont le dossier médical a été examiné en vue d'établir un diagnostic d'asthme et à qui l'on a posé les deux questions décrites dans la recommandation 1.1.</p> <p><i>Contrôle de l'asthme</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques dont le contrôle de l'asthme a été évalué selon la recommandation 1.2a lors de chaque rencontre.</p> <p><i>Exacerbations de l'asthme</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques souffrant actuellement d'une exacerbation de l'asthme et bénéficiant d'une prise en charge appropriée de l'asthme conformément à la recommandation 1.2b.</p>	<p><i>Diagnostic</i> : Pourcentage d'adultes ayant un diagnostic confirmé d'asthme.</p> <p><i>Contrôle de l'asthme</i> : Pourcentage d'adultes dont l'asthme est contrôlé, tel que défini dans la recommandation 1.2a.</p> <p><i>Asthme non contrôlé</i> : Pourcentage d'adultes souffrant d'asthme non contrôlé tel que défini dans la recommandation 1.2a.</p> <p><i>Exacerbations futures</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques présentant un risque d'exacerbation future de l'asthme, tel que défini dans la recommandation 1.3.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
<p>Les organisations établissent des politiques, des programmes et des pratiques conformes aux pratiques exemplaires et aux recommandations de <i>Soins de l'asthme chez les adultes : promotion du contrôle de l'asthme (oui/non)</i>.</p> <p>Les organisations fournissent les ressources nécessaires pour soutenir les soins fondés sur des données probantes des adultes asthmatiques (par exemple, débitmètre de pointe, matériel éducatif, etc.) (<i>oui/non</i>).</p> <p>Disponibilité de ressources éducatives et d'aides à la décision fondées sur des données probantes pour favoriser une prise de décision éclairée concernant les soins et la prise en charge de l'asthme chez l'adulte (<i>oui/non</i>).</p> <p>Les organisations proposent des activités annuelles de développement professionnel liées à la prise en charge des adultes asthmatiques pour tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé (par exemple, services internes, formation/orientation clinique, élaboration de politiques et de procédures, formulaires de documentation) (<i>oui/non</i>).</p> <p>Les organisations mettent en œuvre une formation initiale et un programme d'assurance qualité pour les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé qui effectuent des spirométries pour les adultes asthmatiques et assurent le contrôle de la qualité des équipements, des techniques et des procédures (<i>oui/non</i>).</p>	<p><i>Risque futur d'exacerbations</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques dont le risque futur d'exacerbation de l'asthme a été évalué selon la recommandation 1.3 lors de chaque rencontre.</p> <p><i>Facteurs de risque affectant la gestion</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques ayant fait l'objet d'une évaluation des facteurs de risque affectant la complexité de la prise en charge de l'asthme, notamment : l'âge, le sexe, les habitudes tabagiques, les déterminants sociaux de la santé, les déclencheurs et les comorbidités.</p> <p><i>Plan d'enseignement</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques disposant d'un plan d'enseignement sur l'asthme centré sur la personne et tenant compte des besoins en matière d'apprentissage, de la culture, des compétences informationnelles en santé et de l'autonomisation.</p> <p><i>Formation</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques ayant reçu une formation sur les compétences essentielles et l'autogestion de l'asthme, conformément aux recommandations 3.1a et 3.1b.</p> <p><i>Technique d'inhalation</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques ayant reçu une éducation active (observation, retour d'information, démonstration physique et instructions écrites) sur la technique d'inhalation correcte lors de chaque rencontre.</p> <p><i>Dispositif d'inhalation</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques qui ont participé à la prise de décision partagée pour le choix d'un dispositif d'inhalation.</p>	<p><i>Technique d'inhalation</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques qui démontrent une technique d'inhalation précise.</p> <p><i>DEP</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques qui ont reçu une formation sur la mesure du DEP et qui démontrent une utilisation précise.</p> <p><i>Satisfaction à l'égard des soins</i> : Pourcentage d'adultes satisfaits de leur plan de prise en charge de l'asthme.</p> <p><i>Qualité de vie</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques dont les scores de qualité de vie ne sont pas altérés (par exemple, questionnaire sur la qualité de vie dans l'asthme [AQLQ]).</p>

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
	<p><i>DEP</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques (parmi ceux jugés appropriés) qui ont reçu une formation sur la mesure des débits expiratoires de pointe.</p> <p><i>Plan d'action personnel</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques participant à l'élaboration et à la révision d'un plan d'action personnalisé et documenté contre l'asthme (c'est-à-dire par écrit).</p> <p><i>Autogestion</i> : Pourcentage d'adultes souffrant d'asthme non contrôlé et présentant un risque d'exacerbations graves qui bénéficient d'un soutien à l'autogestion par le biais de visites à domicile et/ou de soins de santé virtuels (par exemple, appels téléphoniques, télésurveillance).</p> <p><i>Recommandation</i> : Pourcentage d'adultes asthmatiques qui n'avaient pas de fournisseur de soins primaires et qui ont été orientés et mis en relation avec un fournisseur de soins primaires et un CAE ou CRE (si disponible) lors de leur première visite.</p> <p><i>Évaluation</i> : Pourcentage d'adultes souffrant d'asthme dont le plan de soins est réévalué et évalué selon la recommandation 4.1 lors de chaque rencontre. Notamment les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pourcentage d'adultes asthmatiques dont on a évalué l'utilisation réelle des médicaments prescrits (par exemple, autoévaluation, rapports de pharmacie); ■ pourcentage d'adultes asthmatiques évalués pour les obstacles à l'utilisation des médicaments; 	

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
	<ul style="list-style-type: none"> ■ pourcentage d'adultes asthmatiques identifiés comme faisant face à des obstacles à l'utilisation des médicaments et qui ont bénéficié d'un soutien pour surmonter ces obstacles. 	
	Indicateurs relatifs au processus propre au fournisseur de soins de santé	Indicateurs relatifs au résultat propre au fournisseur de soins de santé
	<p>Pourcentage d'infirmières, d'infirmiers et d'autres fournisseurs de soins de santé qui reçoivent une formation polyvalente, fondée sur des lignes directrices et animée par des enseignants compétents et qualifiés, afin d'acquérir les compétences essentielles en matière de soins aux asthmatiques.</p> <p>Pourcentage d'étudiants entrant en soins infirmiers et dans d'autres professions de santé qui reçoivent une formation polyvalente, fondée sur des lignes directrices, dispensée par des enseignants compétents et qualifiés, et qui acquièrent les compétences essentielles en matière de soins aux asthmatiques.</p> <p>Pourcentage d'enseignants en asthme qui obtiennent et conservent le titre de CRE ou de CAE.</p> <p>Pourcentage de fournisseurs de soins de santé qui reçoivent un enseignement et une formation normalisés pour effectuer une spirométrie.</p>	<p>Pourcentage de nouveaux diplômés en soins infirmiers et d'autres professions de soins de santé qui peuvent démontrer les compétences de base du traitement de l'asthme.</p> <p>Pourcentage de nouveaux diplômés en soins infirmiers et d'autres professions de soins de santé qui déclarent avoir une confiance accrue dans les compétences de base du traitement de l'asthme.</p>

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Les Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation^{MD} (NQUIRE^{MD}) (indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation) ont été conçus pour Best Practice Spotlight Organizations^{MD} (BPSO^{MD}) (organisations vedettes des pratiques exemplaires ou OVPE) de l'AIIAO, afin d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO dans ses organismes. NQUIRE, qui représente la première initiative internationale d'amélioration de la qualité en son genre, offre une base de données pour des indicateurs de qualité dérivés des recommandations de LDPE sélectionnées de l'AIIAO. Pour en savoir plus, veuillez consulter <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers intégrés dans les dossiers médicaux électroniques offrent un mécanisme pour la saisie d'indicateurs de processus sous forme de données électroniques. En traçant un lien entre les indicateurs de mode d'organisation, de processus et de résultats, on parvient à déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients. Pour en savoir plus, veuillez consulter <http://rnao.ca/ehealth/nursingordersets>.

Processus pour la mise à jour et l'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) de la façon suivante :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) exerce une surveillance régulière à la recherche de nouveaux examens méthodiques, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. En s'appuyant sur cette recherche, le personnel du centre des AILDPE peut recommander une période de révision anticipée pour une LDPE particulière. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser les lignes directrices avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel du centre des AILDPE commence à planifier l'examen de la façon suivante :
 - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées au cours de la mise en œuvre de la LDPE et les commentaires et expériences d'OVPE^{MD} et d'autres organisations ayant appliqué la LDPE.
 - c) En compilant de nouvelles lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires dans le domaine et procédant à un examen méthodique des données probantes.
 - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.



Références

- Adams, K., Greiner, A. C. et Corrigan, J. M. (éd.). (2004). *Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit—A focus on communities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Adams, R., Smith, B. et Ruffin, R. (2000). « Factors associated with hospital admission and repeat emergency department visits for adults with asthma ». *Thorax*, 55(7), 566–573.
- Adeniyi, F. B. et Young, T. (2012). « Weight loss interventions for chronic asthma ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012.
- Adeyeye, O. O., Kuyinu, Y. A., Bamisile, T. R. et Oghama, C. I. (2015). « A preliminary assessment of nurses' asthma education needs and the effect of a training programme in an urban tertiary healthcare facility ». *African Journal of Respiratory Medicine*, 10(2), 13–17.
- Al-Jahdali, A., Ahmed, A., Al-Harbi, A., Khan, M., Baharoon, S., Bin Salih, S., [...] Al-Muhsen, S. (2013). « Improper inhaler technique is associated with poor asthma control and frequent emergency department visits ». *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, 9(1). DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/1710-1492-9-8>
- Andrews, K. L., Jones, S. C. et Mullan, J. (2014). « Asthma self management in adults: a review of current literature ». *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 21(1), 33–41.
- Araujo, L., Jacinto, T., Moreira, A., Castel-Branco, M. G., Delgado, L., Costa-Pereira, A. et Fonseca, J. (2012). « Clinical efficacy of web-based versus standard asthma self-management ». *Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology*, 22(1), 28–34.
- Axelsson, M. et Lotvall, J. (2012). « Recent educational interventions for improvement of asthma medication adherence ». *Asia Pacific Allergy*, 2(1), 67–75. DOI:<http://dx.doi.org/10.5415/apallergy.2012.2.1.67>
- Bahadori, K., Doyle-Waters, M., Marra, C., Lynd, L., Alasaly, K., Swiston, J., FitzGerald, M. (2009). « Economic burden of asthma: a systematic review ». *BMC Pulmonary Medicine*, 9(24). DOI: 10.1186/1471-2466-9-24.
- Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C. et Nickleson, L.E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.
- Basheti, I. A., Qunaibi, E. A., Hamadi, S. A., et Reddel, H. K. (2014). « Inhaler technique training and health-care professionals: Effective long-term solution for a current problem ». *Respiratory Care*, 59(11), 1716–1725. DOI:<http://dx.doi.org/10.4187/respcare.02671>
- Bender, B. G., Dickinson, P., Rankin, A., Wamboldt, F. S., Zittleman, L. et Westfall, J. M. (2011). « The Colorado asthma toolkit program: A practice coaching intervention from the high plains research network ». *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 240–248. DOI:<http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100171>
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D. et Crotty, K. (2011). « Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review ». *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et Marteau, T. (1999). « Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines ». *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

- Boudreau, M., Bacon, S. L., Ouellet, K., Jacob, A., et Lavoie, K. L. (2014). « Mediator effect of depressive symptoms on the association between BMI and asthma control in adults ». *Chest*, 146(2), 348–354. DOI:<http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-1796>
- Boulet, L. P., Boulay, M. E., Gauthier, G., Battisti, L., Chabot, V., Beauchesne, M. F., Villeneuve, D. et Cote, P. (2015). « Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes ». *Respiratory Medicine*, 109(8), 991–1000. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2015.05.004>
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., [...] Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(108), E839–842.
- British Medical Journal. (2016). *BMJ Best Practice: Acute asthma exacerbation in adults*. Récupéré de <http://us.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/45.html>
- British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2014). *British guideline on the management of asthma: A national clinical guideline*. Récupéré de <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2014/>
- Buckstein, D. (2016). « Patient adherence and effective communication ». *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*, 117(6), 613–619.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2017). *Asthme lié au travail*. Récupéré de <https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/asthma.html>
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Récupéré de http://www.cfhficass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf
- Réseau canadien pour les soins respiratoires. (2013). *National learning objectives for asthma educators*. Récupéré de [http://cnrchome.net/certifiedasthmaeducators\(cae\).html](http://cnrchome.net/certifiedasthmaeducators(cae).html)
- Institut canadien pour la sécurité des patients; Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (2015). *Le bilan comparatif des médicaments en soins à domicile : Trousse de départ*. Récupéré de https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_HC_French_GSK_v2.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Récupéré de http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/training_modules/19/desc-andanalytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
- Cicutto, L., Dingae, M. B. et Langmack, E. L. (2014). « Improving asthma care in rural primary care practices: A performance improvement project ». *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34(4), 205-214. DOI:<http://dx.doi.org/10.1002/chp.21254>
- Ciprandi, G., Schiavetti, I., Bellezza Fontana, R., Sorbello, V. et Ricciardolo, F. L. (2014). « Overweight and obesity as risk factors for impaired lung function in patients with asthma: A real-life experience ». *Allergy and Asthma Proceedings: The Official Journal of Regional and State Allergy Societies*, 35(4), e62–e71. DOI:<http://dx.doi.org/10.2500/aap.2014.35.3773>
- Cleland, J. A., Hall, S., Price, D. et Lee, A. J. (2007). « An exploratory, pragmatic, cluster randomised trial of practice nurse training in the use of asthma action plans ». *Primary Care Respiratory Journal*, 16(5), 311–318.
- Coates, A. L., Graham, B. L., McFadden, R. G., McParland, C., Moosa, D., Provencher, S. et Road, J. (2013). « Spirometry in primary care ». *Canadian Respiratory Journal*, 20(1), 13–22.

- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009 a). *La prestation de soins adaptés à la culture*. Toronto (Ont.) : Auteur. Récupéré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009b). *Normes professionnelles, édition révisée 2002* [Internet]. Toronto (Ont.) : Auteur. Récupéré de https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006_profstds.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2011). *L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement*. Toronto (Ont.) : Auteur. Récupéré de https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51062_pracexpectations.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013 a). *Relation thérapeutique entre le client et le personnel infirmier, révisé en 2006*. Récupéré de http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014 a). *Complementary therapies*. Récupéré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41021_compththerapies.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014b). *LPSR : champ d'application et actes autorisés*. Récupéré de : https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/51052_rhpa-b.pdf
- Corrado, A., Renda, T., Polese, G. et Rossi, A. (2013). « Assessment of asthma control: The SERENA study ». *Respiratory Medicine*, 107(11), 1659–1666. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2013.08.019>
- Cowie, R., Underwood, M., Revitt, S. et Field, S. (2001). « Predicting emergency department utilization in adults with asthma: a cohort study ». *Journal of Asthma*, 38(2), 179–184.
- Crane, M. A., Jenkins, C. R., Goeman, D. P. et Douglass, J. A. (2014). « Inhaler device technique can be improved in older adults through tailored education: Findings from a randomised controlled trial ». *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 24(14034). doi:<http://dx.doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.34>
- Davies, B., Danseco, E., Cicutto, L., Higuchi, K. S., McConnell, H., Edwards, N., [...] Clarke, D. (2006). *Nursing best practice guidelines evaluation user guide: Inhaler device assessment tool for promoting asthma control in children*. Centre de recherche sur les pratiques exemplaires, Université d'Ottawa, Canada. p. 1-30. Récupéré de http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/5378_1852_IDAT_PedAsthma_User_Guide_FINAL_Nov2006.pdf
- de Sousa, J. C., Pina, A., Cruz, A. M., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J. [...] Yaphe, J. (2013). « Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: A cross-sectional observational study ». *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 181–187. DOI:<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00037>
- Denford, S., Taylor, R. S., Campbell, J. L. et Greaves, C. J. (2014). « Effective behavior change techniques in asthma self-care interventions: Systematic review and meta-regression ». *Health Psychology*, 33(7), 577–587. DOI:<http://dx.doi.org/10.1037/a0033080>
- Doherty, S. R., Jones, P. D., Davis, L., Ryan, N. J. et Treeve, V. (2007). « Evidence-based implementation of adult asthma guidelines in the emergency department: a controlled trial ». *Emergency Medicine Australasia*, 19(1), 31–38.
- Donald, K., McBurney, H., Teichtahl, H., Irving, L., Browning, C., Rubinfeld, A., [...] Casanelia, S. (2008). Telephone based asthma management; financial and individual benefits. *Australian Family Physician* 37(4), 212–275.
- Eichenberger, P. A., Diener, S. N., Kofmehl, R. et Spengler, C. M. (2013). « Effects of exercise training on airway hyperreactivity in asthma: A systematic review and meta-analysis ». *Sports Medicine*, 43(11), 1157–1170. DOI:<http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0077-2>
- Eisner, M., Katz, P., Yelin, E., Shiboski, S. et Blanc, P. (2001). « Risk factors among adults with asthma: the influence of sociodemographic factors and asthma severity ». *Respiratory Research*, 2(1), 53–60.

- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., [...] Barry, M. (2012). « Shared-decision making: A model for clinical practice ». *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.
- Favreau, H., Bacon, S. L., Labrecque, M. et Lavoie, K. L. (2014). « Prospective impact of panic disorder and panic-anxiety on asthma control, health service use, and quality of life in adult patients with asthma over a 4-year follow-up ». *Psychosomatic Medicine*, 76(2), 147–155. DOI:<http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000032>
- Federman, A. D., Wolf, M., Sofianou, A., Wilson, E. A. H., Martynenko, M., Halm, E. A., [...] Wisnivesky, J. P. (2013). « The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma ». *Patient Education and Counseling*, 92(2), 273–278. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.013>
- Federman, A. D., Wolf, M. S., Sofianou, A., Martynenko, M., O'Connor, R., Halm, E. A., [...] Wisnivesky, J. P. (2014). « Self-management behaviors in older adults with asthma: Associations with health literacy ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 872–879. DOI:<http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12797>
- Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- FitzGerald, M., Boulet, L. P., McIvor, A., Zimmerman, S. et Chapman, K. (2006). « Asthma control in Canada remains suboptimal: The reality of asthma control study ». *Canadian Respiratory Journal*, 13(5), 25–259.
- Fleiss, J., Levin, B., et Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3^e éd.). New York (New York) : John Wiley and Sons.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Récupéré de http://www.cfhficass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf
- Franca-Pinto, A., Mendes, F. A. R., De Carvalho-Pinto, R. M., Agondi, R. C., Cukier, A., Stelmach, R. et Carvalho, C. R. F. (2015). « Aerobic training decreases bronchial hyperresponsiveness and systemic inflammation in patients with moderate or severe asthma: A randomized controlled trial ». *Thorax*, 70(8), 732–739. DOI:<http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-206070>
- Freitas, D. A., Holloway, E. A., Bruno, S. S., Chaves, S. S. G., Fregonezi, A. F. G. et Mendonca, M. P. P. K. (2013). « Breathing exercises for adults with asthma ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10).
- Gershon, A., Wang, C. N., Cicutto, L. et To, T. (2007). « The burden of asthma: Can it be erased? The Ontario record ». *Healthcare Quarterly*, 10(1), 22–24.
- Gibson, P. G., Powell, H., Coughlan, J., Wilson, A. J., Abramson, M., Haywood, P., [...] Walters. E. H. (2003). « Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003(1).
- Glasziou, P., Irwig, L.I. et Mant, D. (2005). « Monitoring in chronic disease: A rational approach ». *BMJ Journals*, 330, 644–648.
- Global Initiative for Asthma. (2015). « *Global strategy for asthma management and prevention* » (mise à jour 2015). Récupéré de : <http://ginasthma.org/>
- Goeman, D., Jenkins, C., Crane, M., Paul, E. et Douglass, J. (2013). « Educational intervention for older people with asthma: A randomized controlled trial ». *Patient Education and Counseling*, 93(3), 586–595.
- Gonzalez-Barcala, F. J., De La Fuente-Cid, R., Tafalla, M., Nuevo, J. et Caamano-Isorna, F. (2012). « Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study ». *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(5). DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/2049-6958-7-32>

- Griffey, R., Kennedy, S., McGowan, L., Goodman, K. et Kaphingst, K. (2014). « Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? ». *Academy of Emergency Medicine*, 21(10), 109–115.
- Halbert, R. J., Tinkelman, D. G., Globe, D. R. et Lin, S. L. (2009). « Measuring asthma control is the first step to patient management: A literature review ». *Journal of Asthma*, 46(7), 659–664. DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/02770900902963128>
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. Dans S. E. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (édit.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2^e éd.) (p. 110–120). Chichester, (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons, Ltd.
- Hayat, E., Borekci, S. et Gemicioglu, B. (2014). « Reflux, allergic rhinitis, and sleep disorders with asthma control and quality of life ». *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(6), 453–456. DOI:<http://dx.doi.org/10.4328/JCAM.1478>
- Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. (2012). *De l'innovation à l'action : premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé*. Récupéré du site Web du Conseil de la fédération : https://canadaspremiers.ca/wp-content/uploads/2013/04/health_innovation_report_fr.pdf
- Huo, N., Ray, G. E., Mehta, S. et LoBello, S. G. (2015). « Complementary and alternative medicine use among people with asthma and health-related quality of life ». *Journal of Asthma*, 52(3), 308–313. DOI:<http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2014.963867>
- Hwang, E. K., Jin, H. J., Nam, Y. H., Shin, Y. S., Ye, Y. M., Nahm, D. H. et Park, H. S. (2012). « The predictors of poorly controlled asthma in elderly ». *Allergy, Asthma and Immunology Research*, 4(5), 270–276. DOI:<http://dx.doi.org/10.4168/air.2012.4.5.270>
- Jubran A. (2004). « Pulse oximetry ». *Intensive Care Medicine*, 30(11), 2017–2020.
- Juel, C. T. B. et Ulrik, C. S. (2013). « Obesity and asthma: Impact on severity, asthma control, and response to therapy ». *Respiratory Care*, 58(5), 867–873. DOI:<http://dx.doi.org/10.4187/respcare.02202>
- Kaferle, J. E. et Wimsatt, L. A. (2012). « A team-based approach to providing asthma action plans ». *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2), 247–249. DOI:<http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110145>
- Kim, M. Y., Jo, E. J., Kang, S. Y., Chang, Y. S., Yoon, I. Y., Cho, S. H., KU, M. et Kim, S. H. (2013). « Obstructive sleep apnea is associated with reduced quality of life in adult patients with asthma ». *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 110(4), 253–257. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2013.01.005>
- Kokubu, F., Nakajima, S., Ito, K., Makino, S., Kitamura, S., Fukuchi, Y., [...] Miyamoto, T. (2000). « Hospitalization reduction by an asthma telemedicine system ». *Aerugi* 49(1), 19–31.
- Krasnodebska, P., Hermanowicz-Salamon, J., Domagala-Kulawik, J. et Chazan, R. (2012). « Factors influencing asthma course and the degree of control in the patients assessed with own questionnaire and Asthma control Test (ACT) ». *Pneumologia i Alergologia Polska*, 80(3), 198–208.
- Krauskopf, K. A., Sofianou, A., Goel, M. S., Wolf, M. S., Wilson, E. A. H., Martynenko, M., [...] Wisnivesky, J. P. (2013). « Depressive symptoms, low adherence, and poor asthma outcomes in the elderly ». *Journal of Asthma*, 50(3), 260–266. DOI:<http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2012.757779>
- Krieger, J., Song, L. et Philby, M. (2015). « Community health worker home visits for adults with uncontrolled asthma: The HomeBASE trial randomized clinical trial ». *JAMA Internal Medicine*, 175(1), 109–117.

- Kuhn, L., Reeves, K., Taylor, Y., Tapp, H., McWilliams, A., Gunter, A., [...] Dulin, M. (2015). « Planning for action: The impact of an asthma action plan decision support tool integrated into an Electronic Health Record (EHR) at a large health care system ». *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(3), 382–393. DOI:<http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2015.03.140248>
- Leipziger, D. (2010). *The corporate responsibility code book* (2^e éd.) Saltaire, UK: Greenleaf Publishing.
- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., et Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(5). DOI:10.1002/14651858.CD006732.pub2
- Leung, J. M., Bhutani, M., Leigh, R., Pelletier, D., Good, C. et Sin, D. D. (2015). « Empowering family physicians to impart proper inhaler teaching to patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma ». *Canadian Respiratory Journal*, 22(5), 266–270.
- Liang, B., Yi, Q. et Feng, Y. (2013). « Association of gastroesophageal reflux disease with asthma control ». *Diseases of the Esophagus*, 26(8), 794–798. DOI:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2050.2012.01399.x>
- Licskai, C. J., Sands, T. W., Paolatto, L., Nicoletti, I. et Ferrone, M. (2012). « Spirometry in primary care: an analysis of spirometry test quality in a regional primary care asthma program ». *Canadian Respiratory Journal*, 19(4), 249–254.
- Londono, A. M. M., & Schulz, P. J. (2015). « Influences of health literacy, judgment skills, and empowerment on asthma self-management practices ». *Patient Education and Counseling*, 98(7), 908–917. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.003>
- Lougheed, M. D., Lemièrre, C., Dell, S. D., Ducharme, F. M., FitzGerald, J. M. Leigh, R., [...] Boulet, L-P. (2010). « Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum—2010 Consensus Summary for children six years of age and over, and adults ». *Canadian Respiratory Journal*, 17(1), 15–24. Récupéré de http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/cts_asthma_consensus_summary_2010.pdf
- Lougheed, M. D., Lemièrre, C., Ducharme, F. M., Licskai, C., Dell, S., Rowe, B., [...] Boulet, L. P. (2012). « Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société : le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes ». *Canadian Respiratory Journal*, 19(2), 127–164. Récupéré de <https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2018/02/3-2012-Asthma-Executive-Summary-FRENCH.pdf>
- Lougheed, M. D., Olajos-Clow, J., Szpiro, K., Moyse, P., Julien, B., Wang, M. et Day, A. G. (2009). « Multicentre evaluation of an emergency department asthma care pathway for adults ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(3), 214–229.
- Lutfiyya, M. N., McCullough, J. E. et Lipsky, M. S. (2011). « A population based study of health service deficits for U.S. adults with asthma ». *Journal of Asthma*, 48(9), 931–944.
- Maalej, S., Yaacoub, Z., Fakhfekh, R., Yaalaoui, S., Kheder, A. B. et Drira, I. (2012). « Association of obesity with asthma severity, control and quality of life ». *Tanaffos*, 11(1), 38–43.
- Mancuso, C. A., Choi, T. N., Westermann, H., Wenderoth, S., Wells, M. T. et Charlson, M. E. (2013). « Improvement in asthma quality of life in patients enrolled in a prospective study to increase lifestyle physical activity ». *Journal of Asthma*, 50(1), 10–107.
- Manoharan, A., Anderson, W. J., Lipworth, J. et Lipworth, B. J. (2015). « Assessment of spirometry and impulse oscillometry in relation to asthma control ». *Lung*, 193(1), 47–51. DOI:<http://dx.doi.org/10.1007/s00408-014-9674-6>

- Mazurek, J. M., Knoeller, G. E. et Moorman, J. E. (2012). « Effect of current depression on the association of work-related asthma with adverse asthma outcomes: A cross-sectional study using the behavioral risk factor surveillance system ». *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1135–1142. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.045>
- Mclvor, A., Boulet, L. P., FitzGerald, M., Zimmerman, S. et Chapman, L. (2007). « Asthma control in Canada: No improvement since we last looked in 1999 ». *Canadian Family Physician*, 53(4), p. 672 à 677.
- McLean, S., Chandler, D., Nurmatov, U., Liu, L. Y. J., Pagliari, C., Car, J., et Sheikh, A. (2012). « Telehealthcare for asthma ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8).
- Meyer, A., Gunther, S., Volmer, T., Taube, K. et Baumann, H. J. (2015). « A 12-month, moderate-intensity exercise training program improves fitness and quality of life in adults with asthma: A controlled trial ». *BMC Pulmonary Medicine*, 15(1).
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535. DOI : 10.1136/bmj.b2535
- National Centre for Biotechnology Information. (2016). « MeSH Term: Breathing exercises ». Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001945>
- National Institute of Health—National Heart, Lung, and Blood Institute. (2007). « Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma (3^e éd.) ». Récupéré de <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>
- National Voices. (2014). *Prioritising person-centred care: Supporting shared decision-making*. Récupéré de www.nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/supporting_shared_decision-making.pdf
- Nettina, S. (2014). *Lippincott manual of nursing practice* (10^e éd.). Ambler, PA: Wolters Kluwer Health and Lippincott Williams et Wilkins.
- Ng, M. L., Warlow R. S., Chrisanthan, N. et Walls, R. (2000). « Preliminary criteria for the definition of allergic rhinitis: A systematic evaluation of clinical parameters in a disease cohort (I) ». *Clinical and Experimental Allergy*, 30(9), 1314–1331.
- Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*. (1991). L.O. 1991, chap. 32, ainsi modifiée. Récupéré de <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/91n32>
- O’Conor, R., Wolf, M. S., Smith, S. G., Martynenko, M., Vicencio, D. P., Sano, M., [...] Federman, A. D. (2015). « Health literacy, cognitive function, proper use, and adherence to inhaled asthma controller medications among older adults with asthma ». *Chest*, 147(5), 1307–1315. DOI:<http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0914>
- Ouellet, K., Bacon, S. L., Boudreau, M., Plourde, A., Moullec, G. et Lavoie, K. L. (2012). « Individual and combined impact of cigarette smoking, anxiety, and mood disorders on asthma control ». *Nicotine and Tobacco Research*, 14(8), 961–969. DOI:<http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntr315>
- Pakhale, S., Luks, V., Burkett, A. et Turner, L. (2013). « Effect of physical training on airway inflammation in bronchial asthma: A systematic review ». *BMC Pulmonary Medicine*, 13(1). DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2466-13-38>
- Pare, G., Moqadem, K., Pineau, G. et St-Hilaire, C. (2010). « Clinical effects of home telemonitoring in the context of diabetes, asthma, heart failure and hypertension: A systematic review ». *Journal of Medical Internet Research*, 12(2), e21. DOI:<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1357>
- Patel, M. R., Valerio, M. A., Janevic, M. R., Gong, Z. M., Sanders, G., Thomas, L. J. et Clark, N. M. (2013). « Long-term

- effects of negotiated treatment plans on self-management behaviors and satisfaction with care among women with asthma ». *Journal of Asthma*, 50(1), 82–89.
- Patel, M. R., Valerio, M. A., Sanders, G., Thomas, L. J. et Clark, N. M. (2012). « Asthma action plans and patient satisfaction among women with asthma ». *Chest*, 142(5), 1143–1149.
- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50–71.
- Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H., Greenhalgh, T., Sheikh, A., [...] Taylor, S. J. C. (2015). « Implementing supported self-management for asthma: A systematic review and suggested hierarchy of evidence of implementation studies ». *BMC Medicine*, 13(1). DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/s12916-015-0361-0>
- Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., [...] Downey, A. (2010). « The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study ». *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(4), 238–251.
- Policicchio, J., Nelson, B. et Duffy, S. (2011). « Bringing evidence-based continuing education on asthma to nurses ». *Clinical Nurse Specialist*, 25(3), 125–132.
- Polit, D. F., Beck, C. T., et Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5^e éd.). Philadelphie (Pennsylvanie) Lippincott.
- Poureslami, I., Nimmon, L., Doyle-Waters, M., Rootman, I., Schulzer, M., Kuramoto, L. et FitzGerald, J. M. (2012). « Effectiveness of educational interventions on asthma self-management in Punjabi and Chinese asthma patients: A randomized controlled trial ». *Journal of Asthma*, 49(5), 542–551.
- Press, V. G., Pappalardo, A. A., Conwell, W. D., Pincavage, A. T., Prochaska, M. H. et Arora, V. M. (2012). « Interventions to improve outcomes for minority adults with asthma: A systematic review ». *Journal of General Internal Medicine*, 27(8), 1001–1015. DOI:<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2058-9>
- Price, D., Dale, P., Elder, E. et Chapman, K. R. (2014). « Types, frequency and impact of asthma triggers on patients' lives: A quantitative study in five European countries ». *Journal of Asthma*, 51(2), 127–135. DOI:<http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2013.846369>
- Pur Ozyigit, L., Ozcelik, B., Ozcan Ciloglu, S. et Erkan, F. (2014). « The effectiveness of a pictorial asthma action plan for improving asthma control and the quality of life in illiterate women ». *Journal of Asthma*, 51(4), 423–428.
- Rahmati, H., Ansarfard, F., Ghodsbin, F., Ghayumi, M. A. et Sayadi, M. (2014). « The effect of training inhalation technique with or without spacer on maximum expiratory flow rate and inhaler usage skills in asthmatic patients: A randomized controlled trial ». *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(4), 211–219.
- Rajanandh, M. G., Nageswari, A. D. et Ilango, K. (2014). « Influence of demographic status on pulmonary function, quality of life, and symptom scores in patients with mild to moderate persistent asthma ». *Journal of Experimental and Clinical Medicine (Taiwan)*, 6(3), 102–104. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jecm.2014.03.008>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2004 a). *Adult asthma care guidelines for nurses: Promoting control of asthma*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2004b). *Promoting asthma control in children*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2005). *Nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in*

individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007 a). *Adult asthma care guidelines for nurses: Promoting control of asthma supplement*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007b). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2008). *Promoting asthma control in children supplement*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010 a). *Nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) supplement*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010b). *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012 a). *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012b). *Trousse : Mise en œuvre des directrices sur les pratiques d'excellence* (2^e éd.). Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013 a). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013b). *Déterminants sociaux de la santé* [brochure]. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014). *Soins de transition*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Toronto (Ont.) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017) *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne* (3^e éd.). Toronto (Ont.) : Auteur.

Rifaat, N., Abdel-Hady, E. et Hasan, A. A. (2013). « The golden factor in adherence to inhaled corticosteroid in asthma patients ». *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 62(3), 371-376. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcdt.2013.07.010>

Ring, N., Malcolm, C., Wyke, S., MacGillivray, S., Dixon, D., Hoskins, G., [...] Sheikh, A. (2007). « Promoting the use of personal asthma action plans: A systematic review ». *Primary Care Respiratory Journal*, 16(5), 271-283. DOI:<http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2007.00049>

Ross, J. A., Yang, Y., Song, P. X. K., Clark, N. M. et Baptist, A. P. (2013). « Quality of life, health care utilization, and control in older adults with asthma ». *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 1(2), 157-162. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2012.12.003>

Rootman, I. et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*. Ottawa (Ontario) : Association canadienne de santé publique.

Roy, S. R., McGuinty, E. E., Hayes, S. C. et Zang, L. (2010). « Regional and racial disparities in asthma hospitalizations in Mississippi ». *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(3), 636-642.

- Sadatsafavi, M., Lynd, L., Marra, C., Carleton, B., Tan, W., Sullivan, S. et FitzGerald, J. M. (2010). « Direct health care costs associated with asthma in British Columbia ». *Canadian Respiratory Journal*, 17(2), 74–80.
- Saito, J., Sato, S., Fukuhara, A., Sato, Y., Nikaido, T., Inokoshi, Y., [...] Munakata, M. (2013). « Association of asthma education with asthma control evaluated by asthma control test, FEV₁, and fractional exhaled nitric oxide ». *Journal of Asthma*, 50(1), 97–102. DOI:<http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2012.741638>
- Sari, N. et Osman, M. (2015). « The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach ». *BMC Health Services Research*, 15, 332. DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0998-6>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Récupéré de la page Web <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Self, T. H., Arnold, L. B., Czosnowski, L. M., Swanson, J. M. et Swanson, H. (2007). « Inadequate skill of healthcare professionals in using asthma inhalation devices ». *Journal of Asthma*, 44(8), 593–598. DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/02770900701554334>
- Self, T. H., George, C. M., Wallace, J. L., Patterson, S. J. et Finch, C. K. (2014). « Incorrect use of peak flow meters: Are you observing your patients? » *Journal of Asthma*, 51(6), 566–572. DOI:<http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2014.914218>
- Speziale, H. J. S. et Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4^e éd.). Philadelphie (Pennsylvanie) Lippincott Williams et Wilkins.
- Statistique Canada. (2009). N° de catalogue 84F0209X-Mortalité, liste sommaire des causes 2009. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84f0209x/84f0209x2009000-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2014). *CANSIM, table 105-0501 et n° de catalogue 82-221-X*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/health50a-fra.htm>
- Stephen, T., Skillen, L., Day, R. et Bickley, L. (2010). *Canadian Bates guide to health assessment for nurses*. Philadelphie (Pennsylvanie) Lippincott Williams et Wilkins.
- Steppuhn, H., Langen, U., Scheidt-Nave, C. et Keil, T. (2013). « Major comorbid conditions in asthma and association with asthma-related hospitalizations and emergency department admissions in adults: Results from the German national health telephone interview survey (GEDA) 2010 ». *BMC Pulmonary Medicine*, 13(1). DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2466-13-46>
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M. et Bhattacharyya, O. (2009). *Monitoring and evaluating knowledge*. Dans : S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (p. 151-159). Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- Strohl, K.P. et Redline, S. (1996). « Recognition of obstructive sleep apnea ». *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 154(2), 279–289.
- Sveum, R., Bergstrom, J., Brottman, G., Hanson, M., Heiman, M., Johns, K., [...] Uden, D. (2012). Institute for Clinical Systems Improvement. *Diagnosis and Management of Asthma*. Mise à jour de juillet 2012.
- Tapp, S., Lasserson, T. J. et Rowe, B. H. (2013). « Education interventions for adults who attend the emergency room for acute asthma ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5).
- Taskin Yilmaz, F. et Cinar, S. (2015). « Effect of educational on symptom control and quality of life on asthmatic patients ». *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 9(2), 47–54.

- Taylor-Fishwick, J. C., Okafor, M. et Fletcher, M. (2015). « Effectiveness of asthma principles and practice course in increasing nurse practitioner knowledge and confidence in the use of asthma clinical guidelines ». *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(4), 197–204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/2327-6924.12147>
- Taylor, D. M., Walsham, N., Taylor, S. E., & Wong, L. (2006), « Potential interactions between prescription drugs and complementary and alternative medicines among patients in the emergency department ». *Pharmacotherapy*, 26(5), 634–640.
- Teodorescu, M., Polomis, D. A., Teodorescu, M. C., Gangnon, R. E., Peterson, A. G., Consens, F. B., [...] Jarjour, N. N. (2012). « Association of obstructive sleep apnea risk or diagnosis with daytime asthma in adults ». *Journal of Asthma*, 49(6), 620–628. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2012.689408>
- The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossaire des termes dans The Cochrane Collaboration* (Version 4.2.5). Récupéré sur la page Web <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). Récupéré de <http://handbook.cochrane.org/>
- Association pulmonaire (2015). *Asthma medications*. Récupéré de <https://www.lung.ca/lung-health/lung-disease/asthma/medications>
- Association pulmonaire (2016 a). *Sondage sur la maîtrise de l'asthme au Canada^{MC}*. Récupéré de <https://www.poumon.ca/nouvelles/outils-de-plaidoyer/nos-publications>
- Association pulmonaire. (2016b). *Comment utiliser un débitmètre de pointe*. Récupéré de <https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/demandez-de-laide/comment-utiliser-votre-inhalateur/d%C3%A9bitm%C3%A8tre-de-pointe>
- Association pulmonaire de l'Ontario. (2009). *All about asthma triggers: A practical guide for health care providers*. Toronto (Ont.) : Association pulmonaire de l'Ontario.
- Association pulmonaire de l'Ontario. (2015 a). *Monitoring your asthma: Asthma action plan*. Récupéré de <http://www.on.lung.ca/page.aspx?pid=408>
- Association pulmonaire de l'Ontario. (2015b). *What is asthma?* Récupéré de <http://www.on.lung.ca/page.aspx?pid=397>
- Association pulmonaire de l'Ontario. (2016). *Work-related asthma*. Récupéré de <http://www.on.lung.ca/work-related-asthma/pages/english/2016-wra---triggers-and-jobs>
- Thomson, N. C., Chaudhuri, R., Heaney, L. G., Bucknall, C., Niven, R. M., Brightling, C. E., [...] McSharry, C. (2013). « Clinical outcomes and inflammatory biomarkers in current smokers and ex-smokers with severe asthma ». *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(4), 1008–1016. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2012.12.1574>
- To, T., Cicutto, L., Degani, N., McLimont, S. et Beyene, J. (2008). « Can a community evidence-based asthma care program improve clinical outcomes? A longitudinal study ». *Medical Care*, 46(12), 1257–1266.
- Toumaa-Shehata, M., Price, D., Basheti, I., et Bosnic-Anticevich, S. (2014). « Exploring the role of feedback in inhaler technique education ». *Respirology*, 19(25).
- Trzcinska, H., Przybylski, G., Kozlowski, B. et Derdowski, S. (2012). « Analysis of the relation between level of asthma control and depression and anxiety ». *Medical Science Monitor*, 18(3), CR198–CR202.

- Trzcinska, H., Zwierzchowska, B., Kozlowski, B., Derdowski, S. et Przybylski, G. (2013). « Analysis of the role of selected demographic and psychological variables (anxiety and depression) as risk factors of inadequate control of bronchial asthma ». *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(3), 504–508.
- U. S. Food and Drug Administration. (2013). *Drug interactions: What you should know*. Récupéré de <https://www.fda.gov/drugs/resourcesforyou/ucm163354.htm>
- van Gaalen, J. L., Beerhuizen, T., van der Meer, V., van Reisen, P., Redelijkheid, G. W., Snoeck-Stroband, J. B., [...] Sont, J. K. (2013). « Long-term outcomes of internet-based self-management support in adults with asthma: Randomized controlled trial ». *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), e188.
- Vernon, M. K., Wiklund, I., Bell, J. A., Dale, P. et Chapman, K. R. (2012). « What do we know about asthma triggers? A review of the literature ». *Journal of Asthma*, 49(10), 991–998. DOI:<http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2012.738268>
- Vervloet, D., Pribil, C., Dumur, J. P., Godard, P., Salmeron, S., Serrier, P., [...] Didier, A. (2014). « Factors associated with poorly controlled asthma among adults in France ». *Revue Française d'Allergologie*, 54(6), 428–437. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2014.04.001>
- Veterans Affairs/Department of Defense. (2009). *Clinical practice guideline for the management of asthma in children and adults*. Récupéré de http://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/asthma/ast_2_full.pdf
- Wiltens, M. M. H. A., Theunissen, C., Glasser, M. et Zeitz, H. (2012). « Asthma and depression: A focus on the patient factors of asthma knowledge, asthma severity, and coping ». *Journal of Clinical Outcomes Management*, 19(6), 255–261.
- Wisnivesky, J. P., Lorenzo, J., Lyn-Cook, R., Newman, T., Aponte, A., Kiefer, E. et Halm, E. A. (2008). « Barriers to adherence to asthma management guidelines among inner-city primary care providers ». *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 101(3), 264-270.
- Woodend, A. K., Davies, B., Bissonette, J., Bailey, P., Zarins, B., Heslin, K., [...] McConnell, H. *Evaluation of the psychometric properties of the Inhaler Device Assessment Tool (IDAT) in adults with COPD*. 5^e congrès annuel de recherche de l'École de sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, mai 2007.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: A comprehensive approach*. Récupéré de <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Cadre conceptuel pour la classification internationale de la sécurité des patients*. Ressource consultée sur la page Web http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Obésité et surpoids*. Récupéré de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *What are social determinants of health?* Récupéré de http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en
- Yildiz, F., Erbagci, A., Demirel, Y. S., Akcali, S. D., Ekici, A., Dursunoglu, N., [...] Ozer, A. (2014). « Importance of inhaler device use status in the control of asthma in adults: The asthma inhaler treatment study ». *Respiratory Care*, 59(2), 223–230. DOI:<http://dx.doi.org/10.4187/respcare.02478>
- Zaihra, T., Ernst, P., Tamblyn, R. et Ahmed, S. (2015). « Tailoring interventions: Identifying predictors of poor asthma control ». *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 114(6), 485–491. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.03.026>

Annexe A : Glossaire

Allergène : une substance capable d'induire une réaction allergique ou une hypersensibilité. Les allergènes courants sont les acariens, les animaux, les aliments, les moisissures et le pollen (AIIAO, 2004a).

Apnée obstructive du sommeil (AOS) : un état caractérisé par un ronflement excessif et perturbateur, des épisodes répétés d'obstruction des voies aériennes supérieures pendant le sommeil et une hypoxémie nocturne (Strohl et Redline, 1996).

Asthme non contrôlé : L'asthme est non contrôlé lorsqu'un ou plusieurs des paramètres suivants **ne** sont **pas** respectés (Lougheed et coll., 2012, p. 161) :

- besoin d'un bêta₂-agoniste à action rapide < 4 doses/par semaine (y compris pour l'exercice);
- symptômes diurnes < 4 jours/semaine;
- symptômes nocturnes < 1 nuit/semaine;
- niveaux d'activité physique normaux;
- exacerbations légères et peu fréquentes;
- aucune absence au travail ni à l'école;
- volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) ou débit expiratoire de pointe (DEP) ≥ 90 % du meilleur résultat personnel*‡;
- variation diurne du DEP < 10-15 %*‡;
- éosinophiles dans l'expectoration < 2-3 %*‡.

* Indique de l'information objective importante pour une évaluation complète du contrôle de l'asthme, mais qui peut ne pas être disponible.

‡ Exécution et interprétation dans le cadre du champ d'exercice des fournisseurs de soins de santé (y compris les connaissances et les compétences appropriées) et en conformité avec les politiques et procédures de l'organisation.

Asthme professionnel : l'asthme qui est causé ou exacerbé par une substance ou une condition sur le lieu de travail. Il existe deux types d'asthme professionnel : (1) l'asthme exacerbé par le travail, et (2) l'asthme causé par le travail. L'asthme *exacerbé par le travail* se produit lorsque l'asthme existant s'aggrave en raison d'expositions et de conditions dans l'environnement de travail. L'asthme *causé par le travail* désigne les cas d'asthme causés par des agents spécifiques sur le lieu de travail (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2017; Association pulmonaire de l'Ontario, 2016).

Asthme : « Trouble inflammatoire des voies aériennes caractérisé par des symptômes paroxystiques ou persistants, comme la dyspnée, la gêne respiratoire, la respiration sifflante, la production d'expectorations et la toux, qui s'associent à des restrictions variables des voies aériennes et à une hyperréactivité des voies respiratoires aux stimuli endogènes ou exogènes » (Lougheed et coll., 2012, p. 128).

Atopie : un « développement d'une réponse médiée par l'immunoglobuline E (IgE) aux allergènes courants » (AIIAO, 2004a, p. 66) qui comprend l'eczéma, la rhinite allergique et l'asthme.

Autogestion : les tâches et les comportements que les personnes doivent effectuer pour bien vivre avec un ou plusieurs états chroniques. Ces tâches comprennent avoir la confiance nécessaire pour gérer la gestion médicale, la gestion des rôles et la gestion émotionnelle de leurs conditions (AIIAO, 2004).

Autosurveillance : une mesure périodique qui guide la gestion d'une condition chronique ou récurrente (Glasziou, Irwig et Mant, 2005). L'autosurveillance de l'asthme consiste à surveiller le contrôle de l'asthme (par exemple, la fréquence des symptômes et de l'utilisation des inhalateurs de secours); elle peut également inclure la vérification du débit de pointe, la détermination des déclencheurs et des mesures efficaces pour contrôler les déclencheurs et l'asthme.

Bêta₂-agonistes : « Un groupe de bronchodilatateurs entraînant une relaxation des muscles lisses et bronchodilatation par la stimulation des récepteurs bêta-2 présents sur les muscles lisses des voies respiratoires » (AIIAO, 2004a, p. 66).

Bronchodilatateurs : « Catégorie de médicaments qui produisent une relaxation des muscles lisses entourant les bronches, entraînant une dilatation des voies respiratoires » (AIIAO, 2004a, p. 66). Les bronchodilatateurs sont soit à action rapide, soit à action prolongée. Les médicaments à courte durée d'action soulagent rapidement la bronchoconstriction aiguë. Les bronchodilatateurs à action prolongée permettent de contrôler et de prévenir les symptômes de l'asthme (Association pulmonaire, 2015).

Bronchospasme : une contraction des muscles lisses dans les parois des bronches et des bronchioles, provoquant un rétrécissement de la lumière (voies respiratoires) (AIIAO, 2007a).

Chambre de retenue à valve : un type de tube d'espacement qui comprend une valve à sens unique au niveau de l'embouchure. Ce dispositif piège et retient le médicament, ce qui donne à la personne le temps de prendre des respirations lentes et profondes, ce qui favorise l'inhalation de tout le médicament.

Voir *Tube d'espacement*

Champions : des infirmières, infirmiers et autres fournisseurs de soins de santé qui ont été formés de manière à comprendre ces lignes directrices, la pratique axée sur les données probantes et le processus à suivre pour adopter une telle pratique dans un contexte clinique. Les champions peuvent se charger efficacement de diverses tâches, notamment le mentorat, l'éducation et le déploiement de changements touchant les politiques et la pratique (Ploegg et coll., 2010).

Compétence informationnelle en santé : « Capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer comme moyen de promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé dans divers contextes tout au long de la vie » (Rootman et Gordon-El-Bihbey, 2008, p. 11).

Consensus : un processus visant à prendre des décisions en matière de politique; ce n'est pas une méthode scientifique visant à créer de nouvelles connaissances. L'établissement d'un consensus implique l'utilisation optimale des renseignements disponibles, que ce soit des données scientifiques ou les connaissances collectives des participants (Black et coll., 1999).

Contrôle de l'asthme (suite) :

- aucune absence au travail ni à l'école;
- volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) ou débit expiratoire de pointe (DEP) ≥ 90 % du meilleur résultat personnel*‡;
- variation diurne du DEP $< 10-15$ %*‡;
- éosinophiles dans l'expectoration $< 2-3$ %*‡.

* Indique de l'information objective importante pour une évaluation complète du contrôle de l'asthme, mais qui peut ne pas être disponible.

‡ Exécution et interprétation dans le cadre du champ d'exercice des fournisseurs de soins de santé (y compris les connaissances et les compétences appropriées) et en conformité avec les politiques et procédures de l'organisation.

Contrôle de l'asthme : le contrôle est défini par les paramètres suivants (Lougheed et coll., 2012, p. 161) :

- besoin d'un bêta₂-agoniste à action rapide < 4 doses/par semaine (y compris pour l'exercice);
- symptômes diurnes < 4 jours/semaine;
- symptômes nocturnes < 1 nuit/semaine;
- niveaux d'activité physique normaux;
- exacerbations légères et peu fréquentes;

Contrôleurs : les médicaments qui sont pris régulièrement sur une base quotidienne pour réduire au minimum l'apparition des symptômes de l'asthme et prévenir les exacerbations (AIIAO, 2004a). Les corticostéroïdes, un type d'agent anti-inflammatoire, constituent le type de traitement de contrôle de l'asthme le plus courant et le plus efficace (AIIAO, 2004a; Association pulmonaire, 2015).

Corticostéroïdes : « Groupe d'hormones synthétiques qui suppriment les divers processus inflammatoires impliqués dans l'asthme » (AIIAO, 2004a, p. 67).

Corticostéroïdes inhalés : des corticostéroïdes qui sont administrés par inhalation afin qu'ils soient délivrés directement au site d'action.

Corticostéroïdes systémiques : des corticostéroïdes qui sont administrés par voie orale, intraveineuse ou intramusculaire.

Voir *contrôleurs*

Culture : la culture désigne les valeurs, les croyances, les normes et les modes de vie communs et acquis d'une personne ou d'un groupe. Elle influence la pensée, les décisions et les actions (OIIO, 2013b).

Débit expiratoire de pointe (DEP) : « [L]e débit le plus rapide pendant une expiration forcée après une inspiration minimale » (Nettina, 2014, p. 209). « Il fournit une mesure simple, quantitative et reproductible de l'existence d'une obstruction du flux d'air. La mesure dépend de l'effort » (AIIAO, 2004a, p. 68).

Débitmètre de pointe : « un appareil portatif utilisé pour mesurer le débit expiratoire de pointe » (AIIAO, 2004a, p. 68).

Déclencheurs : des facteurs qui peuvent provoquer des symptômes d'asthme en irritant ou en enflammant les voies respiratoires; comprend à la fois les allergènes et les irritants. Chaque personne asthmatique possède un ensemble unique de déclencheurs des symptômes de l'asthme (Association pulmonaire de l'Ontario, 2015b; AIIAO, 2004a).

Déterminants sociaux de la santé : « Les déterminants sociaux de la santé sont des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont déterminées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale. Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités sur le plan de la santé, c'est-à-dire des différences injustes et évitables dans l'état de santé, observées à l'intérieur des pays et entre ceux-ci » (OMS, 2017, par. 1).

Données probantes : une information qui se rapproche au plus près d'un fait réel. La forme qu'elle peut prendre dépend du contexte. Les résultats découlant d'une recherche de haute qualité effectuée conformément à une méthodologie appropriée constituent les données probantes les plus exactes. La recherche étant souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres types de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche ou en tiennent lieu. La base probante d'une décision se retrouve dans les nombreuses formes de données probantes combinées pour équilibrer la rigueur et l'opportunité tout en privilégiant la première par rapport à la deuxième (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2005).

Dyspnée : un essoufflement ou une difficulté à respirer.

Enseignant agréé dans le domaine respiratoire (« certified respiratory educator », CRE) : ce titre reconnaît les fournisseurs de soins de santé qui offrent un enseignement respiratoire aux personnes atteintes d'asthme, y compris un enseignement sur l'asthme et la MPOC (RCSR, 2013). Les fournisseurs de soins de santé qui sont certifiés ont suivi des cours approfondis et spécifiques sur l'asthme, la MPOC et l'enseignement dans ces domaines et sont tenus de renouveler leur certification tous les cinq ans.

Enseignant agréé dans le domaine de l'asthme (« certified asthma educator », CAE) : ce titre de compétence reconnaît les fournisseurs de soins de santé qui offrent un enseignement aux personnes asthmatiques (RCSR, 2013). Les fournisseurs de soins de santé qui sont certifiés ont suivi des cours approfondis et spécifiques sur l'asthme et l'enseignement sur l'asthme et sont tenus de renouveler leur certification tous les cinq ans.

Éosinophiles dans l'expectoration : une mesure supplémentaire du contrôle de l'asthme généralement utilisée dans les centres spécialisés pour les personnes souffrant d'asthme modéré à sévère. Les éosinophiles dans l'expectoration ne sont normalement pas présents chez les personnes en bonne santé et non atopiques, mais leur nombre augmente chez les personnes asthmatiques à la suite d'une exposition à des aéroallergènes courants ou d'une réduction de la corticothérapie (Lougheed et coll., 2012).

Équipe de soins de santé interprofessionnelle : une équipe plusieurs fournisseurs de soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services complets de qualité, à des personnes à l'intérieur des milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, 2012; AIIAO, 2013a).

Essai clinique randomisé (ECR) : une expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants font l'objet d'un suivi et d'une évaluation sur l'efficacité de l'intervention. Ce type d'expérience comprend des essais à double insu, à simple insu et non à l'insu.

Étude contrôlée : un essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude quasi expérimentale : une étude sans répartition aléatoire ni groupe témoin qui, en conséquence, n'est pas considérée comme une « vraie » étude expérimentale (p. ex., un essai clinique randomisé). Le chercheur contrôle l'attribution de l'intervention, de l'exposition ou du traitement en utilisant un critère autre que la répartition aléatoire (p. ex., conception avant-après) (Polit, Beck et Hungler, 2001).

Études analytiques : les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Les études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes.

Étude cas/témoins : une étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie particulière ou avec un résultat intéressant (cas), à d'autres personnes dans la même population qui n'ont pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude de cohorte : une étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

Études descriptives : des études qui génèrent des hypothèses et décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). L'étude descriptive inclut les études de prévalence.

Étude de prévalence : une étude qui mesure la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné précis (aussi appelée un sondage) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Exacerbation : « Épisode aigu ou subaigu d'aggravation progressive des symptômes de l'asthme, notamment l'essoufflement, la respiration sifflante, la toux et l'oppression thoracique. Les exacerbations sont marquées par des diminutions par rapport aux valeurs de départ des mesures objectives de la fonction pulmonaire, telles que le débit expiratoire de pointe et le VEMS » (*British Medical Journal*, 2016). Si une personne est en train de subir une exacerbation de son asthme, c'est que son asthme n'est pas contrôlé.

Une *exacerbation sévère* peut mettre la vie en danger et est définie par les paramètres cliniques suivants (GINA, 2015, p. 64) :

- incapacité de parler en phrases complètes;
- agitation;
- fréquence respiratoire > 30 respirations/minute;
- fréquence du pouls > 120 battements/minute;
- saturation en O₂ (à l'air ambiant) < 90 %;
- utilisation des muscles accessoires;
- DEP ≤ 50 % de la valeur prédite ou du meilleur résultat personnel.

Examen systématique : une revue de la documentation « qui vise à recueillir toutes les données probantes empiriques qui répondent à des critères d'admissibilité préétablis afin de répondre à une question de recherche précise » (The Cochrane Collaboration, 2011). Une revue systématique de la littérature utilise des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour repérer, sélectionner et évaluer de façon critique un certain nombre d'études et pour recueillir et analyser des données provenant des de ces études (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Exercices de respiration : des exercices thérapeutiques visant à approfondir l'inspiration ou l'expiration, voire à modifier la fréquence et le rythme de la respiration (National Centre for Biotechnology Information, 2016, par. 1). Peut inclure des interventions comme des exercices de respiration diaphragmatique, la méthode Papworth, la méthode Buteyko et une formation au yoga dont les exercices de respiration constituent la principale composante.

Fournisseur de soins de santé (suite) :

Fournisseur de soins de santé non réglementé : les fournisseurs de soins de santé non réglementés remplissent divers rôles dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à un organisme de réglementation professionnelle externe (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les fournisseurs de soins de santé non réglementés jouent divers rôles et exécutent une multitude de tâches, qui sont déterminés par leur employeur et leur milieu d'emploi. Ces fournisseurs n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, que si la procédure figure parmi les exemptions établies dans la Loi (OIIO, 2013c, cité dans l'AIIAO, 2015, p. 72).

Fournisseur de soins de santé : dans la présente ligne directrice, le terme désigne des professionnels de la santé réglementés qui fournissent des soins et des services à des personnes et leur famille, peu importe le milieu (soins actifs, soins de longue durée, soins à domicile, soins primaires et soins communautaires) (AIIAO, 2015).

Fournisseur de soins de santé réglementé : en Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (OIIO, 2014a, cité dans l'AIIAO, 2015, p. 72).

Fournisseur de soins primaires : dans cette ligne directrice, le terme « fournisseur de soins primaires » désigne un infirmier praticien ou un médecin.

Fréquence respiratoire : « Le taux, le rythme, l'effort et la profondeur de la respiration. Comptez le nombre de respirations en une minute. Habituellement, les adultes prennent de 14 à 20 respirations par minute, de manière calme et régulière » (Stephen, Skillen, Day et Bickley, 2010, p. 114).

Gestion de l'asthme : l'établissement et le maintien du contrôle de l'asthme comprenant l'enseignement de l'autogestion, les mesures de contrôle environnemental, les médicaments appropriés, les plans d'action et les soins de suivi réguliers (AIIAO, 2004a).

Gravité : l'intensité intrinsèque du processus de la maladie (NIH, 2007). Tel qu'il est utilisé dans cette ligne directrice, il fait référence à l'intensité intrinsèque du processus de la maladie asthmatique.

Habilitation : un terme utilisé pour parler d'une « personne qui a suffisamment confiance en elle-même et possède les connaissances requises pour participer à une prise de décisions éclairée au sujet de ses soins de santé. Les fournisseurs de soins de santé aident à habilitier une personne de façon à lui permettre de prendre une décision en examinant les options de soins et de traitements fondés sur des données probantes (selon le niveau de participation souhaité par la personne et ses préférences), qui répondent aux besoins de santé de cette personne et sont appropriées pour les circonstances de sa vie » (AIIAO, 2015, p. 71).

Hyperréactivité : « Tendance du muscle lisse des voies respiratoires [chez les personnes asthmatiques] à se contracter plus intensément en réponse à un stimulus/irritant donné que dans des voies respiratoires normales. Ce problème de santé est présent chez pratiquement toutes les personnes ayant un asthme symptomatique. La manifestation la plus évidente de cette contraction des muscles lisses est le rétrécissement des voies respiratoires » (AIIAO, 2004a, p. 67).

Infirmière/infirmier : un terme utilisé pour désigner les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées (les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés en Ontario), les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées (OIIO, 2014b; AIIAO, 2013a).

Inhalateur de poudre sèche (IPS) : un dispositif activé par la respiration utilisé pour administrer des médicaments sous forme de poudre dans les poumons.

Inhalateur doseur : « Un dispositif activé par la main utilisé pour délivrer un médicament en inhalateur dans les poumons » (AIIAO, 2004a, p. 67).

Interactions : des situations dans lesquelles une autre substance affecte l'activité d'un médicament lorsque les deux sont administrés ensemble. Cette définition inclut les interactions potentielles (effets indésirables) entre les médicaments sur ordonnance et les médecines complémentaires et alternatives (traitement croisé) (Taylor, Walsham, Taylor et Wong, 2006). Il peut également s'agir d'interactions potentielles (effets indésirables) résultant de l'administration conjointe de deux médicaments quelconques, de médicaments réagissant avec des aliments ou des boissons, et lorsqu'une condition médicale existante rend certains médicaments potentiellement dangereux (U.S. Food and Drug Administration, 2013).

Intervenant : une personne, un groupe ou un organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les intervenants incluent les personnes ou groupes qui seront touchés directement ou indirectement par un changement ou une solution apportée à un problème.

Irritants : « Classe de déclencheurs non allergènes qui peuvent provoquer des symptômes d'asthme » (AIIAO, 2004a, p. 67). Par exemple, la poussière, le temps/la température, la fumée, l'exercice.

Journal de l'asthme : un outil pour aider les personnes à surveiller leur asthme qui peut être utilisé pour suivre les symptômes de l'asthme, l'utilisation des médicaments, les lectures du débitmètre de pointe et les déclencheurs de l'asthme.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires : des énoncés élaborés méthodiquement pour faciliter les décisions du praticien et du client au sujet des soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques (pratique) précises (Field et Lohr, 1990); aussi désignés *lignes directrices sur les pratiques cliniques*.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : un problème de santé caractérisé par une limitation du débit d'air qui n'est pas entièrement réversible. La limitation du débit d'air est généralement progressive et est normalement associée à une réponse inflammatoire des poumons généralement associée au tabagisme. La personne se plaint de dyspnée lors d'un effort physique, d'une difficulté à inspirer ou expirer profondément et parfois d'une toux chronique. La MPOC peut inclure la bronchite chronique et l'emphysème (Nettina, 2014; AIIAO, 2005, 2010a).

Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) : « Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) consiste en une évaluation de l'historique de l'utilisation de tous les médicaments à l'aide 1) d'un processus systématique d'entrevue avec les patients et leur famille et 2) de l'analyse d'au moins une autre source de renseignements fiable dans le but d'obtenir et valider tous les médicaments pris par le patient (avec ou sans ordonnance). Une documentation complète comprenant le nom, la dose, la voie d'administration et la fréquence du médicament. » (Institut canadien pour la sécurité des patients et Institut pour la sécurité des médicaments du Canada, 2015, p. 7).

Méta-analyse : un examen méthodique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2005).

Modèle d'ordonnance en soins infirmiers : un groupe d'interventions fondées sur des données probantes propres au domaine des soins infirmiers. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers font l'objet d'une ordonnance indépendante par les infirmières (sans la signature d'un médecin) dans le but de normaliser les soins offerts pour une situation ou un problème clinique précis (dans le cas présent, l'asthme chez l'adulte).

Oxymétrie de pouls : une évaluation de routine non invasive qui mesure la saturation artérielle périphérique en oxygène (SpO₂) comme marqueur de l'oxygénation des tissus (Jubran, 2004).

Personne (personnes, gens) : un individu avec lequel un professionnel de la santé entretient une relation thérapeutique. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une seule personne, mais le terme peut également inclure les membres de la famille de la personne ou les décideurs substituts (groupe ou communauté) (OIIO, 2013).

Plan d'action personnel : « Ensemble d'instructions écrites en collaboration qui aident la personne à ajuster son médicament contre l'asthme et/ou à consulter un médecin en fonction de la gravité et de la fréquence de ses symptômes et/ou de son débit de pointe afin de maintenir le contrôle » (AIIAO, 2004a, p. 22).

Prise de décision partagée : cette approche de prise de décision est fondée sur la reconnaissance de l'autonomie individuelle de chaque personne et de son droit à l'autodétermination (c.-à-d., la possibilité de prendre ses propres décisions et d'avoir le contrôle de sa vie). Elle s'appuie sur les renseignements de deux experts : le fournisseur de soins de santé (l'expert sur les pratiques fondées sur les données probantes) et la personne qui prend des décisions au sujet de sa santé. La personne est la spécialiste d'elle-même (c.-à-d., de ses croyances, sa culture, sa spiritualité et ses valeurs), de son expérience de la santé et des circonstances dans sa vie (monde social et expériences vécues de la santé). Ensemble, ces experts partagent et examinent les meilleures options pour les soins et les services de santé afin que la personne puisse prendre une décision et choisir l'option idéale pour elle (Elwyn et coll., 2012; Légaré et coll., 155; National Voices, 2014).

Programme d'assurance de la qualité : un programme qui surveille la compétence du personnel, la performance de l'équipement, la technique de laboratoire, ainsi que le compte rendu, la sécurité et l'utilisation des procédures; tout cabinet, clinique ou établissement fournissant des tests de spirométrie doit être responsable de la réalisation des tests selon des normes élevées (Coates et coll., 2013).

Qualité : une mesure dans laquelle les services de soins de santé pour les personnes et les populations augmentent la probabilité de résultats souhaités et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles (OMS, 2009).

Recherche qualitative : une recherche qui utilise une approche interactive et subjective pour enquêter sur les phénomènes, les décrire (p. ex., expérience vécue) et leur donner une signification. La nature de ce type de recherche est exploratoire et ouverte. L'analyse exige la participation de l'organisme et l'interprétation de données non numériques (p. ex., phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée dans des données empiriques, étude de cas, etc.) (Speziale et Carpenter, 2007).

Recommandations de pratique : des énoncés de pratique exemplaire à l'intention des fournisseurs de soins de santé, qui permettent la mise en œuvre avec succès de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Idéalement ces énoncés sont fondés sur des données probantes.

Recommandations relatives à la formation : des énoncés sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : des énoncés des conditions nécessaires, pour un milieu de pratique, qui favorisent le succès de la mise en œuvre de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. L'organisation est en grande partie responsable des conditions de succès.

Reflux gastro-œsophagien (RGO) : un état dans lequel le contenu gastrique s'écoule dans l'œsophage en raison d'une incompétence du sphincter œsophagien inférieur (Nettina, 2014).

Rhinite allergique : une affection caractérisée par des éternuements et une obstruction nasale, souvent accompagnée de démangeaisons des yeux et du nez. L'écoulement postnasal et la toux sont d'autres symptômes courants (Ng, Warlow, Chrisanthan, Ellis et Walls, 2000).

Soins de santé virtuels : « Les soins de santé virtuels sont des soins de santé dispensés à distance, facilités par les technologies de l'information et de la communication et comprenant l'échange d'information par le biais d'une interaction personnalisée entre un professionnel de santé utilisant ses compétences et son jugement et la personne » (McLean et coll., 2012, p. 1).

Soulageurs : « Les soulageurs sont des médicaments utilisés pour soulager les symptômes de l'asthme et pour prévenir les symptômes de l'asthme avant l'exercice, l'exposition à l'air froid ou d'autres déclencheurs » (AIIAO, 2004a, p. 68). Les plus représentatifs sont les bêta₂-agonistes à courte durée d'action, un type de bronchodilatateur (AIIAO, 2004a).

Spirométrie : un test effectué pour évaluer objectivement la fonction pulmonaire de la personne (Coates et coll., 2013). La spirométrie est un test respiratoire simple et non invasif qui mesure les débits et les volumes pulmonaires, ou la mécanique pulmonaire, pour évaluer l'obstruction et déterminer les options de traitement appropriées.

Surpoids et obésité : « Le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse susceptible de nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est un simple indice de poids par rapport à la taille qui est couramment utilisé pour classer le surpoids et l'obésité chez les adultes. [...] Pour les adultes, l'OMS définit le surpoids et l'obésité comme suit : le surpoids est un IMC supérieur ou égal à 25; et l'obésité est un IMC supérieur ou égal à 30 » (OMS, 2013, par. 2 à 3).

Pour obtenir de l'aide afin de calculer l'IMC, visitez le National Heart, Lung and Blood Institute à l'adresse suivante <https://www.nhlbi.nih.gov/> et tapez « BMI » dans la barre de recherche.

Symptômes de l'asthme : les symptômes de l'asthme sont généralement les suivants : difficulté à respirer, sensation d'essoufflement (au repos ou lors d'un exercice physique), oppression thoracique, toux et respiration sifflante (Association pulmonaire de l'Ontario, 2015a).

Syndrome de chevauchement entre l'asthme et la MPOC (SCAM) : un état caractérisé par une « limitation persistante du débit d'air présentant plusieurs caractéristiques habituellement associées à l'asthme et plusieurs caractéristiques habituellement associées à la MPOC. Le SCAM est donc identifié dans la pratique clinique par les caractéristiques qu'il partage avec l'asthme et la MPOC » (GINA, 2015, p. 75).

Télésurveillance : la télésurveillance comprend le flux de données (par exemple, le débit de pointe et la surveillance des symptômes) par le biais de la technologie de l'information depuis le domicile d'une personne afin d'appuyer la prise de décision des fournisseurs de soins de santé (Pare et coll., 2010).

Traitements complémentaires : « Traitements utilisés en complément des pratiques conventionnelles de soins de santé. Ils comprennent un large éventail de modalités de traitement, comme les traitements par les plantes, et de soins manuels, comme la réflexologie et l'acupuncture. Ces traitements ne sont pas propres à une discipline, et les connaissances requises pour les dispenser ne sont pas spécifiques aux soins infirmiers. Ils sont considérés comme courants par certains membres du public et certains professionnels de la santé, et extrêmement controversés par d'autres » (OIIO, 2014a, p. 3).

Tube d'espacement : un dispositif de chambre de retenue pour les médicaments en inhalateur, qui se fixe aux inhalateurs-doseurs pour en faciliter l'utilisation et pour administrer davantage du médicament aux poumons. Ils sont disponibles en différentes tailles, avec et sans masques » (AIIAO, 2004a, p. 68).

Utilisation de muscles accessoires : une utilisation des muscles du cou, du dos, de la poitrine et de l'abdomen qui assistent le diaphragme dans la respiration. Lors de l'évaluation de l'utilisation des muscles accessoires dans le contexte d'une exacerbation de l'asthme, évaluez la présence de rétractions musculaires internes, sous-costales ou intercostales.

Variation diurne du DEP : « La variation diurne est calculée comme le débit expiratoire de pointe (DEP) le plus élevé moins le débit de pointe le plus bas, divisé par le débit de pointe le plus élevé, multiplié par 100 pour le matin et la nuit (déterminé sur une période de deux semaines) (Lougheed et coll., 2012, p. 161).

Volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) : « Volume d'air expiré dans la première seconde de l'exécution de la CVF » (Nettina, 2014, p. 209). La CVF désigne la capacité vitale forcée et correspond au volume maximal d'air expiré après une inspiration maximale effectuée avec un effort expiratoire forcé maximal (Nettina, 2014). Le VEMS est la mesure la plus importante pour le suivi des maladies pulmonaires obstructives et détermine la gravité de l'obstruction des voies respiratoires (AIIAO, 2004a).

Voir *spirométrie*

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à veiller à ce que chaque LDPE soit fondée sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

Aux fins de révision de cette ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section sur le comité d'experts de l'AIIAO au début de la présente ligne directrice). Un examen systématique des données probantes a été effectué en fonction de l'objectif et de la portée de la ligne directrice originale, *Ligne directrice pour les infirmières – Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme* (2004a) et le supplément de révision (2007a), et a été soutenu par les quatre questions cliniques énumérées ci-dessous. L'examen systématique a permis de repérer des publications et des lignes directrices pertinentes, examinées par des pairs, qui ont été publiées de mai 2006 à décembre 2015. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider la revue systématique de la littérature :

1. Quelles sont les stratégies appropriées d'évaluation des soins infirmiers à utiliser avec les adultes vivant avec l'asthme pour obtenir un contrôle optimal de l'asthme?
2. Quelles sont les stratégies appropriées de gestion des soins infirmiers à utiliser avec les adultes vivant avec l'asthme pour obtenir un contrôle optimal de l'asthme?
3. De quel enseignement et de quelle formation les infirmières ont-elles besoin pour aider les personnes vivant avec l'asthme à atteindre un contrôle optimal de l'asthme?
4. Quels soutiens au niveau de l'organisation ou du système de santé sont nécessaires pour permettre aux fournisseurs de soins de santé d'aider les personnes vivant avec l'asthme à atteindre un contrôle optimal de l'asthme?

Le mandat du comité d'experts était d'examiner la ligne directrice originale et le supplément révisé à la lumière de nouvelles données probantes afin de s'assurer de la validité, de la pertinence et de la sécurité continues des recommandations. Cette nouvelle ligne directrice révisée est le résultat du travail du comité d'experts visant à intégrer les meilleures données probantes et les plus actualisées dans les recommandations avec les données probantes de la ligne directrice originale et le supplément révisé (le cas échéant).

Annexe C : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche

Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet de l'équipe d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO a effectué une recherche parmi une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et les autres formes de contenu pertinentes publiées de mai 2006 à décembre 2015. La liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes des sites Web traitant de la pratique professionnelle fondée sur les données probantes et des recommandations provenant des ouvrages et des principaux sites Web traitant de soins de l'asthme chez les adultes. En outre, on a demandé aux membres du comité d'experts de fournir des lignes directrices dans leur propre bibliothèque. (Voir l'**Organigramme du processus d'examen des lignes directrices** à la page 89). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'admissibilité des études sont disponibles en ligne à www.RNAO.ca.

Les membres de l'équipe de recherche de l'AIIAO ont procédé à l'évaluation critique de 12 lignes directrices internationales en utilisant l'*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II* (Brouwers et coll., (2010). Quatre directives ont été retirées en raison de leur qualité méthodologique relativement faible. Les membres du comité d'experts ont examiné les huit autres directives et les scores d'évaluation de la qualité associés. Cet examen a permis de sélectionner les six lignes directrices suivantes pour étayer les recommandations et les discussions sur les données probantes :

1. British Thoracic Society/SIGN. (2014). *British guideline on the management of asthma: A national clinical guideline*. Récupéré de <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2014/>.
2. Global Initiative for Asthma. (2015). *Global strategy for asthma management and prevention* (mise à jour 2015). Récupéré de : <http://ginasthma.org/>
3. Lougheed, M. D., Lemièrre, C., Ducharme, F. M., Licskai, C., Dell, S., Rowe, B., [...] Boulet, L. P. (2012). « Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société : le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes ». *Canadian Respiratory Journal*, 19(2), 127–164. Récupéré de http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2012_CTS_Guideline_Asthma.pdf
4. National Institute of Health—National Heart, Lung, and Blood Institute. (2007). *Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma* (3^e éd.) ». Récupéré de <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>
5. Sveum, R., Bergstrom, J., Brottman, G., Hanson, M., Heiman, M., Johns, K., [...] Uden, D. (2012). Institute for Clinical Systems Improvement. *Diagnosis and Management of Asthma*. Mise à jour de juillet 2012.
6. Veterans Affairs/Department of Defense. (2009). *Clinical practice guideline for the management of asthma in children and adults*. Récupéré de http://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/asthma/ast_2_full.pdf.

Revue systématique de la littérature

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion créés par le comité d'experts de l'AIIAO, a été élaborée par l'équipe de recherche de l'AIIAO et un(e) bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents en anglais, publiés de mai 2005 à décembre 2015, a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Education Resources Information Center (ERIC) (question de recherche n° 3 seulement), Embase, MEDLINE, MEDLINE in Process, et PsycINFO. En plus de cette recherche méthodique, on a demandé aux membres du comité d'experts d'examiner des bibliothèques personnelles à la recherche d'articles clés qui n'ont pu être trouvés à l'aide des stratégies précitées.

Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche utilisée pour l'examen méthodique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont disponibles au <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/adult-asthma-care>.

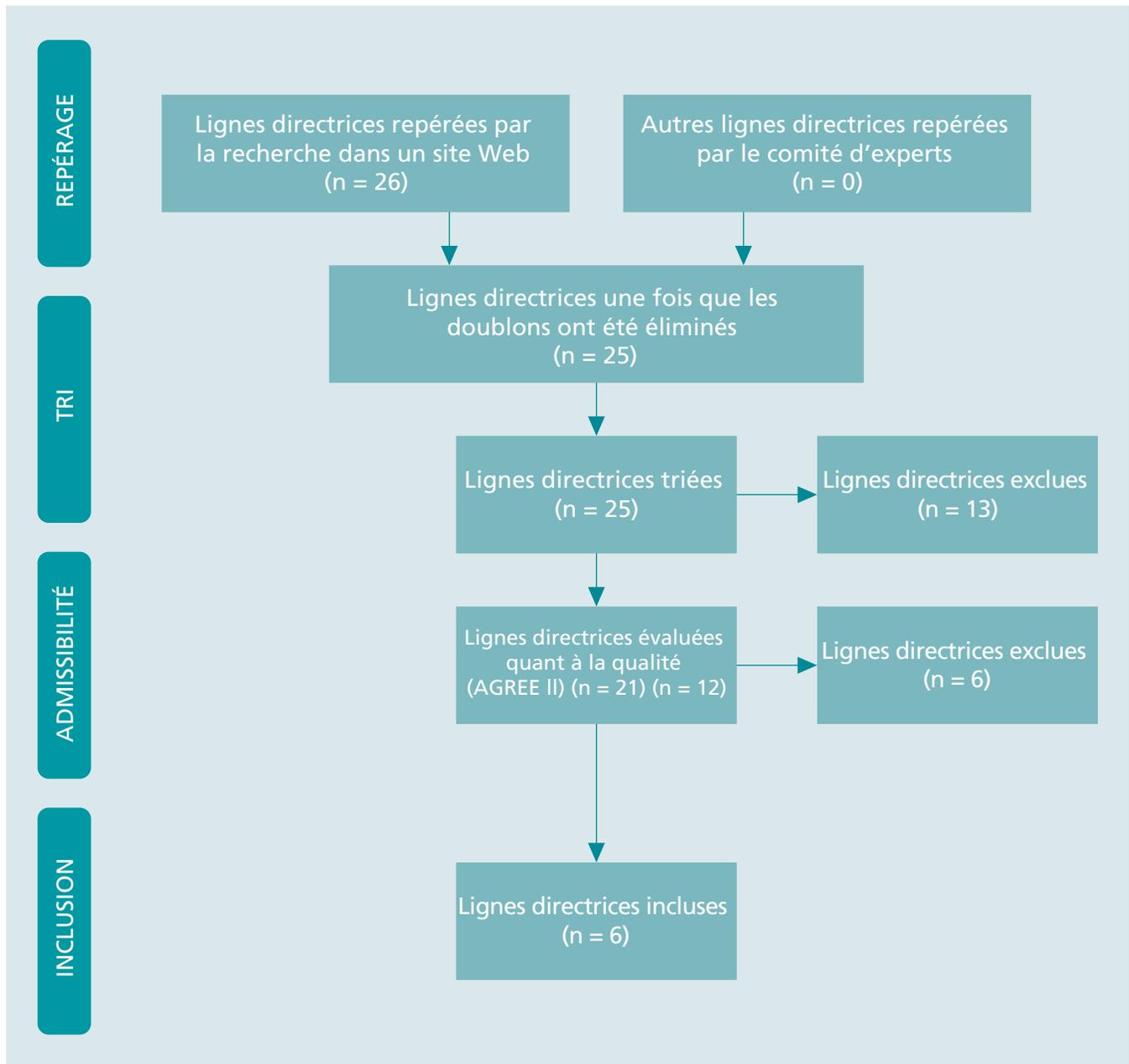
Lorsque les articles ont été récupérés, trois assistantes en recherche en soins infirmiers (infirmières titulaires d'une maîtrise) de la LDPE de l'AIIAO ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Le/la gestionnaire du programme des LDPE de l'AIIAO, qui participait au soutien du comité d'experts de l'AIIAO, a résolu les différends.

Les scores d'évaluation de la qualité pour 41 articles (un échantillon aléatoire d'environ 25 % des articles admissibles à l'extraction de données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués de façon indépendante par les trois assistantes de recherche des LDPE de l'AIIAO. Une concordance interévaluateurs acceptable (κ , $K = 0,97, 0,87$ et $0,89$) a justifié l'évaluation de la qualité et l'extraction de données en divisant les études restantes également entre les trois assistantes de recherche (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Un résumé final des résultats obtenus dans la littérature a été effectué. Des tableaux et des résumés de données complets ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Un examen de la littérature et des lignes directrices les plus récentes et pertinentes publiées de mai 2006 à décembre 2015 a permis de mettre à jour les recommandations existantes et d'inclure les nouvelles recommandations.

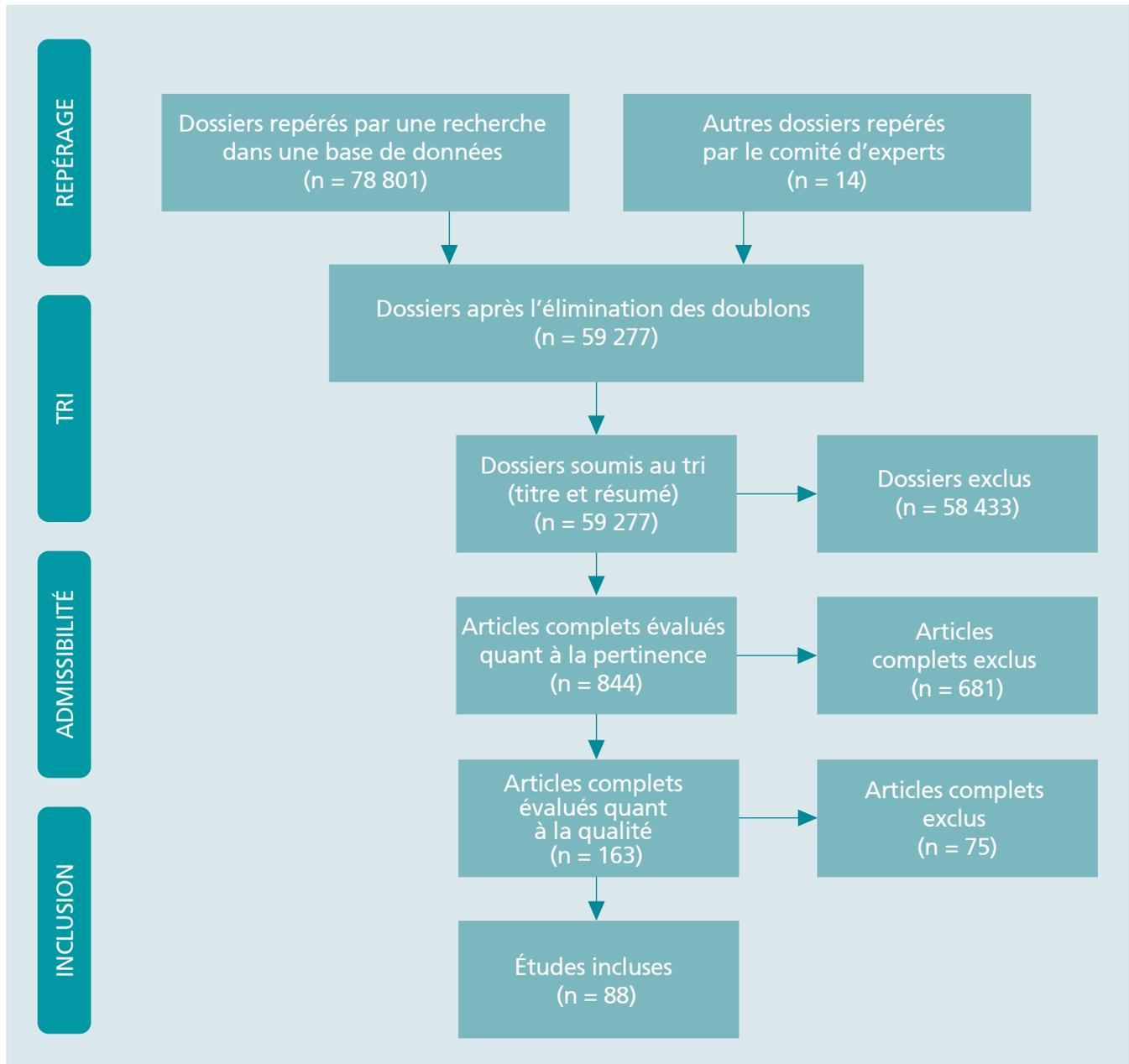
Une bibliographie complète de tous les textes complets d'articles examinés aux fins d'inclusion est disponible à <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/adult-asthma-care>.

Diagramme du processus d'examen des lignes directrices



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535.

Organigramme du processus d'examen des articles



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535.

Annexe D : Guide d'évaluation du contrôle de l'asthme

Les questions suivantes sont recommandées par le comité d'experts de l'AIIAO comme guide pour évaluer le contrôle de l'asthme d'une personne :

1. Quand avez-vous utilisé votre inhalateur de secours pour la dernière fois?

- Si la personne a utilisé l'inhalateur de secours rapide au cours de la dernière semaine, demandez-lui :
 - Que s'est-il passé pour que vous ayez besoin d'utiliser votre inhalateur?
- Pistes à explorer : A-t-il été utilisé pour l'exercice ou l'activité physique?
 - Combien de fois avez-vous utilisé votre inhalateur de secours rapide cette semaine? Et la semaine précédente?
- S'il est utilisé plus de 3 fois par semaine, l'asthme n'est donc pas contrôlé.

2. Votre asthme vous a-t-il réveillé la nuit ou tôt le matin au cours des deux dernières semaines?

- Si la réponse est oui, l'asthme n'est donc pas contrôlé.

3. Au cours de la semaine dernière, combien de jours avez-vous ressenti des symptômes d'asthme (par exemple, toux, difficultés respiratoires, sifflements)?

- Si vous ressentez des symptômes d'asthme plus de 3 jours par semaine, l'asthme n'est donc pas contrôlé.

4. Participez-vous à vos activités habituelles et souhaitées, y compris l'activité physique?

- Si la réponse est non, voyez comment l'asthme interfère avec les activités souhaitées.
- L'asthme contrôlé n'interrompt pas l'activité normale et devrait permettre l'activité physique et l'exercice.

5. Avez-vous eu besoin de soins médicaux urgents pour votre asthme, comme une visite imprévue chez votre médecin, dans une clinique sans rendez-vous ou aux urgences?

- Si la réponse est oui, demandez : « Avez-vous dû ajouter ou modifier un de vos médicaments contre l'asthme en conséquence? »
 - Souvent, l'utilisation des bêta₂-agonistes de secours ou à action rapide est passée d'une utilisation ponctuelle à une utilisation toutes les 4 à 6 heures et selon les besoins. Si cela s'est produit, discutez-en et revoyez la nécessité de reprendre l'utilisation selon les besoins et non pas régulièrement (par exemple, toutes les 4 à 6 heures).
 - Un traitement de courte durée avec des corticostéroïdes oraux peut avoir été conseillé. Vérifiez si le traitement a été mené à terme et quelle est la réponse de la personne au traitement.

6. Avez-vous manqué le travail ou l'école en raison de symptômes d'asthme au cours du dernier mois?

- Les personnes dont l'asthme est contrôlé ne manquent pas régulièrement l'école ou le travail à cause de l'asthme.
- Si la réponse est oui, demandez : « Combien de jours de travail ou d'école avez-vous manqué en raison des symptômes de l'asthme? »

7. Si la personne mesure ses débits expiratoires de pointe, demandez-lui : « Avez-vous remarqué des changements dans vos débits de pointe, à la hausse ou à la baisse? »

Annexe E : Déclencheurs d'asthme courants

Voici une liste de déclencheurs d'asthme courants pour lesquels les personnes asthmatiques peuvent être évaluées; cette liste n'est pas exhaustive. Les outils ci-dessous, suggérés à titre d'exemple, ont été cernés dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le comité d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Pour de plus amples renseignements sur les déclencheurs de l'asthme dans tous les milieux (y compris dans des milieux spécifiques, comme les lieux de travail) et sur les stratégies d'évitement et de gestion, voir la ressource *All About Asthma Triggers : A Practical Guide for Health-Care Providers* de l'Association pulmonaire de l'Ontario (2009), disponible pour téléchargement sur le site Web de l'Association pulmonaire de l'Ontario (www.on.lung.ca/resources).

Déclencheurs d'asthme courants

ALLERGÈNES ET AUTRES DÉCLENCHEURS D'INFLAMMATION	IRRITANTS	EXPOSITIONS ET DÉCLENCHEURS PROFESSIONNELS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pollen ■ Moisissures ■ Acariens de la poussière ■ Poils d'animaux ■ Allergènes de blatte ■ Infections des voies respiratoires supérieures/ infections virales 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poussière ■ Météo/température (extrêmes de chaleur, de froid, d'humidité, de vent) ■ Fumée, y compris la fumée du tabac ■ Fumées chimiques ■ Polluants atmosphériques ■ Odeurs fortes/pulvérisations ■ Produits ménagers (par exemple, produits de nettoyage, peinture, solvants) ■ Activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poussières (y compris celles du bois, de la farine, des céréales, ainsi que de construction et de rénovation) ■ Animaux ■ Moisissure ■ Latex ■ Fumée, y compris la fumée du tabac ■ Humidité et chaleur ■ Environnement froid ■ Travaux pénibles ■ Formaldéhyde ■ Isocyanates ■ Autres produits chimiques ainsi que fumées et vapeurs chimiques

Compilé par le comité d'experts de l'AIIAO (2016).

Sources : BTS/SIGN, 2014; GINA, 2015; NIH, 2007; Association pulmonaire de l'Ontario, 2009, 2016; AIIAO 2004a, 2007a; et Sveum et coll., 2012.

Annexe F : Comorbidités et affections

Voici une liste de comorbidités et d'affections pour lesquelles les personnes asthmatiques peuvent être évaluées; cette liste n'est pas exhaustive. Les outils ci-dessous, suggérés à titre d'exemple, ont été identifiés dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le comité d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Comorbidités et affections susceptibles d'influer sur la complexité de la prise en charge de l'asthme

COMORBIDITÉ/ AFFECTION	LITTÉRATURE QUI SOUTIEN L'ASSOCIATION AVEC LA COMPLEXITÉ DE LA GESTION DE L'ASTHME
Sensibilité à l'acide acétylsalicylique	<ul style="list-style-type: none"> Les données d'une vaste étude transversale de qualité modérée menée à l'échelle nationale ont révélé que les maladies respiratoires exacerbées par l'acide acétylsalicylique contribuaient de manière significative aux hospitalisations et aux admissions aux urgences dans une population souffrant d'asthme (Steppuhn, Langen, Scheidt-Nave et Keil, 2013).
Rhinite allergique	<ul style="list-style-type: none"> Les données d'une étude transversale de qualité modérée ont révélé que 80 % de tous les patients asthmatiques présentaient des symptômes de rhinite. Une corrélation négative a été trouvée entre la rhinite allergique et la qualité de vie liée à l'asthme, mais pas le contrôle de l'asthme (Hayat et coll., 2014). D'autres études transversales qui confirment que la rhinite allergique est une comorbidité courante chez les personnes asthmatiques : Hwang et coll. (2012) et Steppuhn et coll. (2013). Références supplémentaires qui soutiennent la rhinite allergique comme facteur de complexité de la prise en charge : GINA (2015) et NIH (2007).
Anxiété et dépression	<ul style="list-style-type: none"> Les données d'une étude transversale de grande qualité ont démontré que le fait d'avoir un trouble anxieux et un trouble de l'humeur est indépendamment associé à un moins bon contrôle de l'asthme (Ouellet et coll., 2012). Références supplémentaires qui donnent l'anxiété comme un facteur potentiel de la complexité de la gestion de l'asthme : Favreau et coll. (2014) et GINA (2015). Un certain nombre d'études observationnelles ont documenté une relation entre la dépression comorbide et un moins bon contrôle de l'asthme ou une plus grande sévérité de l'asthme (Krauskopf et coll., 2013; Mazurek et coll., 2012; Ross et coll., 2013; Trzcinska, Przybylski, Kozlowski et Derdowski, 2012; Wiltens, Theunissen, Glasser et Zeitz, 2012). Références supplémentaires qui donnent la dépression comme facteur de complexité de la prise en charge : GINA (2015) et NIH (2007).
Dermatite atopique	<ul style="list-style-type: none"> Les données d'une étude transversale de qualité modérée indiquent que la dermatite atopique est un facteur indépendant associé à un asthme mal contrôlé (Vervloet et coll., 2014)
Maladie cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires et d'asthme peuvent avoir des réactions indésirables au traitement par BACA inhalés (NIH, 2007). Le NIH (2007) indique que les maladies cardiovasculaires comorbides sont un facteur de risque de décès dû à l'asthme.

COMORBIDITÉ/ AFFECTION	LITTÉRATURE QUI SOUTIEN L'ASSOCIATION AVEC LA COMPLEXITÉ DE LA GESTION DE L'ASTHME
Affections associées à l'utilisation de bêtabloquants	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'utilisation de bêtabloquants peut aggraver les symptômes de l'asthme (GINA, 2015; NIH, 2007). ■ Des exemples d'affections associées à l'utilisation de bêtabloquants comprennent notamment l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les maladies oculaires, l'anxiété et les migraines.
Reflux gastro-œsophagien (RGO)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une étude transversale de qualité modérée a révélé que le RGO affectait négativement la qualité de vie et le contrôle de l'asthme chez les personnes asthmatiques (Hayat et coll., 2014). ■ Références supplémentaires qui soutiennent l'association entre le RGO et la complexité de la prise en charge de l'asthme : GINA (2015), Liang et Feng (2013) et NIH (2007).
Apnée obstructive du sommeil (AOS)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les données d'une étude transversale de qualité modérée portant sur un large échantillon de patients asthmatiques ont montré que les symptômes indicatifs d'un risque élevé d'AOS ou d'une AOS diagnostiquée et non traitée (par exemple, pauses respiratoires pendant le sommeil, réveils soudains et haletants du sommeil, aggravation du ronflement en position couchée ou après la consommation d'alcool) sont associés à des symptômes d'asthme persistants pendant la journée. De plus, la ventilation en pression positive continue (PPC), utilisée dans le traitement de l'AOS, a réduit la probabilité de symptômes d'asthme diurnes persistants (Teodorescu et coll., 2012). ■ Références supplémentaires qui soutiennent l'association entre l'AOS et la complexité de la gestion de l'asthme : GINA (2015), Kim et coll. (2013), Liang et Feng (2013) et NIH (2007).
Surpoids et obésité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les données d'une étude transversale de qualité modérée ont montré que l'obésité était significativement associée à une plus grande sévérité de l'asthme et à une moins bonne maîtrise de l'asthme et qualité de vie (Maalej et coll., 2012). ■ Références supplémentaires qui soutiennent la relation entre l'obésité et son effet sur la gestion de l'asthme : Boudreau et coll. (2014), Ciprandi et coll. (2014), GINA (2015), NIH (2007), BTS/SIGN (2014) et Vervloet et coll. (2014). ■ Références qui soutiennent la relation entre le surpoids et les effets néfastes de l'asthme : Boudreau et coll. (2014), Ciprandi et coll. (2014) et Maalej et coll. (2012).
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'asthme peut s'améliorer, s'aggraver ou rester inchangé pendant la grossesse (BTS/SIGN, 2014).
Dysfonctionnement des cordes vocales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le mouvement anormal des cordes vocales est souvent confondu avec l'asthme, et doit donc être envisagé dans le cas d'un asthme difficile à traiter (NIH, 2007). Ce dysfonctionnement et l'asthme peuvent coexister, ce qui complique la prise en charge (NIH, 2007).

Annexe G : Principes de la compétence informationnelle en santé

Principes et stratégies de la compétence informationnelle en santé

Compétence informationnelle en santé

La compétence informationnelle en santé est « la capacité d'une personne à accéder à l'information, à la comprendre, à l'évaluer et à la communiquer afin de promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé dans divers contextes tout au long de la vie » (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 11). Elle comprend un large éventail de compétences qui aident les personnes et leurs familles à comprendre les renseignements sur la santé, à participer à l'autogestion et à s'orienter dans le système de santé complexe. La compétence informationnelle en santé dépend de facteurs liés à la personne et au système, notamment ce qui suit (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008) :

- connaissance de sujets en matière de santé;
- culture;
- langue maternelle;
- âge;
- littératie et numératie;
- compétences en communication des fournisseurs de soins de santé.

Les personnes qui ont une faible compétence informationnelle en santé peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires pour gérer leurs propres soins et naviguer dans le système de santé. Elles sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques, d'être admises à l'hôpital, d'avoir davantage recours aux services d'urgence et de juger leur état de santé comme mauvais (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern et Crotty, 2011; Griffey, Kennedy, McGownan, Goodman et Kaphingst, 2014).

Stratégies

Langage clair

Le langage clair est une stratégie visant à rendre les renseignements écrits et oraux plus faciles à comprendre, et constitue un outil important pour atténuer la faible compétence informationnelle en santé (AIIAO, 2012a).

Les principaux éléments du langage clair sont les suivants :

- organiser l'information de façon à ce que les points les plus importants soient présentés en premier;
- décomposer des renseignements complexes en segments plus petits et plus faciles à comprendre;
- utiliser un langage simple et commun;
- omettre les mots inutiles;
- éviter le jargon médical et définir tous les termes complexes ou la terminologie médicale qui doivent être utilisés;
- utiliser des titres, des listes et des tableaux pour faciliter la lecture;
- utiliser la voix active plutôt que la voix passive;
- se concentrer sur le comportement plutôt que sur les principes médicaux sous-jacents;
- utiliser des éléments visuels pour transmettre un message, et non pas simplement pour décorer une page;
- utiliser une police de 12 points minimum et évitez les majuscules, l'italique et les polices fantaisistes.

Méthode d'apprentissage et d'enseignement

L'apprentissage et l'enseignement constituent une méthode qui fait porter la responsabilité de l'apprentissage sur le fournisseur. Elle fait participer la personne (ou l'apprenant clé) de manière non honteuse en lui demandant de répéter, dans ses propres mots, ce qui vient d'être expliqué (AIIAO, 2012a). Le fournisseur a ainsi l'occasion de clarifier toute erreur de communication ou tout malentendu, et d'évaluer l'efficacité de l'éducation d'une manière qui engage la personne et sa famille. Par exemple, après avoir informé la personne sur les différents types d'inhalateurs, le fournisseur de soins de santé peut lui demander : « S'il vous plaît, dites-moi quand vous utiliseriez votre inhalateur de secours bleu. »

Pour clore la conversation, il est préférable de poser des questions ouvertes plutôt que des questions de type « oui ou non », car elles ouvrent le dialogue et font savoir à la personne que vous vous attendez à ce qu'elle ait des questions sur la matière enseignée. Par exemple, la question : « Quelles questions avez-vous à me poser? » est préférable à la question « Avez-vous des questions? »

Pour plus d'information sur la compétence informationnelle en santé et la facilitation de l'apprentissage, voir les LDPE de l'AIIAO *Faciliter l'apprentissage centré sur le client* (2012a).



Annexe H : Obstacles à l'amélioration de l'autogestion de l'asthme et méthodes pour y parvenir

Voici une liste des obstacles à l'autogestion de l'asthme pour lesquels les personnes asthmatiques peuvent être évaluées. Les obstacles et les méthodes de soutien à l'autogestion ci-dessous ont été compilés à partir d'information identifiée dans l'examen systématique, dans les lignes directrices approuvées par AGREE II, par le comité d'experts et/ou par les commentaires des parties prenantes externes.

Pour d'autres renseignements sur l'autogestion de maladies chroniques, veuillez consulter les *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients* (2010b) des LDPE de l'AIIAO.

OBSTACLES À L'AUTOGESTION DE L'ASTHME	MÉTHODES POUR AMÉLIORER L'AUTOGESTION
<ul style="list-style-type: none"> ■ Manque de communication efficace entre la personne et le fournisseur de soins de santé ■ Stigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établir un partenariat avec la personne en fixant des objectifs communs pour le traitement de l'asthme ■ Prise de décision partagée ■ Discuter des attentes, des craintes et des préoccupations ■ Afficher une communication ouverte en montrant de l'attention (p. ex., contact visuel), en encourageant par la communication non verbale (p. ex., sourire, hochement de tête), en utilisant le renforcement verbal pour les stratégies de gestion efficaces (p. ex., « C'est très bien » ou « Vous avez fait la bonne chose ») et en utilisant un style de conversation interactif (p. ex., poser des questions ouvertes) ■ Utiliser les techniques d'entretien motivationnel, à condition d'avoir reçu la formation appropriée
<ul style="list-style-type: none"> ■ Perceptions erronées concernant la maîtrise de l'asthme et la gestion de l'asthme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les obstacles à la capacité de la personne à suivre le plan de soins, notamment les perceptions erronées concernant l'asthme, sa prise en charge et son coût ■ Évaluez les croyances ou pratiques culturelles susceptibles d'influencer les activités d'autogestion (par exemple, « Dans votre communauté, que signifie l'asthme? »). ■ Fournir une éducation sur la gestion autonome de l'asthme ■ Promouvoir l'utilisation d'un plan d'action contre l'asthme documenté et personnalisé

OBSTACLES À L'AUTOGESTION DE L'ASTHME	MÉTHODES POUR AMÉLIORER L'AUTOGESTION
<ul style="list-style-type: none"> ■ Croyances erronées selon lesquelles les médicaments contre l'asthme ne sont pas nécessaires ■ Inquiétudes concernant les effets secondaires des médicaments (réels ou perçus) ■ Mauvaise compréhension des instructions relatives aux médicaments ■ Mauvaise compréhension de l'importance du traitement de contrôle dans la maîtrise de l'asthme ■ Oubli 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'éducation visant à améliorer l'utilisation appropriée des médicaments devrait porter sur les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ le pour et le contre des options de traitement; □ les conséquences du non-respect du plan de traitement; □ les éléments relatifs aux médicaments contre l'asthme (p. ex. effets secondaires des médicaments; clarification des perceptions erronées, notamment en ce qui concerne l'utilisation des stéroïdes). ■ Discuter des attentes, des craintes et des préoccupations ■ Utiliser des technologies qui font déjà partie de la vie quotidienne d'une personne (par exemple, l'installation de rappels sur les dispositifs mobiles) ■ Encourager la personne à utiliser les activités de la vie quotidienne (par exemple, se raser, se brosser les dents, prendre ses repas) pour se rappeler de prendre ses médicaments
<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés à utiliser les dispositifs d'inhalation ■ Multiples inhalateurs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revoir et renforcer la technique d'inhalation précise ■ Simplifier autant que possible la prise en charge et le plan d'action (par exemple, déterminer si plusieurs inhalateurs peuvent être remplacés par un plus petit nombre; fournir des instructions claires sur le plan d'action, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Compétence informationnelle en santé ■ Facteurs socioéconomiques, notamment la pauvreté, le faible niveau d'éducation, le chômage, le faible soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer la compétence informationnelle en santé de la personne ■ Adapter le niveau et la quantité d'éducation au niveau de compétence informationnelle en santé de la personne ■ Utiliser un langage simple et non technique, clair et sans ambiguïté ■ Demander à la personne de faire part de ses réactions et de confirmer qu'elle a bien compris (par exemple, utilisez la méthode d'apprentissage et d'enseignement) ■ Ordonner les renseignements de manière stratégique, parler lentement et passer plus de temps avec la personne si nécessaire ■ Fournir une éducation en utilisant des stratégies d'enseignement multiples (par exemple, discussion, documents écrits, vidéos, sites Web interactifs) ■ Discuter du coût des médicaments comme d'un obstacle et mettre les patients en contact avec les soutiens financiers et sociaux appropriés, le cas échéant ■ Utiliser les techniques d'entretien motivationnel, à condition d'avoir reçu la formation appropriée

Compilé par le comité d'experts de l'AIIAO (2016).

Sources : Buckstein, 2016; GINA, 2015; et AIIAO, 2004a.

Annexe J : Outils d'évaluation

Voici une liste d'outils qui peuvent être utilisés pour évaluer le contrôle de l'asthme; cette liste n'est pas exhaustive. Les outils ci-dessous, suggérés à titre d'exemple, ont été identifiés dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le comité d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

L'inclusion d'un outil dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIAO. Il est important de sélectionner un outil dont l'utilisation est appropriée dans le milieu où vous pratiquez et qui convient à votre discipline.

OUTIL	DESCRIPTION DE L'OUTIL	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION LOCALISÉES
Test sur la maîtrise de l'asthme (Asthma Control Test, ou ACT)	<p><i>Objectif</i> : Déterminer si l'asthme des patients est mal contrôlé.</p> <p>Population visée : 12 ans et +</p> <p>L'ACT comporte 5 questions : 3 liés aux symptômes, 1 à la prise de médicaments et 1 au contrôle global.</p>	https://www.asthmacontroltest.com/fr-ca/welcome/	Oui
Questionnaire sur la maîtrise de l'asthme (Asthma Control Questionnaire, ACQ) (en anglais)	<p><i>Objectif</i> : Mesurer l'adéquation du contrôle clinique de l'asthme.</p> <p>Population visée : adultes souffrant d'asthme (17 ans et plus).</p> <p>L'ACQ comporte 7 questions : 5 liés aux symptômes, 1 à l'utilisation de bêta₂-agonistes, et 2 liés au VEMS (remplis par le personnel de la clinique).</p>	https://www.qoltech.co.uk/index.htm	Oui
Questionnaire sur la qualité de vie dans le contexte de l'asthme (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ) (en anglais)	<p><i>Objectif</i> : L'AQLQ a été développé pour mesurer les problèmes fonctionnels (physiques, émotionnels, sociaux et professionnels) les plus importuns pour les adultes (17-70 ans) souffrant d'asthme.</p> <p>L'AQLQ comporte 32 questions réparties en quatre domaines : symptômes, limitation des activités, fonction émotionnelle et stimuli environnementaux.</p> <p>La note globale de l'AQLQ est la moyenne des 32 réponses, et les notes des domaines individuels sont les moyennes des items de ces domaines.</p>	https://www.qoltech.co.uk/index.htm	Oui

OUTIL	DESCRIPTION DE L'OUTIL	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION LOCALISÉES
Miniquestionnaire sur la qualité de vie dans le contexte de l'asthme (Mini-Asthma Quality of Life Questionnaire, mini AQLQ) (en anglais)	<p><i>Objectif</i> : Le mini-AQLQ est étroitement lié au grand questionnaire et a été développé pour mesurer les déficiences fonctionnelles les plus importantes pour les patients adultes (17-70 ans) en raison de leur asthme.</p> <p>Il comporte 15 questions réparties en quatre domaines : symptômes, limitation des activités, fonction émotionnelle et stimuli.</p>	https://www.qoltech.co.uk/index.htm	Oui



Annexe K : Ressources d'enseignement des techniques avec les dispositifs

Voici des suggestions de fiches d'instructions écrites et d'outils d'évaluation des dispositifs d'inhalation qui peuvent être utilisés pour soutenir l'enseignement de la technique avec les dispositifs d'inhalation chez les personnes asthmatiques. Cette liste n'est pas exhaustive. L'inclusion de ces ressources ne signifie pas qu'elles sont recommandées par l'AIIAO.

Pour avoir accès aux instructions écrites pour les dispositifs d'inhalation et aux feuilles de maîtrise de l'instruction des dispositifs d'inhalation, visitez le site Web de l'Association pulmonaire de la Saskatchewan (<https://sk.lung.ca/>). Des vidéos tutorielles démontrant les techniques correctes pour une variété d'inhalateurs et de dispositifs d'espacement peuvent être visionnées à l'adresse suivante <https://sk.lung.ca/lung-diseases/inhalers>. Pour télécharger les fiches de ressources RESPTREC^{MC}, rendez-vous sur le site <https://sk.lung.ca/health-professionals/resources/resptrec-resources>.

Pour accéder aux instructions écrites concernant les dispositifs d'inhalation, visitez le site Web de l'Association pulmonaire de l'Ontario à l'adresse suivante www.on.lung.ca/resources.

L'outil d'évaluation des dispositifs d'inhalation (Inhaler Device Assessment Tool [IDAT], Davies et coll., 2006) est une liste de contrôle que les infirmières et les infirmiers peuvent utiliser pour s'assurer que les étapes essentielles de la technique avec les dispositifs d'inhalation sont effectuées avec précision et que l'administration des médicaments est optimisée. L'IDAT a été validé chez des enfants asthmatiques (Davies et coll., 2006) et des adultes atteints de MPOC (Woodend et coll., 2007). Le guide d'utilisation de l'IDAT peut être téléchargé à l'adresse suivante (en anglais) <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-asthma-control-children>.



Annexe L : Médicaments respiratoires

Les médicaments utilisés pour traiter l'asthme peuvent généralement être divisés en deux catégories : les soulageurs et les contrôleurs. Ils sont disponibles sous différentes formes et sont administrés par divers dispositifs; cependant, la voie inhalée est la voie privilégiée, car elle minimise la disponibilité systémique et donc les effets secondaires.

a) Soulageurs

- Les soulageurs sont des médicaments qui sont utilisés principalement en cas de besoin pour soulager les symptômes de l'asthme. Ils peuvent également être utilisés pour prévenir les symptômes de l'asthme avant l'exercice ou d'autres déclencheurs.
- Les soulageurs doivent être utilisés à la dose et à la fréquence les plus faibles possibles pour soulager les symptômes.

b) Contrôleurs

- Les contrôleurs sont des médicaments qui sont pris régulièrement et quotidiennement pour réduire au minimum l'apparition des symptômes de l'asthme et prévenir les exacerbations en réduisant l'inflammation.

Source : Adapté de AIIAO (2004a) et mis à jour par le comité d'experts de AIIAO, 2016.

Avantages et inconvénients des inhalateurs-doseurs et des inhalateurs à poudre sèche (IPS)

	INHALATEURS-DOSEURS	IPS
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ■ Portatifs et compacts ■ Moins chers que les IPS ■ Préparation minimale ■ L'utilisation d'un tube d'espacement améliore l'administration des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Portatifs et compacts ■ Pas d'agent propulseur ■ Pas besoin d'un tube d'espacement ■ Actionné par une inspiration profonde, donc il n'est pas nécessaire de coordonner l'actionnement et l'inhalation ■ Inclure des compteurs de doses affichant le nombre de doses restantes dans l'appareil
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nécessite une coordination de l'actionnement et de l'inhalation s'il n'est pas utilisé avec un tube d'espacement ■ Les tubes d'espacement ne sont pas toujours disponibles ou pratiques pour les personnes ayant un mode de vie actif et ne sont pas toujours couverts par les régimes d'assurance médicaments ■ Dépôt oropharyngé élevé ■ Nécessite des propulseurs ■ L'administration du médicament dépend fortement de la technique (si un tube d'espacement n'est pas utilisé) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plus coûteux ■ L'humidité et la chaleur ambiantes peuvent affecter la dose émise ■ Nécessitent des débits inspiratoires plus élevés pour une déposition pulmonaire de bonne qualité ■ Certains ont des dates d'expiration plus courtes que d'autres ■ Certains contiennent du lactose

* Les personnes asthmatiques doivent toujours être encouragées à utiliser un tube d'espacement (chambre de retenue à valve) lorsqu'elles utilisent un inhalateur-doseur.

Source : Élaboration par le comité d'experts de l'AIIAO, 2016.

Pour accéder à un tableau des médicaments respiratoires actuellement disponibles en Ontario et à des renseignements sur le Programme d'accès exceptionnel du Programme de médicaments de l'Ontario, ainsi qu'au programme des services de santé non assurés, veuillez consulter le site Web de l'Association pulmonaire de l'Ontario à l'adresse suivante <https://www.on.lung.ca/pcap-intranet/asthma-and-copd-medication-table>.

Pour obtenir des renseignements détaillés sur les indications, les contre-indications, les effets indésirables et l'administration de certains médicaments, veuillez consulter la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html>.



Annexe M : Débitmètres de pointe

Comment utiliser un débitmètre de pointe

« Pour utiliser un débitmètre de pointe, suivez le mode d'emploi décrit sur l'emballage. La procédure générale est la suivante :

1. Tenez-vous debout ou assis(e), le dos droit.
2. Vérifiez que l'indicateur est à zéro.
3. Inspirez profondément, serrez vos lèvres autour de l'embout buccal, puis soufflez aussi fort que vous le pouvez dans le dispositif.
4. Notez la lecture (votre pointage).
5. Remplacez l'indicateur à zéro. Mesurez votre débit de pointe deux fois de plus. Notez chaque lecture (vos pointages).
6. Chaque fois que vous mesurez votre débit de pointe, faites-le à trois reprises. La meilleure lecture sera votre pointage réel – celui que vous devriez prendre en note et montrer à votre médecin.
7. Consultez votre plan d'action contre l'asthme, pour savoir si vous devriez apporter des changements à votre traitement quotidien. »

Source : L'Association pulmonaire, 2016b. Accessible à <https://www.poumon.ca/santé-pulmonaire/demandez-de-laide/comment-utiliser-votre-inhalateur/débitmètre-de-pointe>

Trouver le meilleur débit de pointe personnel

Le meilleur débit de pointe personnel noté d'une personne est le débit de pointe noté le plus élevé atteint sur une période de deux à trois semaines lorsque l'asthme est contrôlé.

L'asthme est différent d'une personne à l'autre, et la « meilleure » valeur de débit de pointe d'une personne peut être supérieure ou inférieure à celle d'une autre personne de même taille, poids et sexe. Le plan d'action doit être basé sur la meilleure valeur personnelle de débit de pointe de la personne.

Pour déterminer le meilleur débit de pointe personnel, la personne doit effectuer des mesures de débit de pointe :

- au moins deux fois par jour pendant 2 à 3 semaines;
- au réveil et avant de se coucher;
- ainsi qu'avant la prise d'un bronchodilatateur inhalé à courte durée d'action (soulageur), de même que 15 minutes après.

Source : Adapté de AIIAO (2004a) et mis à jour par le comité d'experts AIIAO, 2016.

Conseils pour la surveillance du débit de pointe

1. La surveillance du débit expiratoire de pointe (DEP) peut être utile chez certaines personnes, notamment celles qui perçoivent mal l'obstruction des voies respiratoires.
2. Il faut être prudent dans l'interprétation des résultats du DEP, car ils sont extrêmement influencés par l'effort. Ils doivent être utilisés en conjonction avec d'autres résultats cliniques.
3. La technique de DEP de la personne doit être observée jusqu'à ce que le praticien soit convaincu que la technique produit des lectures précises. (Voir « Comment utiliser un débitmètre de pointe » ci-dessus.)
4. La surveillance du DEP à domicile doit être liée à l'évaluation des symptômes selon le plan d'action.
5. Les personnes qui utilisent un débitmètre de pointe doivent recevoir des instructions sur la manière d'établir leur meilleur DEP personnel et de l'utiliser comme base de leur plan d'action.
6. Les appareils de DEP doivent être vérifiés régulièrement pour assurer leur précision et la reproductibilité de leurs résultats.
7. La surveillance de base du matin et du soir doit être effectuée pendant plusieurs semaines et poursuivie régulièrement, la fréquence étant adaptée à la gravité de la maladie.
8. Les personnes doivent être averties de l'importance d'une augmentation de plus de 15 à 20 % de la variation diurne (c'est-à-dire des changements du soir au matin).
9. L'exactitude du débitmètre de pointe d'une personne doit être déterminée au moins une fois par an ou chaque fois qu'elle suscite un doute. Les valeurs du spiromètre ou d'un autre appareil de mesure portable doivent être comparées.

Source : Adapté de AIIAO (2004a) et mis à jour par le comité d'experts AIIAO, 2016.



Annexe N : Plans d'action personnels

Qu'est-ce qu'un plan d'action contre l'asthme?

Un plan d'action contre l'asthme est un plan personnalisé, écrit, électronique et/ou illustré, élaboré dans le but de l'autogestion de l'asthme. Le plan guide l'autosurveillance de l'asthme en fonction des symptômes, de l'utilisation des médicaments de secours et éventuellement de la mesure du débit de pointe, et détaille les mesures de gestion à prendre en fonction du contrôle de l'asthme de la personne. Le plan d'action est adapté aux préférences de la personne, à son traitement et à son schéma habituel d'exacerbations, et peut intégrer des déclencheurs. Les plans d'action doivent être élaborés en partenariat avec la personne asthmatique.

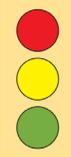
Les plans d'action contre l'asthme utilisent souvent l'analogie d'un feu de signalisation avec une zone verte, une zone jaune et une zone rouge :

- La **zone verte** représente un contrôle acceptable et stable de l'asthme, ainsi que la poursuite du traitement actuel.
- La **zone jaune** représente une période de « prudence », dans la mesure où il existe des signes d'aggravation de l'asthme et de perte de contrôle de l'asthme. En réponse à cette perte de contrôle, on peut suggérer l'ajustement de l'ordonnance et/ou de demander de l'aide médicale.
- La **zone rouge** représente un moment de « danger » où l'asthme est déterminé comme étant hors de contrôle et suffisamment grave pour justifier des soins médicaux urgents.

Les plans d'action avec escalade du traitement médicamenteux doivent être autorisés par un prescripteur. Le niveau de détail du plan dépend de la compréhension et des préférences de la personne. Les éléments clés pour apprendre à une personne à utiliser un plan d'action comprennent les signes et les symptômes de la détérioration de la maîtrise de l'asthme, la façon d'ajuster les médicaments et le moment où il faut consulter un médecin (en cabinet ou en urgence). Si la personne a un plan d'action, un interrogatoire minutieux de la part du fournisseur de soins de santé sur la dernière perte de contrôle de la personne aidera le fournisseur de soins de santé à mesurer la compréhension du plan par la personne, à évaluer les compétences nécessaires à la bonne exécution du plan et à déterminer la nécessité d'une formation supplémentaire.

Source : Adapté de AIIAO (2004a) et mis à jour par le comité d'experts AIIAO, 2016.

Exemple 2 : Société canadienne de l'asthme (en anglais)



Plan d'action contre l'asthme (exemple)



Nom : _____

Nom du médecin : _____

Date : _____

Numéro de téléphone de l'hôpital/de l'urgence : _____

Numéro de téléphone du médecin : _____

Ce plan d'action n'est qu'un guide. Consultez toujours un médecin si vous n'êtes pas sûre ou sûr de ce que vous devez faire.

Zone verte : Je n'ai pas de symptômes d'asthme

Je n'ai aucun symptôme :

- ≡ Je n'ai pas de toux, ni de respiration sifflante, ni d'oppression thoracique, ni d'essoufflement
- ≡ Je ne tousse pas et je n'ai pas de respiration sifflante lorsque je fais de l'exercice ou que je dors
- ≡ Je peux faire toutes mes activités habituelles
- ≡ Je n'ai pas besoin de prendre des jours de congé

Zone jaune : Je présente des symptômes d'asthme

- ≡ Je tousse, j'ai une respiration sifflante, je ressens une oppression thoracique ou un essoufflement pendant la journée, lorsque je fais de l'exercice ou que je dors
- ≡ J'ai l'impression d'avoir un rhume ou la grippe
- ≡ J'ai besoin d'utiliser mon inhalateur de soulagement plus de trois fois par semaine pour mes symptômes d'asthme

Zone rouge : Je suis en danger et j'ai besoin d'aide

N'importe quel des éléments suivants :

- ≡ Je suis dans la zone jaune depuis 24 heures
- ≡ Mes symptômes d'asthme s'aggravent
- ≡ Mon soulageur ne semble d'aucune aide
- ≡ Je ne peux faire aucun type d'activité
- ≡ J'ai des difficultés à marcher ou à parler
- ≡ Je me sens faible ou étourdi(e)
- ≡ J'ai les lèvres ou les ongles bleus
- ≡ Je suis effrayé(e)
- ≡ Cette attaque est survenue soudainement

Pour rester sans symptômes, je dois prendre ces médicaments de contrôle tous les jours

Médicaments	Quelle quantité prendre	Quand le prendre

J'ai besoin d'augmenter mon traitement ou d'ajouter un autre contrôleur

D'abord ■ Prendre _____ 2 bouffées, toutes les _____ heures, selon les besoins.
(Soulageur)

Ensuite ■ Augmentez le _____ à _____ par jour, pendant _____ jours, ou jusqu'à ce que vous soyez de nouveau dans la zone verte.
(Contrôleur)

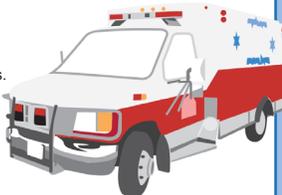
Si aucune amélioration n'est constatée après _____ heures, appelez ou consultez votre médecin.

Rendez-vous directement à l'urgence de l'hôpital local le plus proche.

D'abord ➔ Il s'agit d'une urgence. Composez le 911.

Ensuite ➔ En attendant l'ambulance, prenez

■ 2 bouffées de _____ toutes les 10 minutes.
(Inhalateur de soulagement)



Source : Droits d'auteur 2017 par la Société canadienne de l'asthme. Réimpression autorisée. Accessible à <http://asthma.ca/adults/control/actionPlan.php>.

Annexe P : Autres ressources

En tenant compte des commentaires d'intervenants externes dans le rôle d'évaluateurs, le comité d'experts a compilé une liste de certains des principaux organismes qui offrent des renseignements et des ressources concernant les soins axés sur le traitement de l'asthme.

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source. L'inclusion d'un produit dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIAO.

SITE WEB	CONTENU	LIEN
American Thoracic Society (ATS)	<p>L'ATS est la principale association médicale mondiale qui se consacre à l'avancement de la compréhension clinique et scientifique des maladies pulmonaires, des maladies graves et des troubles respiratoires liés au sommeil.</p> <p>Les ressources pour les fournisseurs de soins de santé comprennent ce qui suit (en anglais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ lignes directrices sur l'asthme; ■ liste des lectures de référence de l'ATS; ■ cas cliniques d'asthme de l'ATS; ■ autres ressources sur l'asthme. 	https://www.thoracic.org/
Asthma and Allergy Information Association	L'Asthma and Allergy Information Association est un organisme de bienfaisance canadien consacré aux allergies, à l'asthme et à l'anaphylaxie. Il fournit des ressources aux personnes souffrant d'asthme.	http://www.aaia.ca/
Asthma Australia	Asthma Australia est un organisme national de lutte contre l'asthme. Son site Web fournit (en anglais) des renseignements sur l'asthme, la recherche, la formation et les ressources pour les professionnels de la santé.	http://www.asthmaaustralia.org.au/
Société canadienne de l'asthme	La Société canadienne de l'asthme est un organisme de bienfaisance qui cherche à fournir aux Canadiens souffrant d'asthme des renseignements, une éducation, des outils de gestion et des programmes de soutien fondés sur des données probantes, testés sur le marché et adaptés à l'âge. Son site Web comprend des ressources pour aider les personnes souffrant d'asthme.	http://www.asthma.ca/

SITE WEB	CONTENU	LIEN
Réseau canadien pour les soins respiratoires	<p>Par l'intermédiaire de ses enseignants certifiés et de ses organismes membres, le Réseau canadien pour les soins respiratoires (RCSR) s'efforce d'améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs familles qui vivent avec des maladies respiratoires et un trouble du tabagisme en élaborant, en promouvant et en défendant les normes les plus élevées en matière de promotion de la santé et de soins.</p> <p>Occasions de perfectionnement professionnel continu dans le domaine de l'asthme et des soins respiratoires : Le CNRC a approuvé plusieurs programmes de formation d'enseignants dans le domaine de l'asthme et des troubles respiratoires comme conditions préalables à l'obtention des examens de CAE et CRE. Voir son site Web (http://cnrchome.net/) pour une liste complète des programmes approuvés. Sous réserve des autres critères de certification, les diplômés de ces programmes approuvés pourront se présenter à l'examen d'enseignant agréé dans le domaine de l'asthme (« certified asthma educator », CAE, pour les enseignants travaillant en pédiatrie) ou à l'examen d'enseignant agréé dans le domaine respiratoire (« certified respiratory educator », CRE, pour les enseignants qui voient également des adultes dans leur pratique). Pour de plus amples renseignements, voir le site http://cnrchome.net.</p>	http://cnrchome.net/
Société canadienne de thoracologie : asthme	<p>Le comité de l'asthme de la SCT encourage les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre ou à adapter dans la pratique les lignes directrices de pratique clinique de l'asthme respiratoire de la SCT.</p> <p>Les ressources pour les fournisseurs de soins de santé comprennent ce qui suit (en anglais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ lignes directrices et normes, notamment : <ul style="list-style-type: none"> □ <i>Mise à jour des lignes directrices 2012 de la SCT : le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes</i> (https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2018/02/3-2012-Asthma-Executive-Summary-FRENCH.pdf) □ <i>CTS 2013: Spirometry in Primary Care</i> (http://www.respiratoryguidelines.ca/spirometry-in-primary-care-2013) ■ outils et ressources. 	http://www.respiratoryguidelines.ca/guideline/asthma
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies : asthme	<p>Ressources (en anglais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ données, statistiques et surveillance; ■ liens vers des recherches et des rapports sur l'asthme. 	http://www.cdc.gov/asthma/default.htm

SITE WEB	CONTENU	LIEN
Family Physician Airways Group of Canada	<p>Le Family Physicians Airway Group of Canada s'est engagé à aider les personnes atteintes de maladies des voies respiratoires à mener une vie pleine et entière. Le groupe se consacre à aider tous les médecins de famille à maintenir et à accroître leurs compétences en matière d'assistance aux personnes souffrant d'asthme et de MPOC. Son site Web comprend des outils et des ressources pour l'éducation des patients et des professionnels de la santé.</p>	http://www.fpagc.com/
Initiative mondiale pour l'asthme (Global Initiative for Asthma, GINA)	<p>Le GINA est une organisation internationale qui travaille avec les fournisseurs de soins de santé et les responsables de la santé publique du monde entier pour réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité liées à l'asthme. Son site Web comprend des documents et des rapports fondés sur des données probantes.</p>	http://ginasthma.org/
National Asthma Council Australia	<p>Le National Asthma Council Australia est une organisation à but non lucratif qui s'efforce d'améliorer les résultats en matière de santé et la qualité de vie des personnes asthmatiques.</p> <p>Les ressources pour les fournisseurs de soins de santé comprennent ce qui suit (en anglais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Australian Asthma Handbook; ■ programme d'enseignement sur l'asthme et les troubles respiratoires; ■ plans d'action écrits contre l'asthme; ■ vidéos sur la technique avec les dispositifs d'inhalation; ■ ressources sur la spirométrie; ■ documents d'information. 	http://www.nationalasthma.org.au/
National Institute of Health (US Department of Health and Human Services) — National, Heart, Lung, and Blood Institute	<p>Le National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) assure le leadership mondial d'un programme de recherche, de formation et d'éducation visant à promouvoir la prévention et le traitement des maladies cardiaques, pulmonaires et sanguines et à améliorer la santé de toutes les personnes afin qu'elles puissent vivre plus longtemps et de manière plus satisfaisante.</p> <p>Les ressources pour les fournisseurs de soins de santé comprennent ce qui suit (en anglais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ revues systématiques des données probantes et lignes directrices sur les pratiques cliniques; ■ ressources; ■ formation continue. 	http://www.nhlbi.nih.gov/

SITE WEB	CONTENU	LIEN
Ontario Occupational Health Nurses Association (OOHNA)	<p>Depuis 1971, l'AIO est l'organisation professionnelle des infirmières et infirmiers autorisés qui fournissent des soins de santé au travail aux travailleurs de l'Ontario. Il s'agissait au départ d'une association de groupes locaux d'infirmières en santé au travail; en 1973, elle s'est officiellement constituée en organisation à but non lucratif.</p> <p>Le site Web de l'OOHNA fournit des renseignements sur la formation et les événements liés aux soins infirmiers en santé au travail.</p>	http://www.oohna.on.ca/
Le système d'information sur la surveillance de l'asthme en Ontario (Ontario Asthma Surveillance Information System, OASIS)	<p>Le système d'information sur la surveillance de l'asthme en Ontario (OASIS) a été créé en 2003 pour fournir un système de surveillance longitudinale de l'asthme basé sur la population. Il continue à fournir des mesures de la morbidité et de la mortalité liées à l'asthme, de l'utilisation des services de santé et des habitudes de pratique des fournisseurs.</p> <p>Le site Web OASIS fournit des statistiques sur l'asthme et des indicateurs de l'asthme en Ontario, ainsi qu'une liste de référence des publications évaluées par des pairs.</p>	http://lab.research.sickkids.ca/oasis/
Agence de la santé publique du Canada	<p>La mission de l'Agence de la santé publique du Canada est de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens grâce à son leadership, à ses partenariats, à l'innovation et à l'action dans le domaine de la santé publique. La section « Asthme » de son site Web comprend des renseignements généraux sur l'asthme, les facteurs de risque, la prise en charge de l'asthme, des faits et des chiffres, ainsi que des liens vers des ressources connexes.</p>	https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladies-respiratoires-chroniques/asthme.html

SITE WEB	CONTENU	LIEN
RESPTREC ^{MC}	<p>En 1999, l'Association pulmonaire de la Saskatchewan et l'Association pulmonaire du Manitoba ont créé RESPTREC, un programme de développement professionnel, pour enseigner aux fournisseurs de soins de santé comment mieux éduquer les personnes atteintes d'asthme et de MPOC. Le RESPTREC (Respiratory Training and Educator Course) continue d'évoluer. L'objectif du programme est de fournir aux fournisseurs de soins de santé les connaissances, les aptitudes et les compétences nécessaires pour permettre aux personnes et à leurs soignants de gérer de manière optimale leurs maladies chroniques. RESPTREC offre des cours pour les fournisseurs de soins de santé sur les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gestion des maladies chroniques; ■ MPOC; ■ asthme; ■ spirométrie. 	https://resptrec.org/
Association pulmonaire	L'Association pulmonaire est la principale organisation au Canada qui travaille à promouvoir la santé pulmonaire et à prévenir et gérer les maladies pulmonaires par la recherche, la défense des droits, l'éducation et le soutien.	https://www.lung.ca/
Association pulmonaire de l'Ontario	<p>L'Association pulmonaire de l'Ontario est un organisme canadien à but non lucratif de promotion de la santé qui se concentre sur la prévention et le contrôle des maladies pulmonaires chroniques, de l'asthme, de la cessation et de la prévention du tabagisme, ainsi que sur la qualité de l'air et ses effets sur la santé pulmonaire.</p> <p>Les programmes et services destinés aux patients et aux familles comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la ligne d'information sur la santé pulmonaire (1-888-344-LUNG [5864]), qui fournit une aide aux personnes souffrant d'asthme ou s'occupant d'autres personnes souffrant d'asthme ou d'autres maladies pulmonaires et dont le personnel est composé d'enseignants respiratoires certifiés; ■ la qualité de l'air (1-888-344-LUNG [5864]) https://www.poumon.ca/santé-pulmonaire/qualité-de-lair/votre-maison-saine; ■ programme de lutte contre l'asthme professionnel pour l'industrie www.on.lung.ca/work-related-asthma; ■ ressources sur l'asthme www.on.lung.ca/resources. 	http://www.on.lung.ca/

SITE WEB	CONTENU	LIEN
Association pulmonaire – Programme de soins primaires pour la prise en charge de l'asthme	<p>Ce programme normalisé est basé sur les pratiques exemplaires, les résultats du projet PCAPP et les lignes directrices consensuelles canadiennes sur l'asthme. Il utilise des outils précis conçus pour guider les praticiens et les clients dans la gestion efficace de l'asthme. Il évolue en tant que programme et continue de développer et d'évaluer les ressources nécessaires à la prise en charge efficace de l'asthme dans le cadre des soins primaires.</p> <p>Les outils et les ressources de ce programme pour l'asthme incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ manuel général du programme; ■ manuel de spirométrie du programme (comprend les considérations relatives à l'assurance de la qualité); ■ plan d'action contre l'asthme du programme; ■ cheminement pour les soins primaires contre l'asthme; ■ algorithme de diagnostic et de prise en charge de l'asthme. 	http://www.on.lung.ca/pcap
Association pulmonaire – Programme d'enseignement aux fournisseurs	<p>Ce programme de l'Association pulmonaire de l'Ontario, financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a pour mandat d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des programmes accrédités de formation continue sur les médicaments et des documents qui font la promotion des lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie en matière de soins respiratoires.</p> <p>Les sujets d'enseignement aux fournisseurs incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'asthme; ■ l'interprétation de la spirométrie; ■ comparaison de la MPOC et de l'asthme; ■ l'asthme professionnel; ■ l'asthme préscolaire. 	http://olapep.ca/
Ontario Respiratory Care Society	<p>Promouvoir l'excellence dans la prestation de soins respiratoires interdisciplinaires par l'éducation, la recherche, la collaboration, l'apport d'expertise professionnelle et le soutien aux efforts de l'Association pulmonaire pour améliorer la santé pulmonaire.</p> <p>Les activités et ressources comprennent des événements éducatifs, des programmes de recherche et des publications.</p>	http://www.on.lung.ca/page.aspx?pid=423

SITE WEB	CONTENU	LIEN
Réseau de santé universitaire – Centre de l'asthme et des voies respiratoires (Asthma & Airway Centre)	L'Asthma & Airway Centre est spécialisé dans le diagnostic, le traitement et la gestion de l'asthme, de la MPOC, des allergies et d'autres problèmes respiratoires. Le site Web fournit des ressources informatives.	https://www.uhn.ca/Surgery/Clinics/Asthma_Airway
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	<p>L'OMS reconnaît que l'asthme revêt une importance majeure pour la santé publique. L'Organisation joue un rôle dans la coordination des efforts internationaux contre la maladie. L'objectif de sa stratégie est de soutenir les États membres dans leurs efforts pour réduire le handicap et les décès prématurés liés à l'asthme.</p> <p>Son site Web comprend des renseignements généraux sur l'asthme, des renseignements sur les activités de l'OMS relatives à l'asthme et d'autres liens connexes.</p>	http://www.who.int/respiratory/asthma/activities/en/



Annexe Q : Description de la *trousse*

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en pratique avec succès que si les soutiens organisationnels, administratifs ainsi qu'à la planification et aux ressources sont adéquats et que la facilitation est appropriée. Afin de favoriser la mise en œuvre avec succès, un comité d'experts de l'AIIAO, réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs, a mis au point la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b). La *Trousse* se base sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en œuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux activités de facilitation lors de la mise en œuvre de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de « mise en pratique des connaissances » (Straus et coll., 2009) :

1. Détermination du problème : Repérer, examiner et sélectionner les connaissances (ligne directrice sur les pratiques exemplaires).
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances;
 - Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions.
4. Surveillance de l'application des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'application des connaissances.

Modifier les pratiques et produire un impact clinique positif par la mise en pratique de lignes directrices est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à <http://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>.

APPUI



Société canadienne de l'asthme

4 janvier 2017

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.),
Ordre de l'Ontario Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl,
Toronto (Ontario) M5H 1L3

Lettre de soutien : Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme

Madame,

La Société canadienne de l'asthme est ravie de soutenir la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques de l'AIIAO - *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme*. En mettant l'accent sur l'amélioration de la prise en charge de l'asthme chez l'adulte, cette ligne directrice renforcera considérablement l'utilisation des meilleures pratiques associées à l'éducation sur l'asthme pour répondre aux besoins individuels de la personne asthmatique, optimisant ainsi les résultats cliniques.

La Société canadienne de l'asthme a pour mission de permettre à chaque enfant et adulte asthmatique de mener une vie active et sans symptômes. Cette ligne directrice est directement liée à notre mission, qui consiste à promouvoir l'autogestion optimale de l'asthme, la recherche et les soins de santé. Les recommandations portent sur les pratiques fondées sur des preuves associées à la prise en charge de l'asthme chez l'adulte au niveau du praticien individuel, de l'organisation et du système de santé. Nous sommes conscients de l'importance de la prise de décision fondée sur des preuves

La Société canadienne de l'asthme s'est engagée à fournir de l'information, de la formation et des outils de gestion de l'asthme fondés sur des données probantes afin de soutenir les Canadiennes et Canadiens qui vivent avec l'asthme. Nous pensons que la ligne directrice *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme* appuiera grandement notre travail auprès des Canadiens vivant avec l'asthme.

Veuillez agréer, Madame, meilleures salutations,

A handwritten signature in cursive script that reads "V Foran".

Vanessa Foran, CAE
Présidente et directrice générale
Société canadienne de l'asthme

Tél. 416 787-4050

Télééc. 416 787-5807

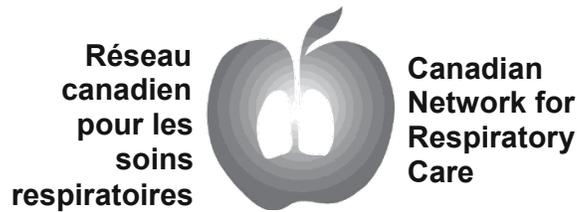
Courriel info@asthma.ca

124, rue Merton, bureau 401, Toronto, Ontario, M4S 2Z2 Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 89853 7048 RR0001

www.Asthma.ca

www.AsthmaKids.ca

Ligne d'information 1 866 787-4050



16851, chemin Mount Wolfe, Caledon (Ontario) L7E 3P6
Tél. : 905 880-1092 Téléc. : 905 880-9733 www.cnrchome.net

17 janvier 2017

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.),
Ordre de l'Ontario Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Lettre de soutien : Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme

Madame,

Au nom du Réseau canadien pour les soins respiratoires (RCSR), j'ai le plaisir d'approuver la ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, intitulée *Soins de l'asthme chez les adultes. Favoriser le contrôle de l'asthme*. Cette ligne directrice actualisée, qui remplace la *Adult Asthma Care Guidelines for Nurses: Promoting Control of Asthma* (2004) et son supplément (2007), renforceront la qualité des soins.

Par l'intermédiaire de ses enseignants certifiés et de ses organismes membres, le RCSR s'efforce d'améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs familles qui vivent avec des maladies respiratoires et un trouble du tabagisme en élaborant, en promouvant et en défendant les normes les plus élevées en matière de promotion de la santé et de soins. Nous apprécions donc la façon dont les recommandations de votre ligne directrice sur les pratiques exemplaires reconnaissent que les programmes de certification respiratoire pour les professionnels de la santé standardisent les informations fournies aux personnes asthmatiques et améliorent la qualité de l'éducation sur l'asthme fournie.

Le RCSR s'engage à promouvoir l'excellence dans le domaine des soins respiratoires. Dans le cadre de cette mission, nous pensons que la ligne directrice *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme* sera une ressource importante pour le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé.

Cordialement,

Cheryl Connors
Directrice générale
Réseau canadien pour les soins respiratoires (RCSR)

RESPIREZ

l'association pulmonaire

L'Association pulmonaire de l'Ontario
18, chemin Wynford, bureau 401, Toronto
(Ontario) M3C 0K8 Tél. 416 864-9911 F 416 864-9916
info@on.lung.ca | on.poumon.ca Ligne d'information sur
la santé pulmonaire 1 888-344-LUNG (5864)

7 mars 2017

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D.,
LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Lettre de soutien : *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser
le contrôle de l'asthme*

Madame,

Il fait plaisir à l'Association pulmonaire d'offrir son soutien et son appui à la nouvelle édition de votre ligne directrice sur l'asthme. Comme vous le savez, notre organisation est un chef de file dans la prévention et le contrôle des maladies pulmonaires chroniques. Nous fournissons de l'information et du soutien à plus de 2,8 millions de personnes vivant avec une maladie pulmonaire en Ontario, et nous nous engageons dans la représentation, la prévention et la recherche pour aider toute la population ontarienne à respirer avec aisance. Nos deux sociétés de professionnels de la santé, la Société thoracique de l'Ontario et l'Ontario Respiratory Care Society, font la promotion de la santé respiratoire par le biais de la recherche et de l'enseignement médicaux, ainsi que de l'excellence dans les soins respiratoires interdisciplinaires. Nous pensons que la ligne directrice de l'AIIAO, *Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme*, sera une ressource précieuse pour aider le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé et les patients à maîtriser leur asthme.

Cette ligne directrice est directement liée à notre mandat d'améliorer la santé pulmonaire. En tant qu'organisation qui promeut la recherche et l'éducation dans le domaine de la santé pulmonaire, nous aimons comment la ligne directrice fournit des recommandations fondées sur des preuves solides pour les soins au niveau du praticien individuel, ainsi que pour les enseignants et les administrateurs.

Avec plus de 2 millions de personnes souffrant d'asthme dans la province de l'Ontario, il s'agit d'une maladie à laquelle le personnel infirmier est fréquemment confronté. Il est important que le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé comprennent les complexités liées à l'évaluation et à la prise en charge de cette population. La Ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO sur le thème de l'asthme contribuera à la cohérence et à l'excellence de la pratique clinique. Nous vous félicitons pour l'élaboration de cette ligne directrice fondée sur des données probantes, qui aidera le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé à fournir des soins de haute qualité aux adultes souffrant d'asthme, dans tous les domaines de soins.

Cordialement,



George Habib
Président et directeur général
L'Association pulmonaire de l'Ontario



Shelly Prevost
Présidente, Ontario Respiratory Care Society



George Chandu
Président, Société thoracique de l'Ontario

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice
sur les pratiques cliniques exemplaires

MAI 2017

Soins de l'asthme chez les adultes : Favoriser le contrôle de l'asthme

Deuxième édition

ISBN 978-1-926944-72-2



9 781926 944722

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario