

LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE »

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection principalement causée par l'habitude de fumer, caractérisée par l'obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, par des manifestations systémiques et des exacerbations qui augmentent en fréquence et en sévérité. Elle englobe principalement la bronchite chronique et l'emphysème.

La MPOC est la cinquième cause de décès en Montérégie avec un taux de mortalité de 36,8 par 100 000 de population. En 1998, les coûts directs et indirects des maladies respiratoires au Québec étaient de l'ordre de 1 919 M \$¹. Toujours en 1998, la prévalence déclarée des MPOC était de 2,3 %, ce qui représente une clientèle potentielle de 26,842 en 2004 pour la Montérégie².

On attribue au tabagisme 90 % des cas de MPOC. D'autres facteurs tels que la pollution atmosphérique et l'exposition à certaines substances irritantes en milieu de travail sont également mises en cause dans l'étiologie de cette maladie³.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

¹ AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). Fardeau de la maladie – En ligne
http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/select_options.php?Lang=f&stream=cd

² INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Montréal, MSSS, Collection la santé et le bien-être, 2000.

³ GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report, Executive summary*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service National Institute of Health. National Heart Lung and Blood Institute, 2001.
ROULEAU, M., J. BOURBEAU, F. MALTAIS. « Le traitement des MPOC - Mise au point ». *Actualité médicale*, Supplément à visée éducative, 2002.

TYPLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information et sensibilisation ▪ Interventions multistratégiques de promotion et de prévention du tabagisme ▪ Activités de cessation tabagique ▪ Interventions médicales préventives ▪ Pratiques cliniques préventives ▪ Services d'immunisation (influenza, pneumocoque) ▪ Promotion de la qualité de l'air intérieur et extérieur ▪ Promotion de la qualité de l'air dans l'environnement de travail ▪ Mobilisation des réseaux de l'intersectoriel ▪ Recherche de cas et interventions précoces 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic, traitement et suivi (médecins de famille) ▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés (accès) ▪ Suivi systématique multidisciplinaire (cas modérés et sévères) ▪ Clinique d'enseignement et de suivi de clientèle ▪ Diagnostic des conditions comorbides ▪ Services d'urgence et d'hospitalisation ▪ Services pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé ▪ Services psychosociaux auprès de la personne et de ses proches ▪ Soutien d'ordre pratique et psychosocial ▪ Clinique d'enseignement et de suivi de clientèle ▪ Suivi intégré par une équipe multidisciplinaire (clientèle atteinte de façon modérée et sévère) ▪ Services d'adaptation et de réadaptation ▪ Services pharmaceutiques ▪ Services de soins de fin de vie

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS⁴. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Maladie pulmonaire obstructive chronique ».

Les pistes d'action sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum dans son ensemble ont été mises arbitrairement dans la section **GUÉRIR**. Enfin, certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

A) PRÉVENIR⁵

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec ce continuum sont :

1. La qualité des interventions multistratégiques de prévention du tabagisme.

La réduction du tabagisme dépend d'interventions à multiples facettes pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes (milieu scolaire), aider les fumeurs à cesser et soutenir les non-fumeurs dans leurs démarches pour obtenir un environnement sans fumée.

Afin d'agir sur la norme sociale ainsi que sur les connaissances et attitudes des personnes, des campagnes nationales de promotion visant l'adoption de saines habitudes de vie, dont le non-tabagisme, sont prévues. Un concours national J'arrête, j'y gagne a lieu depuis plusieurs années. Cependant, des

⁴ Dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

⁵ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans ce continuum spécifique.

actions régionales et locales de renforcement sont nécessaires pour favoriser l'efficacité de ces campagnes.

2. L'intensification de la promotion des mesures favorisant une bonne qualité de l'air intérieur dans les milieux de vie (incluant le milieu de travail).

Les principaux contaminants de l'air intérieur sont la fumée de tabac dans l'environnement, les autres produits de combustion, certains contaminants biologiques (ex. : moisissures, insectes, acariens, poils), le radon et les composés organiques volatils. La sensibilisation de la population aux mesures visant à limiter l'exposition à ces contaminants est à réaliser. Des outils d'information visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et aux moisissures sont en élaboration en Montérégie.

Plusieurs substances sont aussi présentes dans le milieu de travail. Qu'elles soient d'origine animale, végétale, minérale ou chimique, sous forme de poudre, d'aérosol ou de gaz, inhalées ces substances peuvent avoir des effets sensibilisants, irritants et toxiques. Elles peuvent notamment causer de l'asthme professionnel, la plus fréquente des maladies respiratoires professionnelles dans les pays industrialisés. La qualité de l'air du milieu de travail est d'autant plus importante qu'il existe actuellement peu de valeurs limites établies pour les allergènes.

D'autre part, la protection des nourrissons et des jeunes enfants contre l'exposition aux acariens de la poussière domestique, aux coquerelles, aux phanères d'animaux et à la fumée de cigarette, peut réduire le risque. De l'information doit être transmise afin de contrôler autant que possible la présence d'allergènes dans les milieux de vie grâce à un entretien régulier, à une bonne aération, à une réduction de l'humidité.

3. L'accessibilité aux services de cessation tabagique.

Des centres d'abandon du tabac sont implantés dans tous les territoires locaux (mission CLSC). Une formation minimale ou brève faisant partie du counselling antitabagique est disponible. Des programmes comprenant un volet de cessation de l'usage du tabac sont aussi implantés dans plusieurs territoires (programme d'éducation en prévention du tabagisme chez les jeunes en milieu, etc.).

4. L'intensification de la promotion des mesures favorisant une bonne qualité de l'air extérieur.

Les épisodes de niveau élevé de pollution atmosphérique, souvent appelés épisodes de smog, sont associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité reliée aux maladies cardiorespiratoires. Afin de réduire les risques de complications chez les populations vulnérables, le Programme Info-smog a débuté il y a quelques années avec l'objectif de limiter leur niveau d'exposition lors d'épisodes de smog.

Les avis d'Environnement Canada sur les épisodes de smog sont transmis depuis 2002 à certains CLSC.

De plus, différentes sources d'émissions atmosphériques industrielles pouvant présenter un risque pour la santé des personnes exposées font l'objet d'interventions de la part des équipes de la Direction de santé publique.

B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention **GUÉRIR** comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

5. L'amélioration de la continuité des services à l'aide d'outils de partage d'information.

Pour pallier le manque d'information, l'utilisation du dossier unique et d'un registre des patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique est fortement suggérée.

6. L'application des guides de pratique clinique.

Pour un contrôle optimal de la MPOC, il faut promouvoir, dans chaque CSSS, l'utilisation des guides de pratique clinique qui tiennent compte des plus récentes recommandations de la Société canadienne de thoracologie relativement au traitement de la MPOC (2003).

7. L'accessibilité aux médecins spécialistes.

Selon les recommandations de la Société canadienne de thoracologie, les omnipraticiens doivent pouvoir recourir aux services des médecins spécialistes lorsque le diagnostic est incertain, lorsque les symptômes sont graves ou disproportionnés, lorsque la fonction pulmonaire chute de façon excessive ou que les symptômes apparaissent avant l'âge de 40 ans.

8. La continuité par le médecin de famille en lien avec l'équipe multidisciplinaire et avec les soins à domicile.

La pratique veut que les patients atteints d'une MPOC soient suivis par une clinique ou un service de maintien à domicile et qu'il y ait une référence à des médecins spécialistes pour les cas sévères et

récurrents d'exacerbation et avec morbidité complexe, pour les cas où il y a doute sur le diagnostic ou lorsque les symptômes apparaissent avant 40 ans.

9. L'accessibilité aux médecins de famille.

Les personnes présentant une MPOC n'ont pas toutes un médecin de famille, ce qui, en l'absence de suivi de traitement, augmente le taux de consultation à l'urgence de l'hôpital dans les moments d'exacerbation. De plus, le fait de ne pas avoir de médecin de famille entraîne une moins bonne observance au traitement. Il y aurait donc lieu d'instituer un mécanisme facilitant l'accessibilité à un médecin de famille.

10. L'accessibilité aux outils diagnostiques en 1^{ère} ligne.

Le dépistage de masse (tests des fonctions respiratoires) chez les fumeurs asymptomatiques n'est pas recommandé. Les experts recommandent cependant de faire un test de spirométrie pour établir le diagnostic précoce chez les individus à risque de MPOC. Ce test se fait généralement en cabinet, occasionnellement à l'urgence lors de période d'exacerbation. Le dépistage est à parfaire au niveau de la 1^{ère} ligne. Le processus de suivi est assuré par le médecin traitant.

Le diagnostic de MPOC doit être suspecté chez tout fumeur présentant une dyspnée d'effort, de la toux et des expectorations. La confirmation de l'obstruction pulmonaire par un test de spirométrie (mesures de capacité respiratoire) est essentielle au diagnostic. La disponibilité d'appareil de spirométrie est à documenter au niveau des cliniques et des CSSS et devrait être mis en place au niveau de la 1^{ère} ligne.

11. La coordination intra-hospitalière des services lors de la prise en charge de la clientèle et la continuité de services pour le retour à domicile ou dans les milieux de vie.

Pour les personnes ayant reçu des services de ventilation mécanique non invasive, il faut s'assurer de la coordination intrahospitalières lors de la prise en charge de cette clientèle ainsi que de la continuité des services lorsque le patient retourne chez lui ou dans les milieux de vie tels les centres d'hébergement, les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de types familial (RTF).

12. La disponibilité d'un programme de réadaptation pulmonaire.

Les programmes de réadaptation pulmonaire devraient être accessibles pour éviter l'incapacité progressive qui peut conduire à l'isolement social. Ils améliorent de façon significative la dyspnée,

l'endurance à l'effort et la qualité de vie. De plus, la réadaptation réduit les jours d'hospitalisation et les exacerbations, contribue à une meilleure utilisation des services de 1^{ère} ligne, abaisse de façon significative la mortalité et a un effet coût-bénéfice sur les soins de santé.

C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

13. L'accès à une équipe multidisciplinaire avec intervenant-pivot en 1^{ère} ligne, dans une perspective de responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement pour les clientèles modérées à sévères (client et famille).

La recherche scientifique a démontré que les personnes souffrant de MPOC se sentent davantage sécurisées et en meilleure santé lorsqu'elles participent à leur plan de traitement. La clé du succès passe par l'information, la participation et le soutien.

Des cliniques d'enseignement et de suivi pour la clientèle atteinte de MPOC reposant sur une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, pharmacien, psychologue, travailleur social, inhalothérapeute, physiothérapeute, Info-Santé) ayant une approche clinique favorisant l'autonomie du patient, devraient être présentes dans tous les CSSS. Des telles cliniques n'existent pas en ce moment. Cette pratique serait souhaitable, particulièrement pour les cas modérés et sévères. Pour bien fonctionner, des intervenants devront être formés afin qu'ils développent des habiletés pour le suivi, la prise en charge, l'enseignement à l'autogestion de la MPOC, la cessation de fumer, le soutien psychosocial et la réadaptation pulmonaire.

14. L'accessibilité aux services à domicile (ergothérapeute, inhalothérapeute, infirmière, etc.).

Les services à domicile sont à consolider (suivis à domicile post-hospitalisation, accès à des services de médecine de jour, accès à un traitement médicamenteux optimal, accès à de l'oxygénation ou de la ventilation non invasive).

15. L'accessibilité aux soins palliatifs.

Les personnes aux prises avec une MPOC devraient avoir accès à des soins de fin de vie. Ces services sont à développer dans chaque CSSS quel que soit le milieu de soins (CH, CLSC, CHSLD, OC, maisons de soins palliatifs).

16. L'application des guides de pratiques des soins de fin de vie spécifiques aux personnes atteintes de MPOC.

Les personnes atteintes de MPOC devraient avoir accès à des services de fin de vie, d'accompagnement, de soulagement de la douleur, d'oxygénothérapie, etc. Ces services gagneraient à être développés dans chaque CSSS quel que soit le milieu d'intervention (établissement ou domicile).

Les personnes atteintes de MPOC doivent aussi obtenir de l'information sur leur maladie, leur pronostic et les circonstances éventuelles de leur mort. Les médecins et les pneumologues ont besoin d'une meilleure formation pour les aider à cibler, parmi leurs patients atteints de MPOC, ceux qui risquent davantage de mourir dans un avenir rapproché et qui, par conséquent, bénéficieraient le plus de discussions opportunes sur les enjeux de fin de vie. Une formation devrait être disponible pour outiller les médecins et tous les professionnels aux questions de fin de vie éventuellement soulevés par leurs patients ou leurs proches.

17. L'accessibilité à des groupes de support pour les personnes atteintes de MPOC.

Quelques groupes de support pour les personnes atteintes de MPOC existent en Montérégie. D'autres pourraient être développés avec le support du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) qui ont des ressources pour aider à démarrer de tels groupes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). Fardeau de la maladie – En ligne http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/select_options.php?Lang=f&stream=cd

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report, Executive summary*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service National Institute of Health. National Heart Lung and Blood Institute, 2001.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Montréal, MSSS, Collection la santé et le bien-être, 2000.

ROULEAU, M., J. BOURBEAU, F. MALTAIS. « Le traitement des MPOC - Mise au point ». *Actualité médicale*, Supplément à visés éducative, 2002.