

LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« ASTHME »

L'asthme est une affection réversible caractérisée par des symptômes paroxystiques ou persistants comme la dyspnée, l'oppression thoracique, la respiration sifflante, la production de mucus et la toux, associés à une obstruction bronchique variable et à une hypersensibilité des voies aériennes à divers stimuli endogènes ou exogènes¹. L'inflammation et ses effets sur la structure des voies aériennes semblent les principaux mécanismes qui provoquent l'apparition et la persistance de l'asthme.

Selon Statistiques Canada², 8,4 % de la population âgée de 12 ans et plus aurait reçu un diagnostic d'asthme (2000-2001) et au moins 12 % des enfants canadiens souffrirait d'asthme³.

Parmi les facteurs de risque, on retrouve des facteurs prédisposants (tels le sexe - plus de garçons que de filles sont asthmatiques, l'atopie, les antécédents familiaux asthmatiques), des facteurs étiologiques (les allergènes intérieurs et extérieurs, les agents présents en milieu de travail, les polluants intérieurs et extérieurs), des facteurs favorisants (les infections respiratoires d'origine virale, les polluants intérieurs, le tabagisme), et des facteurs déclencheurs (les gripes et infections pulmonaires, la pratique de l'activité physique, les polluants intérieurs et extérieurs et le stress). Le tabagisme est, à la fois, un facteur prédisposant et déclencheur.

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant. Responsable d'environ le quart des absences scolaires, l'asthme peut restreindre considérablement le mode de vie des personnes qui en sont affectées. L'asthme a aussi des conséquences importantes sur l'utilisation des ressources. En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec, pour l'année 1998, 24,4 % des asthmatiques auraient consultés un médecin au cours d'une période de deux semaines; 15,2 % auraient été hospitalisés une fois au cours d'une période de 12 mois alors que 41 % auraient été hospitalisés deux fois et plus au cours de la même période; et le nombre annuel moyen de journées d'incapacité était de 36⁴.

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

¹ RÉSEAU CANADIEN POUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME. *Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 2003*.

² STATISTICS CANADA, *CANSIM, Tables 104-0001 et 105-0001*, Catalogue no. 82-221-XIE.

³ STATISTICS CANADA, *National Population Health Survey*, 1996-1997.

⁴ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Collection la santé et le bien-être, Montréal, MSSS, 2000.

TPOLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information et sensibilisation ▪ Promotion de l'allaitement maternel ▪ Counselling aux futurs parents (tabac) ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions médicales (médecins de famille) ▪ Centres d'enseignement sur l'asthme ▪ Activités de cessation tabagique ▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés ▪ 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 ▪ Centres d'enseignement sur l'asthme ▪ Soutien d'ordre pratique et psychosocial ▪ Services pharmaceutiques ▪ Promotion de l'exercice

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 MSSS⁵. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Asthme ».

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 inter-reliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

A) PRÉVENIR⁶

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,

⁵ 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.

⁶ 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.

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

2. L'intensification de la promotion d'un environnement sans fumée.

Des problèmes de santé peuvent être causés par la fumée secondaire de tabac. Une loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics est en processus d'application au Québec. Beaucoup de travail de promotion reste à faire pour atteindre l'objectif visé.

3. 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.

4. L'accessibilité aux mesures d'identification des futurs parents qui fument, au counselling approprié et aux services de cessation.

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement durant l'enfance augmente le risque de développer des maladies respiratoires chroniques, de l'asthme et des allergies. Le tabagisme maternel et parental a des effets sur le développement du système respiratoire de l'enfant et pourrait jouer un rôle dans l'insuffisance respiratoire à l'âge adulte.

Des outils d'information visant à réduire l'exposition des enfants à la FTE sont disponibles en Montérégie et ont été diffusés notamment dans les centres de la petite enfance (CPE). De plus, dans le cadre des Services intégrés en petite enfance auprès des clientèles vulnérables, l'intervenant doit intégrer un volet visant l'adoption de saines habitudes de vie par la mère et le père du bébé à naître ou du jeune enfant, notamment des actions visant la diminution de la consommation de tabac. Ce volet reste à consolider.

5. L'accessibilité aux interventions favorisant l'allaitement maternel (Initiative ami des bébés (IAB)).

L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 4 mois réduirait le risque d'apparition de l'asthme. En fait, il semble que ce soit l'âge auquel on ajoute d'autres aliments, quels qu'ils soient, au lait maternel, qui interfère dans le mécanisme de protection attribué à l'allaitement exclusif, plutôt que la durée totale de l'allaitement. Une stratégie démontrée efficace pour augmenter l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel est l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB), développée par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF. Au Canada, l'Initiative est élargie pour inclure, en plus des services de maternité, les établissements de santé œuvrant dans la communauté (CLSC et maisons de naissance) qui jouent un rôle dans l'encouragement et le soutien à l'allaitement. L'IHAB devient donc l'Initiative des amis des bébés (IAB).

6. 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 :

7. La clarification de la hiérarchisation des services.

Afin d'utiliser les ressources médicales de façon optimale, les omnipraticiens devraient assurer le suivi régulier des patients souffrant d'asthme et les référer aux spécialistes lorsque requis.

8. 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'asthme est fortement suggérée.

9. L'application des guides de pratique clinique.

Pour un contrôle optimal de l'asthme, il faut promouvoir, dans chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS), l'utilisation des guides de pratique clinique qui tiennent compte de la mise à jour des recommandations de prise en charge de l'asthme chez l'adulte (2003).

10. L'accessibilité aux médecins de famille.

Les personnes asthmatiques 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.

11. L'accessibilité aux outils diagnostics en 1^{ère} ligne.

Le diagnostic précoce se fait généralement dans le cadre de soins primaires, de la consultation pédiatrique ou de l'examen périodique. Il existe certaines difficultés au niveau du diagnostic différentiel entre l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez l'adulte. Le diagnostic de l'asthme est à confirmer au moyen de mesures objectives de l'obstruction bronchique tout comme la MPOC.

C) SOUTENIR

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

12. L'accessibilité aux centres d'enseignement sur l'asthme.

Des centres d'enseignement sur l'asthme (CEA) devraient être présents dans chaque CSSS et facilement accessibles à toutes les personnes asthmatiques et leur famille. En ce moment, ces centres sont présents dans tous les territoires mais leur fonctionnement n'est pas optimal partout et ce, pour diverses raisons (insuffisance de fonds pour attribuer les heures d'enseignement, manque de ressources humaines et insuffisance de références par les médecins).

13. L'accessibilité aux services de soutien psychosocial pour les groupes vulnérables et leurs proches.

Des services psychosociaux devraient être accessibles aux patients atteints d'asthme et à leur famille, au besoin. Des organismes offrent déjà des services d'information téléphonique ou sur le Web. Des liens sont à établir avec les organismes communautaires et les associations, telles l'Association pulmonaire du Québec et le Réseau québécois pour l'asthme et la MPOC.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME. *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : Un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2000.

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

RÉSEAU CANADIEN POUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME. *Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 2003*.

STATISTICS CANADA. *CANSIM*, Tables 104-0001 et 105-0001, Catalogue no. 82-221-XIE.

STATISTICS CANADA, *National Population Health Survey 1996-1997*.