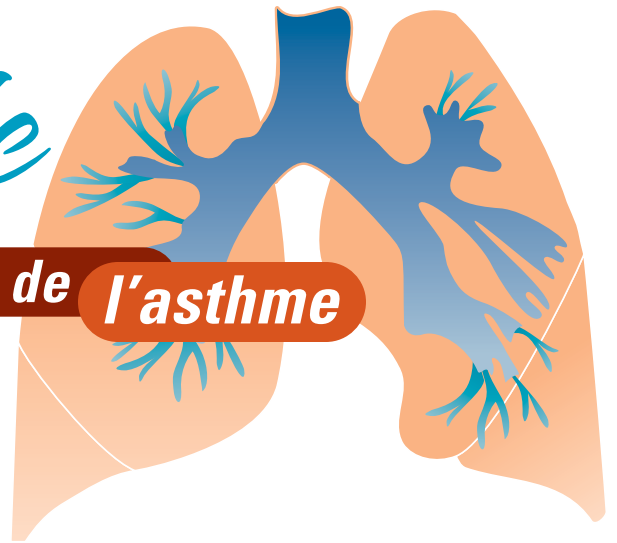


Outil d'aide À LA DÉCISION

dans le traitement de l'asthme



RAISONS DE CONSULTATION ET DIAGNOSTIC^(1, 5):

- Suspecter l'asthme en présence des symptômes paroxystiques ou persistants suivants : *dyspnée, oppression thoracique, respiration sifflante, toux et expectorations*. Ces symptômes sont typiquement augmentés la nuit, lors d'activité physique ou d'exposition à des facteurs allergènes ou irritants;
- Compléter les différentes étapes de la prise en charge globale de l'asthme (Tableau 1).

TABLEAU 1 PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'ASTHME (1, 5)

Asthme présumé	Éléments diagnostiques
Confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité au départ	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les <i>symptômes</i>, les antécédents (anamnèse); <ul style="list-style-type: none"> - Pour les personnes de moins de 6 ans : Encadré ci-contre; - Pour les personnes de 6 ans ou plus : Faire aussi un test de la fonction respiratoire (Tableau 2); • Se rappeler qu'une toux n'est pas nécessairement synonyme d'asthme.
Identifier les facteurs déclenchants éventuels	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'exposition à la fumée de tabac, aux animaux, acariens, pollens, moisissures, odeurs fortes, agents sensibilisants au travail ou la présence d'infections respiratoires, etc.; • Obtenir les résultats des tests d'allergie.
Asthme confirmé	Traitement
Initier les traitements : non pharmacologique et pharmacologique	<ul style="list-style-type: none"> • Recommander des mesures d'assainissement de l'environnement et la cessation du tabagisme; • Prescrire les médicaments nécessaires à la maîtrise rapide de l'asthme (Tableau 3); • Traiter les conditions associées (ex : reflux gastro-œsophagien, rhinite, sinusite, etc.).
Initier l'éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des éléments importants (Tableau 4) et, si disponible, orienter vers un éducateur spécialisé en asthme (www.rqam.ca ou 1-877-441-5072).
Cibler les meilleurs résultats pouvant être atteints	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les critères de maîtrise de l'asthme, y compris la fonction respiratoire (Tableau 5); • Rechercher les causes d'une perte de maîtrise et proposer les solutions possibles (Tableau 6, figure 1).
Établir la médication minimale nécessaire à la maîtrise de l'asthme	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire progressivement la médication en surveillant la maîtrise de l'asthme.
Établir et remettre un plan d'action écrit (PAE)	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire sur le PAE la médication minimale permettant de garder la maîtrise de l'asthme (médication d'entretien); • Préciser sur le PAE la conduite à suivre lors de l'augmentation des symptômes ou en présence d'infections respiratoires ou d'exposition momentanée à un allergène; • Remettre le PAE : encadré ci-contre.
Assurer un suivi régulier	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier périodiquement les critères de maîtrise, y compris la fonction respiratoire (Tableau 5); • Rechercher les causes d'une perte de maîtrise et proposer les solutions possibles (Tableau 6, figure 1).

CONFIRMER LE DIAGNOSTIC (moins de 6 ans) (3, 4)

Éléments augmentant la probabilité d'un diagnostic d'asthme :

- Présence d'atopie(s) personnelle(s);
- Antécédents familiaux d'asthme;
- Épisode *sévère* de dyspnées ou de sibilances;
- Dyspnées ou sibilances chez l'enfant de plus de 1 an;
- Trois épisodes ou plus de sibilances depuis la naissance;
- Toux persistante surtout à l'effort ou toux nocturne;
- Amélioration des symptômes à la suite d'un essai de bronchodilatateur par inhalation à courte durée d'action (BDCA) ou de corticostéroïde inhalé (CSI).

PLAN D'ACTION ÉCRIT (PAE)

- Remettre le PAE au patient ou demander à un éducateur spécialisé en asthme ou à un pharmacien de le faire;
- Pour obtenir des exemplaires d'un modèle de *plan d'action* : www.cdm.gouv.qc.ca.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC (≥ 6 ANS)

TABLEAU 2 MESURES OBJECTIVES POUR ÉVALUER L'OBSTRUCTION BRONCHIQUE (5-7)

Spirométrie	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration ≥ 12 % (≥ 180 mL), du VEMS 15 minutes après la prise d'un BDCA; Amélioration ≥ 20 % (≥ 250 mL) du VEMS après la prise d'un corticostéroïde (inhale ou par voie orale) pendant 10 à 14 jours; « Variabilité spontanée » ≥ 20 % du VEMS de base, constatée au cours de visites répétées.
Débitmètre (DEP)	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration ≥ 20 % du DEP 15 minutes après la prise d'un BDCA; Variation diurne* du DEP ≥ 20 % sur plusieurs semaines (changement avec le temps).
Hyperréactivité bronchique	<ul style="list-style-type: none"> Une provocation bronchique à la méthacholine peut parfois se révéler utile, devant l'échec des autres tests, pour confirmer le diagnostic d'asthme ou évaluer la réactivité bronchique.

VEMS = volume expiratoire maximal en une seconde.

BDCA = bronchodilatateur par inhalation à courte durée d'action.

DEP = débit expiratoire de pointe établi au moyen d'un débitmètre portatif.

* : Variation diurne = $\frac{DEP_{max} - DEP_{min}}{DEP_{max}} \times 100$
(matin et soir)

TRAITEMENT INITIAL

TABLEAU 3 TRAITEMENT VISANT UNE MAÎTRISE RAPIDE* (5, 7)

Symptômes peu fréquents et VEMS ou DEP normaux	<ul style="list-style-type: none"> BDCA PRN (moins de 4 doses/semaine†) (Tableau 8).
Symptômes ou besoin d'un BDCA† 4 fois/semaine ou plus, ou fonction pulmonaire anormale	<ul style="list-style-type: none"> CSI, dose quotidienne faible à modérée, et un BDCA PRN (Tableaux 7 et 8).
Symptômes fréquents et VEMS ou DEPs à < 60 % de la valeur prévue	<ul style="list-style-type: none"> Considérer la prednisone ou l'équivalent, par voie orale, <ul style="list-style-type: none"> - <i>Adulte</i> : de 30 à 50 mg DIE pendant 7 à 14 jours ou plus‡; - <i>Enfant (moins de 12 ans)</i> : de 1 à 2 mg/kg (max.: 50 mg) DIE pendant 3 à 5 jours ou plus; suivi ou simultanément avec une dose quotidienne de CSI, et un BDCA PRN.

CSI = corticostéroïde inhalé.

* : À l'urgence ou lors d'hospitalisations, d'autres traitements peuvent aussi être utilisés.

† : Excluant une dose par jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

‡ : Diverses doses et durées ont été proposées, avec ou sans doses décroissantes (ex. : 50 mg DIE pour 5 jours, puis 25 mg DIE pour 5 jours; 30 mg DIE pour 5 jours, puis diminuer de 5 mg par jour jusqu'à 0).

ÉDUCATION

TABLEAU 4 ÉLÉMENTS IMPORTANTS À DISCUTER AVEC LE PATIENT (1-9)

<ul style="list-style-type: none"> Asthme : Maladie chronique qui se maîtrise;
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation aux facteurs déclenchants (allergènes ou irritants) : « <i>Qu'est-ce qui a déclenché votre asthme?</i> »
<ul style="list-style-type: none"> Activité physique à encourager (ex.: marche, vélo, natation);
<ul style="list-style-type: none"> Rôle des deux grandes classes de médicaments et observance thérapeutique : « <i>Que savez-vous sur ces médicaments?</i> » « <i>Croyez-vous être capable de les prendre tel que je vous le suggère?</i> »;
<ul style="list-style-type: none"> Technique d'inhalation et de DEP, le cas échéant;
<ul style="list-style-type: none"> Plan d'action écrit : « <i>Décrivez-moi votre dernière crise</i> », « <i>Lors de votre prochain rhume, que ferez-vous?</i> ».

ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE

TABLEAU 5 CRITÈRES DE MAÎTRISE DE L'ASTHME* (1-7)

Présence de symptômes diurnes < 4 jours/semaine
Présence de symptômes nocturnes < 1 nuit/semaine
Activité physique normale
Exacerbations asthmatiques légères et peu fréquentes
Aucun absentéisme dû à l'asthme
Prise de moins de 4 doses/semaine d'un bronchodilatateur par inhalation à action rapide†‡
VEMS ou DEP égaux ou supérieurs à 90 % de la valeur maximale du patient
Variation diurne§ du DEP n'excédant pas 10 % à 15 %

* : L'introduction de CSI pourrait être considérée tôt dans le traitement, même si les symptômes d'asthme sont moins fréquents que trois fois par semaine.

† : Excluant une dose par jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

‡ : Si les symptômes liés à l'effort nécessitent la prise presque quotidienne d'un BDCA, les experts suggèrent d'échanger avec le patient quant à la pertinence d'un traitement préventif comme une faible dose de CSI ou un antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARLT).

§ : Variation diurne, matin et soir, sur une période de deux semaines.

SUIVI DE L'ASTHME

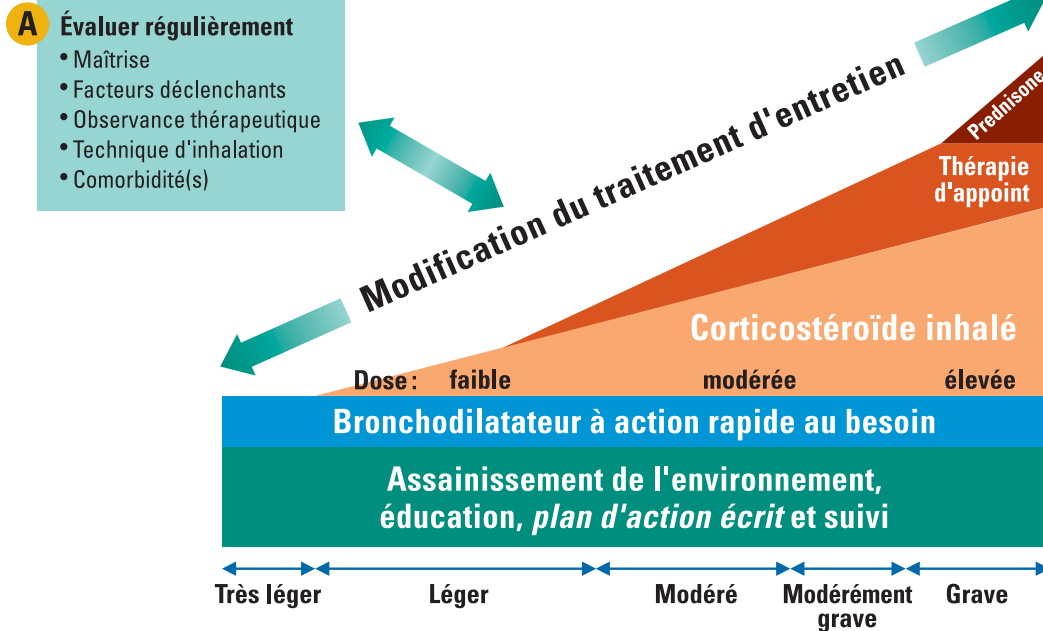
Le suivi de l'asthme est complexe car la gravité de cette maladie chronique peut fluctuer selon la présence de facteurs externes (environnement, maladies concomitantes, etc.), les fausses croyances sont répandues et les stades d'adaptation aux maladies chroniques varient avec le temps.

TABLEAU 6 CAUSES DE LA PERTE DE LA MAÎTRISE ET SOLUTIONS POSSIBLES (1-8)

Causes de la perte de la maîtrise	Solutions possibles
Nouveaux facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none"> Éducation; Assainissement de l'environnement; Parfois, intensification temporaire du traitement (le traitement pharmacologique ne doit pas se substituer à l'assainissement de l'environnement).
Inobservance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Éducation; Traitement identique ou simplifié.
Technique d'inhalation inadéquate	<ul style="list-style-type: none"> Éducation.
Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des comorbidités (reflux gastro-œsophagien, rhinite, sinusite, etc.); Intensification temporaire du traitement.
Exacerbation (allergique, infectieuse...)	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de doses plus élevées d'un corticostéroïde inhalé ou par voie orale (<i>Plan d'action écrit</i>).
Augmentation de la gravité de l'asthme	<ul style="list-style-type: none"> Intensification du traitement pharmacologique.

FIGURE 1 CONTINUUM DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME (1-3)

La maîtrise de l'asthme doit être évaluée à *chaque consultation* et le traitement d'entretien modifié au besoin. Toute *modification* de la pharmacothérapie doit être considérée comme un *essai thérapeutique*, et son efficacité doit être *réévaluée* après un délai raisonnable (4-6 semaines). *Une fois l'asthme adéquatement maîtrisé*, il faut viser la *dose minimale nécessaire* pour conserver la maîtrise (Tableaux 7 et 8).



Adapté avec la permission de l'éditeur : Lemière C, Bai T, Balter M, et coll. Mise à jour des recommandations de prise en charge de l'asthme chez l'adulte, édition 2003. *Can Respir J* 2004; 11 (Suppl A) : 19A-33A.

1. L'asthme très léger se traite avec un bronchodilatateur par inhalation à action rapide *au besoin* (moins de 4 doses/semaine*).
2. Une **faible dose quotidienne** d'un corticostéroïde inhalé (CSI) peut constituer le premier traitement d'entretien de l'asthme **léger**, *même si les symptômes d'asthme sont moins fréquents que trois fois par semaine.*
 - Si le patient ne peut ou ne veut pas prendre de CSI, un antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARLT) peut être une solution de rechange, même s'il est moins efficace qu'un CSI à faible dose.
3. Si l'emploi d'une **faible dose quotidienne** d'un CSI ne permet pas de maîtriser l'asthme de manière satisfaisante après que l'on ait **réévalué** les points mentionnés dans l'encadré **A** ci-haut, il faut considérer *l'intensification du traitement pharmacologique* tel que présenté ci-contre.

Intensification du traitement pharmacologique

• Adultes

- Considérer d'abord l'ajout d'un bronchodilatateur par inhalation à longue durée d'action (BDLA);
- Considérer en deuxième lieu l'ajout d'un ARLT ou l'augmentation de la dose de CSI à une dose modérée;
- Considérer en troisième option l'ajout de théophylline.

• Enfants et adolescents (moins de 18 ans) (3, 4)

Les données probantes concernant les thérapies d'appoint sont beaucoup moins solides dans ce groupe d'âge. Les experts recommandent :

- Considérer d'abord l'augmentation de la dose de CSI à une dose modérée, car leur efficacité est bien établie;
- Considérer en deuxième lieu l'ajout d'une thérapie d'appoint : BDLA ou ARLT.

4. L'asthme grave peut exiger l'ajout de prednisone ou l'équivalent, par voie orale.

* : Excluant une dose par jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

TABLEAU 7 CORTICOSTÉROÏDES PAR INHALATION : ÉQUIVALENCES POSOLOGIQUES PROPOSÉES (1-7, 10-11)

Dénomination commune (Nom commercial)	Dispositif d'inhalation	Dose quotidienne (µg /jour)		
		Faible*	Modérée	Élevée
Béclométhasone HFA † (Qvar ^{MC})	AD avec ou sans chambre d'espacement ‡	≤ 250	De 251 à 500	> 500
Fluticasone HFA (Flovent®)	AD avec ou sans chambre d'espacement ‡			
Fluticasone (Flovent®)	Diskus®			
Budésonide (Pulmicort®)	Turbuhaler®	≤ 400	De 401 à 800	> 800

AD = aérosol-doseur HFA = hydrofluoroalcane-134a (agent propulseur)

* : Chez les enfants de moins de 12 ans, une dose faible a été définie comme étant < 200 µg/jour de béclométhasone HFA administrée au moyen d'un aérosol-doseur avec chambre d'espacement, < 400 µg/jour de budésonide ou < 200 µg/jour de fluticasone.

† : La béclométhasone en aérosol-doseur avec chlorofluorocarbures (CFC) comme agent propulseur n'est plus offerte au Canada. L'équivalence posologique pour les doses quotidiennes était la suivante : faible : ≤ 500 µg/jour ; modérée : de 501 à 1 000 µg/jour ; élevée : > 1 000 µg/jour.

‡ : En pédiatrie et en gériatrie, les chambres d'espacement sont universellement recommandées lors de l'utilisation d'un médicament en aérosol-doseur.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (suite)

TABLEAU 8 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME (1, 5-7, 10-11)

Dénomination commune (Nom commercial)	Présentation	Posologie	Coût*
MÉDICAMENTS DE SECOURS			
Agonistes β_2 par inhalation/ bronchodilatateurs (BD) à début d'action rapide †			
Courte durée d'action (BDCA)			
Fénotérol-CFC (Berotec®)	AD 100 µg/inh.	2 inh. PRN	0,10 \$/2 inh.
Salbutamol-HFA (Airomir ^{MC} , Apo®-Salvent Sans CFC, Ratio-Salbutamol HFA) (Ventolin® HFA)	AD 100 µg/inh.	2 inh. PRN	0,08 \$/2 inh. ‡
Salbutamol (Ventodisk®) (Ventolin®)	Diskhaler® 200 µg/coque 400 µg/coque Diskus® 200 µg/coque	2 inh. PRN 1 inh. PRN	0,34 \$/2 inh. 0,24 \$/1 inh. ‡
Terbutaline (Bricanyl®)	Turbuhaler® 500 µg/inh.	1 inh. PRN	0,07 \$/1 inh.
MÉDICAMENTS STABILISATEURS			
Corticostéroïdes par inhalation (CSI)			
		<i>Faible dose quotidienne</i>	<i>Coût mensuel*</i>
Béclométhasone-HFA (Qvar ^{MC})	AD 50 µg/inh. 100 µg/inh.	< 12 ans : 1 inh. BID ≥ 12 ans : 1 inh. BID	8,50 \$ 17,01 \$
Budésonide (Pulmicort®)	Turbuhaler® 100 µg/inh. 200 µg/inh. 400 µg/inh.	< 12 ans : 1 inh. BID ≥ 12 ans : 1 inh. BID ≥ 12 ans : 1 inh. DIE	8,87 \$ 17,73 \$ 15,95 \$
Fluticasone-HFA (Flovent® HFA)	AD 50 µg/inh. Diskus® 50 µg/coque 100 µg/coque AD 125 µg/inh. AD 250 µg/inh. Diskus® 250 µg/coque	< 12 ans : 1 inh. BID ≥ 12 ans : 1 inh. BID ≥ 12 ans : 1 inh. DIE	10,95 \$ 13,20 \$ 21,90 \$ 18,00 \$ 18,00 \$
Thérapies d'appoint §			
Agonistes β_2 par inhalation/ bronchodilatateurs à longue durée d'action (BDLA)			
Formotérol (Foradil®) Formotérol (Oxeze®)	Aerolizer® 12 µg/caps. Turbuhaler® 6 µg/inh. 12 µg/inh.	≥ 6 ans : 1 inh. BID	42,30 \$ 31,75 \$ 42,30 \$
Salmétérol (Serevent®)	AD 25 µg/inh. Diskus® 50 µg/coque	≥ 4 ans : 2 inh. BID 1 inh. BID	49,80 \$
Produits combinés par inhalation ††			
		<i>Dose quotidienne faible ou modérée de CSI</i>	
Formotérol/budésonide (Symbicort®)	Turbuhaler® 6-100 µg/inh. 6-200 µg/inh.	≥ 12 ans : 1 ou 2 inh. BID	30,00 ou 60,00 \$ 39,00 ou 78,00 \$
Salmétérol/fluticasone (Advair®)	Diskus® 50-100 µg/coque AD 25-125 µg/inh. Diskus® 50-250 µg/coque	≥ 4 ans : 1 inh. BID ≥ 12 ans : 2 inh. BID ≥ 12 ans : 1 inh. BID	71,70 \$ 85,80 \$
Antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT)			
Montélukast (Singulair®)	4 mg/co. croquable ou granulés 5 mg/co. croquable 10 mg/co.	2 à 5 ans : 1 co. ou 1 sachet HS 6 à 14 ans : 1 co. HS ≥ 15 ans : 1 co. HS	38,04 \$ 42,00 \$ 61,80 \$
Zafirlukast (Accolate®)	20 mg/co.	≥ 12 ans : 1 co. BID à jeûn	42,00 \$
Autres ¶			

CFC = chlorofluorocarbures (agent propulseur) inh. = inhalation
AD = aérosol-doseur HFA = hydrofluoroalcane-134a (agent propulseur)

* : Coût du médicament d'après la *Liste de médicaments* publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (2005), excluant le coût de certains dispositifs d'inhalation, les frais de grossiste selon le cas, et les honoraires du pharmacien.

† : Le formotérol [fumarate dihydraté] (Oxeze®), un BDLA, a un début d'action rapide mais est peu employé pour l'indication *Au besoin* à cause de son coût (0,53\$/1 inh. de 6 µg, 0,71\$/1 inh. de 12 µg) et de la confusion possible lors de l'usage régulier du médicament.

‡ : Produit non inscrit à la *Liste de médicaments* publiée par la RAMQ (2005).

§ : Chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, lors de l'intensification du traitement pharmacologique, l'ajout d'un BDLA ou d'un ARLT à un CSI est recommandé seulement après l'échec d'un essai avec une dose modérée de CSI (Figure 1 et tableau 7).

†† : Les produits combinés ne sont pas indiqués *au besoin* pour le soulagement des symptômes lors d'exacerbations ou pour la prévention de ceux-ci lors d'exercice.

¶ : L'usage d'autres médicaments comme le cromoglycate, le nédocromil ou le kétotifène est moins fréquent en raison d'une puissance anti-inflammatoire inférieure aux CSI et de la complexité de la prise de ces produits. La théophylline, pour sa part, est peu utilisée en raison de son index thérapeutique étroit et de l'incidence élevée d'effets secondaires.

Édition : Conseil du médicament (CdM) – (418) 644-8282
www.cdm.gouv.qc.ca

Coordination : Diane Blais, M. Sc., pharmacienne

Rédaction : Rachel Rouleau, M. Sc., pharmacienne

Révision scientifique externe :

D^{re} Francine M. Ducharme, pédiatre-épidémiologiste,
D^{re} Catherine Lemière, pneumologue, D^{re} Denis Bérubé,
pneumologue-pédiatre, D^{re} Johanne Blais, médecin
de famille, D^r Jacques Bouchard, omnipraticien,
D^r Louis-Philippe Boulet, pneumologue, D^r André Cartier,
pneumologue, D^{re} Manon Labrecque, pneumologue,
Claudine Laurier, Ph. D., pharmacienne, Martine Grondin,
M. Sc., pharmacienne, les membres du Comité scientifique
du suivi et de l'utilisation optimale des médicaments du CdM.

Collaboration : Personnel de la permanence du CdM :

Danielle Doyon, DPH, MAP, pharmacienne,
Carole Chamberland, MBA, pharmacienne,
Joëlle Mimeault, M. Sc. pharmacienne.

Conception graphique et édition électronique : Graphidée

Bibliographie

- Lemière C, Bai T, Balter M, et coll. Mise à jour des recommandations de prise en charge de l'asthme chez l'adulte, édition 2003. *Can Respir J* 2004; 11 (Suppl A) : 19A-33A.
- Becker A, Lemière C, Bérubé D, et al. Summary of recommendations from the Canadian Asthma Consensus Guidelines, 2003. *CMAJ-JAMC* 2005; 173 (6 Suppl) : S3-S11.
- Becker A, Bérubé D, Chad Z, et al. Canadian Pediatric Asthma Consensus Guidelines, 2003 (updated to December 2004). *CMAJ-JAMC* 2005; 173 (6 Suppl) : S12-S55.
- Boulet LP, Rivard G. L'asthme chez l'adulte et chez l'enfant, l'évaluation et le traitement doivent-ils être différents ? *Le médecin du Québec* 2004; 39 (9) : 65-72.
- Boulet LP, Bai T, Becker A, et al. What is new since the last (1999) Canadian Asthma Consensus Guidelines ? *Can Respir J* 2001; 8 (Suppl A) : 5A-27A.
- Boulet LP, Becker A, Bérubé D, et al. Asthma Consensus Report 1999. *CMAJ-JAMC* 1999; 161 (11 Suppl) : S1-S62.
- Boulet LP, Becker A, Bérubé D, et coll. Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 1999. *CMAJ-JAMC* 1999; 161 (11 Suppl) : S1-S12.
- Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Bethesda (MD) : National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health (NIH), [En ligne] 1995 (Updated 2002). NIH publ no. 02-3659. Adresse URL : www.ginasthma.com (Pages consultées le 12 mars 2005).
- Boutin H, Boulet LP. *L'asthme au quotidien*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2005 : 147 p.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). *Liste de médicaments*. Québec : RAMQ, 2005 (Février) (Édition 15 modification 9) : 494 p, et modifications du 1^{er} juin 2005.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*. Ottawa, On : APhC, 2005 : 2 728 p.

Cet outil fournit des points de référence rapide pour le diagnostic, le traitement et le suivi de l'asthme. Le professionnel de la santé demeure seul responsable de déterminer le traitement approprié en tenant compte de la situation clinique de chaque patient. L'information présentée ne doit pas être considérée comme une revue complète. Comme le traitement pharmacologique change constamment, le professionnel de la santé est responsable de prendre en considération les faits nouveaux.

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition que la source soit dûment mentionnée.

Cet outil a reçu l'appui des ordres (CMQ, OPQ), des fédérations (FMOQ, FMSQ), des associations québécoises de pharmaciens de même que du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC.

Janvier 2006