



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

**ÉVALUATION D'IMPLANTATION DU
PROGRAMME INTÉGRÉ D'INFORMATION, DE SUIVI ET D'ENSEIGNEMENT
(PRIISME) SUR L'ASTHME À HOCHELAGA-MAISONNEUVE**

**Régie régionale de Montréal-Centre
Direction de la programmation et coordination
Service des études et de l'évaluation
Yvonne Streit, agente de recherche**

Mai 2001

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	I
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX	III
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS	V
REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	1
1.1. PROBLÉMATIQUE	1
1.2. CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR L'ASTHME (CEA)	2
1.3. OBJECTIFS	3
MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1. INDICATEURS DE SUIVI DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX.....	5
2.2. ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION : QUESTIONS ET INDICATEURS	6
2.3. OUTILS	7
PORTRAIT DES PATIENTS ASTHMATIQUES RÉFÉRÉS AU CEA.....	9
3.1. RÉFÉRENCES	9
3.2. RÉFÉRENCES DES ASTHMATIQUES AYANT SUIVI AU MOINS UN ENSEIGNEMENT	10
3.3. RÉPARTITION PAR SEXE ET ÂGE DES PATIENTS ASTHMATIQUES RÉFÉRÉS.....	11
3.4. ÉTAT DU SUIVI DES DOSSIERS.....	12
3.4.1. <i>Dossiers fermés</i>	<i>12</i>
3.4.2. <i>Dossiers en cours au 31 décembre 2000</i>	<i>13</i>
3.4.3. <i>Ensemble des dossiers.....</i>	<i>13</i>
3.5. TAUX DE PRÉSENCE AUX RENDEZ-VOUS DES PATIENTS ASTHMATIQUES	14
PORTRAIT SANTÉ ET ENSEIGNEMENT AU CEA	17
4.1. DIAGNOSTIC	17
4.2. CONSULTATIONS MÉDICALES	17
4.2.1. <i>Visites médicales avec rendez-vous.....</i>	<i>18</i>
4.2.2. <i>Urgences et visites médicales sans rendez-vous.....</i>	<i>19</i>
4.2.3. <i>Hospitalisation</i>	<i>20</i>
4.3. ASTHME AU QUOTIDIEN.....	20
4.3.1. <i>Perte de conscience, désordre du sommeil et fréquence des symptômes</i>	<i>20</i>
4.3.2. <i>Absences de l'école ou du travail.....</i>	<i>21</i>
4.3.3. <i>Limitations aux activités de la vie quotidienne.....</i>	<i>22</i>
4.4. MÉDICATION	22
4.4.1. <i>Traitement aux stéroïdes oraux.....</i>	<i>22</i>
4.4.2. <i>Utilisation de B₂ à courte durée d'action.....</i>	<i>23</i>

4.5.	MAÎTRISE DE L'ASTHME.....	24
4.6.	ENSEIGNEMENT.....	25
4.6.1.	<i>Connaissances acquises lors de l'enseignement.....</i>	<i>25</i>
4.6.2.	<i>Compte rendu d'enseignement.....</i>	<i>26</i>
FORMATION DES DIVERS PARTENAIRES		29
5.1.	FORMATION DES INFIRMIÈRES-ÉDUCATRICES	30
5.2.	FORMATION DES INFIRMIÈRES ET DES MÉDECINS DU CLSC.....	30
5.3.	FORMATION DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS DU TERRITOIRE.....	31
RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME ET APPROCHE INTÉGRÉE		33
6.1.	CLSC / CEA.....	33
6.2.	RQEA	34
6.3.	MÉDECINS	34
6.4.	PHARMACIENS	35
6.5.	RÉSEAU INTÉGRÉ.....	36
CONCLUSION		39
PATIENTS ASTHMATIQUES.....		39
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ		40
RECOMMANDATIONS		41
BIBLIOGRAPHIE.....		
ANNEXE I Outils du CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve		
ANNEXE II Liste des CEA sur l'île de Montréal		
ANNEXE III Évolution du profil des patients asthmatiques au fil des enseignements		
ANNEXE IV Critères de maîtrise et niveau de gravité de l'asthme.....		
ANNEXE V Références et enseignement.....		

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX

Graphique 1 – Sources des références au CEA.....	7
Graphique 2 – Sources des références des asthmatiques suivis.....	8
Graphique 3 – Répartition par sexe.....	9
Graphique 4 – Répartition par âge.....	9
Graphique 5 – Dossiers fermés au 31.12.2000.....	10
Graphique 6 – Dossiers en cours au 31.12.2000.....	11
Graphique 7 – Suivi de l'ensemble des dossiers.....	12
Graphique 8 – Évolution des absences au fil de l'enseignement.....	13
Graphique 9 – Diagnostiqué depuis.....	14
Graphique 10 – Visites médicales durant la dernière année – 1 ^{ère} rencontre.....	15
Graphique 11 – Visites médicales – 2 ^e rencontre.....	15
Graphique 12 – Urgences/visites médicales sans rendez-vous – 1 ^{ère} rencontre.....	16
Graphique 13 – Urgences/visites médicales sans rendez-vous – 2 ^e rencontre.....	16
Graphique 14 – Hospitalisation durant la dernière année – 1 ^{ère} rencontre.....	17
Graphique 15 – Hospitalisation – 2 ^e rencontre.....	17
Graphique 16 – Fréquence des symptômes – 1 ^{ère} rencontre.....	18
Graphique 17 – Fréquence des symptômes – 2 ^e rencontre.....	18
Graphique 18 – Absence de l'école ou du travail – 1 ^{ère} rencontre.....	18
Graphique 19 – Absence de l'école ou du travail – 2 ^e rencontre.....	18
Graphique 20 – Limitation aux AVQ – 1 ^{ère} rencontre.....	19
Graphique 21 – Limitation aux AVQ – 2 ^e rencontre.....	19
Graphique 22 – Traitement aux stéroïdes oraux durant la dernière année – 1 ^{ère} rencontre.....	20
Graphique 23 – Traitement aux stéroïdes oraux – 2 ^e rencontre.....	20
Graphique 24 – Utilisation de B ₂ agoniste à courte durée d'action – 1 ^{ère} rencontre.....	20
Graphique 25 – Utilisation de B ₂ agoniste à courte durée d'action – 2 ^e rencontre.....	20
Graphique 26 – Maîtrise de 4 critères – 1 ^{ère} rencontre.....	21
Graphique 27 – Maîtrise de 4 critères – 2 ^e rencontre.....	21
Graphiques 28 (série) – Évolution de la maîtrise de 4 critères sur 3 rencontres.....	22

Annexe III

Graphiques 29 (série) – Répartition par âge selon l'étape d'enseignement

Graphique 30 – Évolution de la représentativité des âges selon l'étape d'enseignement

Graphiques 31 (série) – Répartition par sexe selon l'étape d'enseignement

Graphique 32 – Évolution de la représentativité des sexes selon l'étape d'enseignement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Nombre d'asthmatiques sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve (1997-1998).....	1
Tableau 2 –Évolution de la rétention des patients référés au CEA.....	8
Tableau 3 – Rétention des patients par sexe et âge.....	10
Tableau 4 – Évolution du nombre d'asthmatiques en cours d'enseignement.....	12
Tableau 5 – Quatre critères de maîtrise de l'asthme.....	21
Tableau 6 – Compréhension des thèmes abordés lors de l'enseignement.....	23
Tableau 7 – Compréhension et habiletés.....	23
Tableau 8 – Attitudes.....	24

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVQ	Activités de la vie quotidienne
CEA	Centre d'enseignement sur l'asthme
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de la santé publique
EJF	Service enfance-jeunesse-famille
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PRIISME	Programme intégré d'information, de suivi médical et d'enseignement
RQEA	Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout spécialement les deux infirmières-éducatrices du CEA pour leur précieuse collaboration tout au long de cette évaluation, soit

Esther Gaudreau et Johanne Laramée, infirmières au CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Nous remercions également toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions afin de mieux saisir les enjeux d'une prise en charge intégrée de l'asthme :

Dr. Alain Beaupré, pneumologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Louise Bélanger, conseillère aux Services multicientèles de courte durée, Direction de la programmation et coordination, RRSSS Montréal-Centre

Danielle Courtemanche et Lucie Williams, représentantes médicales de Glaxo Smith Kline (Glaxo Wellcome au début de l'implantation)

Dr. Serge Dulude, chef du DRMG, Direction médicale, RRSSS Montréal-Centre

Dr. Louis Drouin, Unité santé au travail et environnementale, Direction de la santé publique

Pierre Ducharme, Ordre des pharmaciens

Michelle Lavalée, coordonnatrice régionale, RQEA

INTRODUCTION

Le Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA) du CLSC Hochelaga-Maisonneuve a été implanté dans le cadre du projet PRIISME (Programme intégré d'information, de suivi médical et d'enseignement), élaboré par le Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme (RQEA) et la compagnie pharmaceutique Glaxo Wellcome (maintenant Glaxo Smith Kline). Le projet PRIISME inclut non seulement le soutien financier de Glaxo pour deux ans et la formation des divers partenaires, mais un projet d'évaluation y est aussi rattaché. Le mandat d'évaluer ce projet pilote a été confié au Service des études et de l'évaluation, rattaché à la direction de la programmation et coordination de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre.

1.1. Problématique

Les données statistiques d'hospitalisations et de consultations de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont signalent un problème important en lien avec l'asthme sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Le CLSC a donc convenu d'implanter un CEA sur son territoire dans le cadre du projet PRIISME et les activités du Centre ont débuté en octobre 1999. La clientèle potentielle est estimée entre 2000 et 4000 personnes asthmatiques vivant sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Plus précisément, 2 177 patients ont consulté un médecin (avec ou sans rendez-vous) ou ont été à l'urgence pendant la période 1997-1998.

Tableau 1 – Nombre d'asthmatiques sur le territoire du CLSC (1997-1998)

Âge	Nbre patients	Visites médicales	
		Total	Moyenne/patient
0-5 ans	424	2 373	5,6
6-12 ans	267	762	2,9
13-18 ans	150	529	3,5
19-29 ans	296	715	2,4
30-39 ans	315	851	2,7
40-49 ans	282	959	3,4
50-64 ans	234	676	2,9
65 ans et plus	209	662	3,2
Total	2 177	7 527	3,5

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec

Une récente étude (Laberge et al., 2000) vient confirmer que l'asthme représente un problème important non seulement dans le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, mais aussi pour toute la région de Montréal-Centre, tant au niveau de l'hospitalisation que des visites à l'urgence

– dont les taux augmentent avec la proportion de prestataires de la sécurité du revenu, de personnes à faibles revenus et de familles monoparentales sur le territoire.

L'asthme représente une maladie chronique, évolutive, inflammatoire. Les symptômes – respiration sifflante, toux, essoufflement, sensation d'oppression au niveau de la poitrine – découlent d'un rétrécissement des bronches en réponse à des substances irritantes. Tant les spasmes des voies respiratoires, que l'accumulation de mucus ou l'inflammation des voies respiratoires peuvent être responsable de ce blocage.

La gestion optimale de l'asthme signifie non seulement une bonne compréhension de la maladie et un contrôle de facteurs environnementaux, mais inclut aussi un traitement, axé sur le contrôle de l'inflammation plutôt que sur les symptômes et soutenu par un plan d'action prescrit par le médecin traitant. Un anti-inflammatoire (corticostéroïdes) permet de prévenir les symptômes et les crises d'asthme, et un bronchodilatateur (Bêta₂-agoniste) soulage rapidement les symptômes.

Quant à l'approche intégrée, elle fait appel à une cogestion de l'asthme et implique la personne atteinte, sa famille et les professionnels de la santé.

1.2. Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA)

Un CEA n'est pas une clinique d'asthme et aucune évaluation médicale ou traitement n'y sont effectués. Les CEA, encadrés par le RQEA, visent à diminuer la mortalité et la morbidité associées à l'asthme et à améliorer la qualité de vie des asthmatiques par l'implantation de programmes d'enseignement.

Le modèle proposé, déjà implanté dans plusieurs régions du Québec, veut promouvoir une *approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme* par l'éducation, par l'amélioration de la complémentarité et de la continuité des soins. Cette approche inclut toutes les interventions de sensibilisation et éducatives destinées aux asthmatiques – améliorer leurs capacités à se prendre en main –, à leurs proches et aux divers professionnels impliqués, ainsi que la coordination des services.

Dans le cadre de l'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme, le CEA représente une composante clé. Deux infirmières du CLSC, une des services courants et l'autre du service enfance-jeunesse-famille (EJF), interviennent auprès des patients asthmatiques de leur territoire à raison de deux jours/semaine chacune et travaillent trois jours/semaine dans leur service respectif. Outre le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, les autres partenaires impliqués dans l'implantation de ce projet pilote, financé par Glaxo Smith Kline, sont l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme, ainsi que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

1.3. OBJECTIFS

Les objectifs généraux de l'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme, combinée à l'implantation d'un CEA, sont de :

- diminuer la mortalité et la morbidité associées à l'asthme,
- améliorer la qualité de vie des asthmatiques,
- viser une compréhension commune de la maladie et de son traitement par tous les professionnels de la santé du territoire,
- favoriser une utilisation optimale des médicaments, et
- réduire les coûts du système associés à la maladie et engendrés par des visites répétitives à l'urgence.

Les objectifs spécifiques identifiés par le CLSC Hochelaga-Maisonneuve sont :

- rejoindre la clientèle visée par l'entremise des pneumologues, pédiatres, médecins, pharmaciens du territoire, de l'urgence du CH Maisonneuve-Rosemont et des médecins et des infirmières du CLSC;
- par la sensibilisation et l'apport des médecins des CLSC, des cliniques privées et des intervenants, identifier les besoins d'enseignement spécifiques à notre clientèle, appliquer et adapter le programme d'enseignement selon les besoins de chaque client;
- supporter les intervenants impliqués dans la problématique de l'asthme :
 - en favorisant la mise à jour des connaissances par la divulgation d'information,
 - en développant des liens avec les différents intervenants du territoire (médecins, pharmaciens, infirmières, organismes communautaires). (CLSC Hochelaga-Maisonneuve : p. 2-3).

Ce document aborde brièvement, dans la seconde partie, l'évaluation prévue pour apprécier l'impact et l'implantation d'une approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme dans le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

Les troisième et quatrième chapitres présentent respectivement le portrait des patients référés au CEA et le portrait de la santé des asthmatiques vus en enseignement, incluant les impacts observés. La cinquième partie mentionne les activités de formation pour les infirmières-éducatrices, les infirmières et les médecins du CLSC, les omnipraticiens ainsi que les pharmaciens du territoire. Le chapitre six, qui précède la conclusion, abordera la question de l'approche intégrée proprement dite et du réseau professionnel intégré.

MÉTHODOLOGIE

Compte tenu des préoccupations émises par les membres chargés du suivi de ce projet, l'évaluation comporte deux volets pour *apprécier l'impact et l'implantation d'une telle approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme*. Le premier volet est basé sur un suivi d'indicateurs permettant d'apprécier le degré d'actualisation des objectifs généraux. Bien que nous postulions sur les effets similaires du PRIISME partout où il a été implanté, nous tiendrons compte d'un nombre restreint d'indicateurs par objectif général. D'ailleurs, d'autres évaluations se penchent actuellement sur ces aspects inclus dans ce volet (par exemple, sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, ainsi qu'en Montérégie). Quant au deuxième volet, il consiste en une évaluation d'implantation de l'approche intégrée et du CEA sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, articulée autour des objectifs spécifiques que se donnent le Centre.

Les données recueillies concernent la période incluse entre mi-octobre 1999, date d'entrée en fonction du CEA, et fin décembre 2000.

2.1. Indicateurs de suivi des objectifs généraux

1. Diminuer la mortalité et la morbidité associées à l'asthme et améliorer la qualité de vie des asthmatiques.

Indicateurs - Nombre de jours d'absence à l'école ou au travail.

2. Développer une compréhension commune de la maladie et de son traitement par tous les professionnels du territoire visé.

Indicateurs - Contenu des ateliers de formation et participation des infirmières, des médecins et des pharmaciens.
- Nombre de plans d'action remis vs retournés par les médecins au CEA.

3. Promouvoir une utilisation optimale des médicaments (meilleure connaissance du patient du rôle des divers médicaments; fidélité au traitement);

Indicateurs - Évolution du profil de consommation des médicaments.
- Utilisation du plan d'action et du journal de suivi par le patient asthmatique.

4. Réduire les coûts du système associés à la maladie et engendrée par des visites répétitives chez le médecin, à l'urgence ou par des hospitalisations.

Indicateurs - Nombre de visites médicales sans rendez-vous ou à l'urgence (moins de 24 heures).
- Nombre d'hospitalisation et durée (plus de 24 heures).
- Nombre de visites chez le médecin avec rendez-vous .

2.2. Évaluation de l'implantation : Questions et indicateurs

Pour le deuxième volet de la démarche, nous proposons une évaluation centrée sur les aspects organisationnels d'implantation articulés autour des objectifs spécifiques de l'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme et du CEA. Les questions auxquelles nous voulons répondre sont les suivantes :

1. Rejoindre la clientèle visée par l'entremise des professionnels du milieu

Le Centre d'enseignement atteint-il la clientèle visée?

- Indicateurs*
- Profil médical de la clientèle desservie.
 - Nombre de personnes ayant bénéficié de l'enseignement du CEA.
 - Nombre de personnes asthmatiques référées mais qui n'ont pas participé.

Qui réfère la clientèle?

- Indicateurs*
- Référents par type de professionnels de la santé et lieu de rattachement.
 - Formation concernant l'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme suivie ou non.

2. Par la sensibilisation et l'apport des professionnels du milieu, identifier les besoins spécifiques d'enseignement de la clientèle visée

Quelle est l'implication de ces intervenants dans le processus de référence en regard, entre autres, de l'identification du besoin d'enseignement et du suivi de la clientèle?

- Indicateurs*
- Références
 - Contacts
 - Demandes d'information
 - Implication dans le suivi des dossiers (incluant les plans d'actions)

L'approche développée par le CEA permet-elle de répondre aux besoins d'information et de soutien de la clientèle?

- Indicateurs*
- Connaissance de l'asthme, de ses causes, de ses conséquences et des moyens à disposition.
 - Satisfaction de l'enseignement et du suivi.

3. Apporter un soutien aux professionnels impliqués dans la problématique de l'asthme

Comment se développent les liens avec les intervenants impliqués dans la problématique de l'asthme?

- Indicateurs*
- Nombre de participants et de sessions de formation continue.
 - Contenu des formations.
 - Connaissance de la problématique de l'asthme.
 - Stratégies utilisées pour la transmission des mises à jour des connaissances.
 - Stratégies utilisées pour la formation d'un réseau.

4. Perception des professionnels de la santé de l'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme, incluant l'implantation d'un Centre d'enseignement à l'asthme

Quelle est la perception des professionnels de la santé quant à :

- Indicateurs*
- La pertinence de l'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme.
 - L'adhésion à cette approche.
 - Le changement dans leur pratique.
 - Le réseau de communication entre professionnels.

2.3. Outils

Pour la cueillette des données concernant les patients asthmatiques, quelques ajouts ont été apportés aux grilles et statistiques utilisées par les infirmières-éducatrices du CEA (copie des divers documents en Annexe). Par ailleurs, les contenus des ateliers de formation pour les infirmières, les médecins et les pharmaciens, ainsi que les taux de participation ont été analysés. De plus, des entrevues ont permis de compléter l'analyse de l'implantation de ce projet d'approche intégrée de l'asthme.

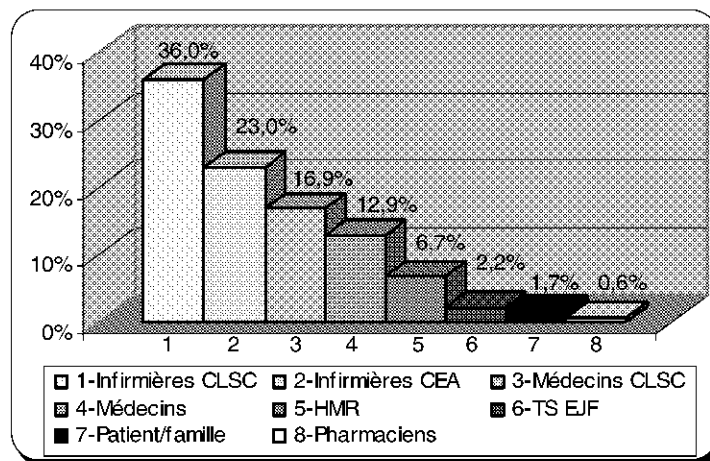
PORTRAIT DES PATIENTS ASTHMATIQUES RÉFÉRÉS AU CEA

Dans ce chapitre, les sources de références, la répartition par sexe et par âge des patients asthmatiques référés, ainsi que le suivi des dossiers vont être abordés.

3.1. Références

Entre le 19 octobre 1999, date d'ouverture du Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA) du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, et le 31 décembre 2000, 184 patients ont été référés au CEA/PRIISME.

Graphique 1 – Sources des références au CEA



n=178¹

Pour les graphiques 1 et 2, les références provenant des deux infirmières-éducatrices et celles de deux médecins du CLSC ont été comptabilisées à part car, sensibilisés et impliqués dans le projet. Comme le démontre le graphique 1, les références au CEA se situent à :

- 36% pour les infirmières du CLSC (services courants – 17,4%, dont 6,7% d'une même personne; enfance-jeunesse-famille – 12,4%; scolaire – 4,5%; Info-Santé – 1,7%);
- 23% pour les infirmières-éducatrices, à temps partiel aux services courants pour l'une et au service enfance-jeunesse-famille pour l'autre;
- 16,9% pour les deux médecins du CLSC;
- 12,9% pour les médecins du territoire;
- 6,7% des urgences de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;²

¹ La source de référence manquait pour six patients asthmatiques, souvent non éligibles ou qui ont refusé de suivre les enseignements.

² Programme FASS, soit références automatiques par les salles d'urgences des asthmatiques n'étant pas suivi par un médecin traitant de l'hôpital.

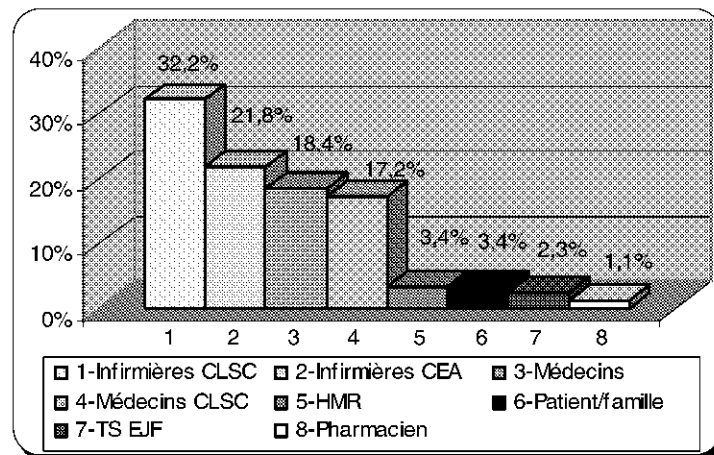
- 2,2% pour les travailleurs sociaux en enfance-jeunesse-famille (EJF);
- 1,7% pour les patients ou les familles qui ont pris directement contact avec le CEA;
- 0,6%, soit un pharmacien qui a référé un patient.

Fait à souligner, le médecin superviseur du CEA, rattaché au CLSC, et les deux infirmières-éducatrices totalisent 35,5% des références. De plus, celles provenant des diverses catégories de professionnels du CLSC représentent 78,1% des patients asthmatiques référés.

3.2. Références des asthmatiques ayant suivi au moins un enseignement

Des 184 asthmatiques référés au CEA, 88 (47,8%) ont bénéficié d'un enseignement ou plus durant la période du 19 octobre 1999 au 31 décembre 2000 et, 33 (17,9%) sont en attente d'un premier rendez-vous (10,3%) ou ne s'y sont pas présentés (7,6%). Le second graphique présente la source des références pour les 88 patients rencontrés. Par rapport au premier graphique, quelques différences sont notables.

Graphique 2 – Sources des références des asthmatiques suivis



n=87 (+ 1 référence inconnue)

Principalement, la rétention au sein du projet des personnes asthmatiques référées par les médecins est plus importante que celle concernant les références provenant des autres catégories professionnelles prises en compte.

Tableau 2 – Évolution de la rétention des patients référés au CEA

	1 ^{er} rendez-vous fixé		1 enseignement ou plus		Écart		
Médecins du territoire	87%	84,9%	69,6%*	58,5%*	16/23	-17,4%	-26,4%
Médecins du CLSC	83,3%		50%*		15/30	-33,3%	
Infirmières-éducatrices CEA	75,6%		46,3%		19/41	-29,3%	
Infirmières du CLSC	75%		45,3%		29/64	-29,7%	
Médecin superviseur et infirmières-éducatrices CEA	79,4%		49,2%*		31/63	-30,2%	

Note : * supérieur à la rétention moyenne de 47,8% (88 sur 184 références)

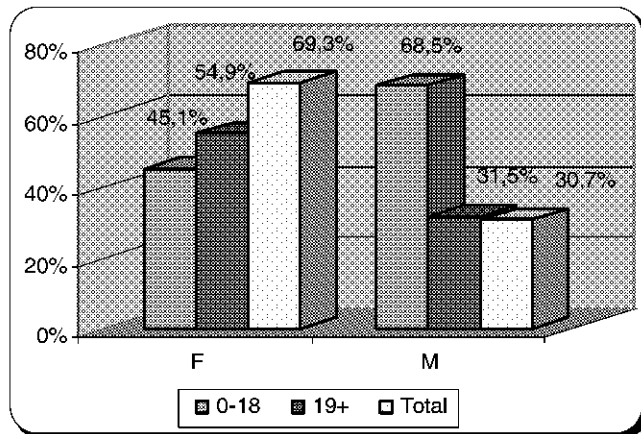
Le patient référé par le pharmacien et les trois personnes qui ont fait leur demande elles-mêmes ont tous été rencontrés par les infirmières-éducatrices. Des quatre asthmatiques référés par les travailleurs sociaux EJP, deux ont été rencontrés et, des douze envoyés par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, seules trois ont reçu au moins un enseignement. Par ailleurs, pour l'ensemble du personnel du CLSC, ce pourcentage s'élève à 46,8% (65 sur 139 références). Des renseignements plus détaillés sont présentés à l'Annexe V.

3.3. Répartition par sexe et âge des patients asthmatiques référés

La gente féminine asthmatique est nettement plus présente (69,3%) que la gente masculine (30,7%). À noter, les garçons de 0-18 ans, qui viennent accompagnés d'un parent, sont en surnombre (68,5%) par rapport aux hommes de 19 ans et plus (31,5%).

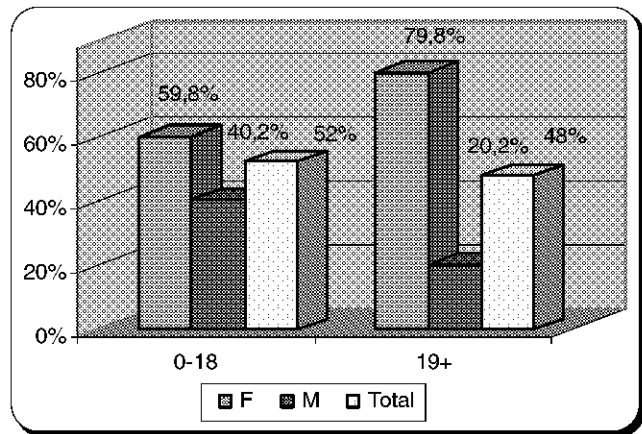
Quant aux groupes d'âges, les personnes de moins de 18 ans représentent 52,3% des asthmatiques référés, alors que les 19 ans et plus 47,7% et sont principalement des femmes.

Graphique 3 – Répartition par sexe



n=176

Graphique 4 – Répartition par âge



n=176

Pour les 88 patients asthmatiques rencontrés au CEA, la répartition par sexe et par âge reste similaire³. Le profil de ces personnes reste donc identique à celui du total des asthmatiques référés. Par la suite, les taux de répartition varient pour le second enseignement (45 asthmatiques) et pour le troisième (20 patients) (voir Annexe III).

³ Répartition par âge : 0-18 ans = 52,3%, dont 56,5% de filles et 43,5% de garçons; 19+ = 47,7%, dont 81% de femmes et 19% d'hommes.

Répartition par sexe : F = 68,2%, dont 43,3% de filles et 56,7% de femmes; M = 31,8%, dont 71,4% de garçons et 28,6% d'hommes.

3.4. État du suivi des dossiers

Au 31 décembre 2000, 105 dossiers étaient fermés et 79 en cours.

3.4.1. Dossiers fermés

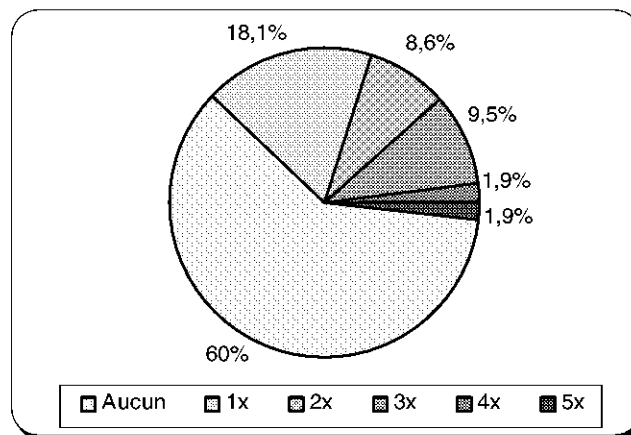
Parmi les 105 dossiers fermés, 60% n'ont pas été rencontrés et n'ont donc pas reçu d'enseignement, soit (en tenant compte de l'ensemble des dossiers fermés) :

- 7,7% non éligibles ou hors territoire du CLSC;
- 12,4% non rejoints,
- 6,7% ont refusé de suivre l'enseignement du CEA lors du premier contact;
- 33,3% ne se sont jamais présentés aux rendez-vous (19% de refus après avoir cédé une première rencontre; 4,8% ont déménagé; 9,5% n'ont pas répondu aux relances téléphoniques et écrites).

Des 42 personnes rencontrées, 40,5% ont complété leur enseignement et comprennent bien les divers facteurs liés à la maîtrise optimale de leur asthme. Les 25 autres patients ont refusé de continuer l'enseignement, n'ont pas repris contact avec les infirmières-éducatrices ou encore, ont déménagé hors secteur (avec référence à un autre CEA). Parmi ceux-ci (en tenant compte de l'ensemble des dossiers fermés) :

- 18,1% ont bénéficié d'une rencontre;
- 8,6% de deux rencontres;
- 13,3% de trois rencontres et plus;
- de plus, presque le tiers a bénéficié de un à deux suivis téléphoniques.

Graphique 5 – Dossiers fermés au 31.12.2000



n=105

3.4.2 Dossiers en cours au 31 décembre 2000

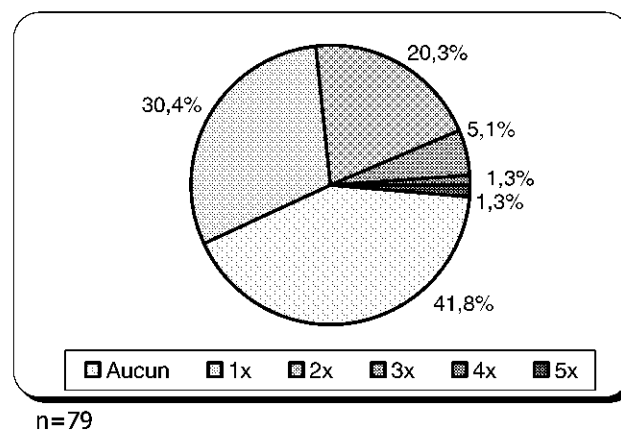
À la fin de la période de cueillette des données, 79 dossiers étaient ouverts. 41,8% de ces patients asthmatiques n'avaient pas encore reçu d'enseignement, soit (en tenant compte de l'ensemble des dossiers ouverts):

- 13,9% étaient en attente d'un premier rendez-vous;
- 10,1% avaient accepté de suivre l'enseignement;
- 17,8% ne s'étaient pas présentés à leur(s) rendez-vous.

Parmi les 46 personnes rencontrées, plus de la moitié (52,2%) a suivi un premier enseignement et plus du tiers (34,8%) a bénéficié d'une seconde rencontre. En fait, en tenant compte de l'ensemble des dossiers ouverts :

- 30,4% ont été rencontrés une fois;
- 20,3% deux fois;
- 7,7% trois fois ou plus.

Graphique 6 – Dossiers en cours au 31.12.2000

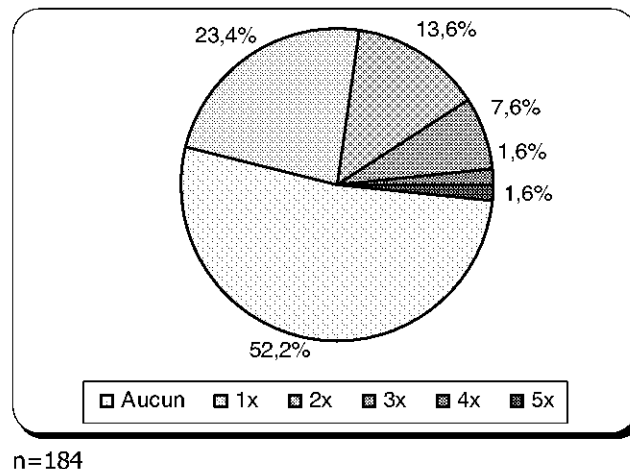


3.4.3. Ensemble des dossiers

Le CEA a reçu 184 références durant la période du 19 octobre 1999 au 31 décembre 2000. 52,2% des patients référés n'ont bénéficié d'aucun enseignement, soit (en tenant compte de l'ensemble des références) :

- 4,3% non éligibles ou hors du territoire du CLSC;
- 7,1% non rejoints;
- 3,8% de refus lors du premier contact;
- 10,3% en attente d'un premier rendez-vous;
- 26,6% ne se sont pas ou n'ont pas pu se présenter pour suivre leur premier enseignement.

Graphique 7 – Suivi de l'ensemble des dossiers



3.5. Taux de présence aux rendez-vous des patients asthmatiques

Les infirmières-éducatrices ont à leur actif 178 interventions directes auprès des asthmatiques d'une durée moyenne de 1h10 (1h30 pour le premier enseignement, 50 minutes par rencontre subséquente et 15 minutes par suivi téléphonique). Le taux de présence au premier rendez-vous s'élève à 42,7% et, pour les rencontres subséquentes à 39,9% (taux moyen pour l'ensemble des interventions de 41,4%). Le taux de présence au premier rendez-vous rejoint celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, où une population similaire à celle du CLSC est desservie, qui se situe à environ 50% (statistiques RQEA pour la période de septembre 2000 à mars 2001). Mais, le CEA de l'hôpital a l'avantage de pouvoir combiner leur enseignement avec les rendez-vous de suivi médical. Le CEA du CLSC ne profite pas d'une telle opportunité, car les visites médicales sont principalement des sans rendez-vous et son local ne se situe pas à proximité de ceux des services courants.

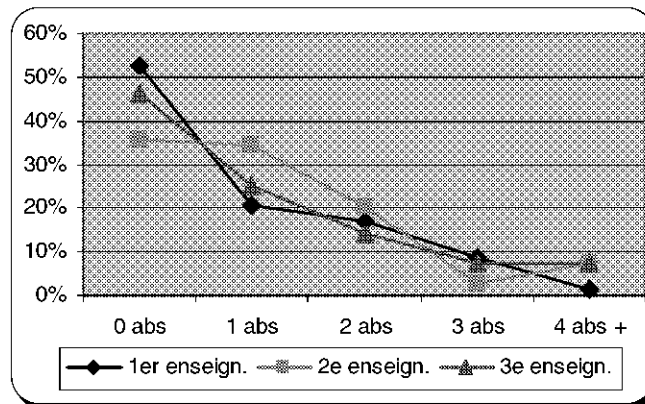
Le tableau ci-dessous résume l'état de situation au 31 décembre 2000.

Tableau 4 – Évolution du nombre d'asthmatiques en cours d'enseignement

	1 ^{er} enseignement	2 ^e enseignement	3 ^e enseignement
Patients avec rendez-vous	n=137	n=70	n=28
Patients en attente de rendez-vous		14	11
Total	137	84	39
Ont effectivement suivi l'enseignement	88	45	20

Note : Certains patients ayant reçus des rendez-vous ont, après une ou plusieurs absences, soit refusé de continuer l'enseignement, soit n'ont pas retourné les appels ou répondu aux lettres de relance, ou encore ont déménagé.

Quant au graphique 9, il démontre l'évolution du nombre d'absences aux rendez-vous par patient selon l'avancement de l'enseignement. Ce graphique tient uniquement compte du nombre d'asthmatiques ayant effectivement reçus un rendez-vous et n'inclut donc pas les personnes en attente dont le dossier est encore ouvert.

Graphique 8 – Évolution des absences au fil de l'enseignement

Ces chiffres sont d'autant plus significatifs que le nombre de patients suivis diminue à chaque étape. Au départ, 137 personnes (72,9% de rétention) avaient convenu avec les infirmières-éducatrices d'un premier rendez-vous, mais seules 88 patientes (64,2%) s'y sont présentées avec ou sans absence préalable. De ce nombre, 45 ont reçu un second enseignement (51,1%) et 24 personnes (27,3%), dont les dossiers étaient encore ouverts, ne s'étaient pas présentées aux rendez-vous ou n'en avaient pas encore reçu. Ensuite, 20 asthmatiques (44,4%) se sont présentés pour une troisième rencontre et 16 dossiers (35,6%) étaient encore actifs. Au quatrième enseignement leur nombre est descendu à 6 puis, pour la cinquième entrevue à 3. À chaque étape, le taux de rétention diminue parallèlement à l'accroissement réel ou subjectif de la maîtrise de l'asthme. Un des défis à relever pour les infirmières-éducatrices consiste à pouvoir motiver les gens à venir une seconde fois pour approfondir les connaissances acquises, donc à arrimer le second rendez-vous assez solidement pour que les asthmatiques poursuivent ce cheminement vers une meilleure maîtrise de l'asthme.

De ce portrait des patients asthmatiques, quelques aspects sont à retenir :

- Plus du ¾ des références au CEA proviennent de l'interne, soit des professionnels du CLSC et principalement des infirmières aux services courants et des services EJF;
- La rétention des références faites par des médecins est plus élevée que celle concernant les autres catégories professionnelles ;
- Parmi les 105 dossiers fermés au 31 décembre 2000, 1/3 ne s'est jamais présenté aux rendez-vous;
- Parmi l'ensemble des références, presque la moitié des patients asthmatiques a suivi au minimum un enseignement;
- Importance de bien arrimer le second enseignement pour que les patients approfondissent leurs connaissances quant à la maîtrise optimale de l'asthme.

PORTRAIT SANTÉ ET ENSEIGNEMENT AU CEA

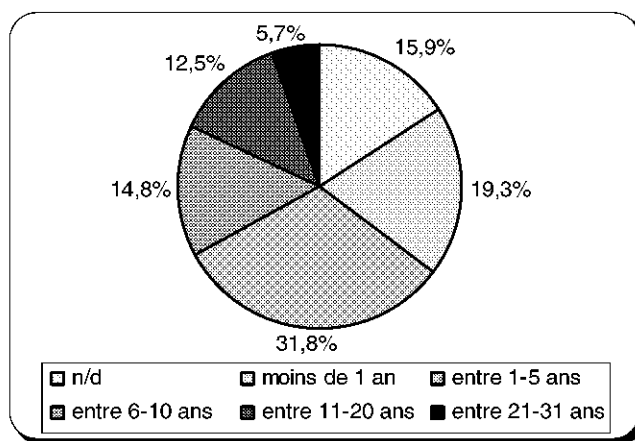
Les données présentées dans ce chapitre ont été recueillies par les infirmières-éducatrices auprès de patients asthmatiques référés au CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve et qui ont reçu au moins un enseignement (n=88). Certains aspects ou éléments reliés à la santé se réfèrent à l'année précédant le premier enseignement, d'autres à la période d'une moyenne d'environ 63 jours entre la première et la seconde rencontre. Les informations transmises concernant l'année précédant la première rencontre sont probablement sous-évaluées, car les gens ne se souviennent pas toujours précisément de l'envergure des événements dont il est question.

Afin de mieux apprécier les impacts des interventions des infirmières-éducatrices du CEA, la majorité des graphiques présentés dans ce chapitre prennent en compte les données relatives à un groupe témoin formé par les 45 patients qui ont suivi au moins deux enseignements.

4.1. Diagnostic

La majorité des personnes rencontrées au moins une fois connaissait son diagnostic depuis longtemps. Pour 33% des asthmatiques, le diagnostic de l'asthme a été posé depuis plus de six ans; 31,8% le savent depuis un à cinq ans et 19,3% depuis moins d'un an. Malgré les années, la nécessité d'un enseignement pour maîtriser son asthme afin d'améliorer sa qualité de vie est présente et n'avait pas été comblée précédemment.

Graphique 9 – Diagnostiqué depuis



n=88

4.2. Consultations médicales

Ici, le terme « consultations médicales » inclut les visites avec ou sans rendez-vous chez un médecin, les visites aux urgences ou aux soins intensifs et les hospitalisations. Fait à souligner, plusieurs asthmatiques n'ont pas de médecin traitant qui pourrait assurer un suivi quant à leur asthme. Ces personnes se rendent donc dans une clinique médicale sans rendez-vous, au CLSC

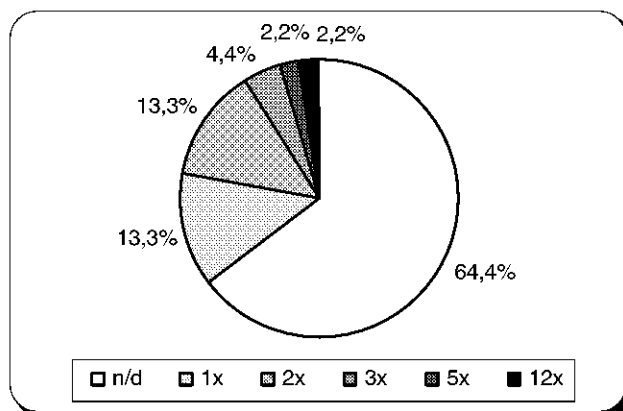
ou aux urgences d'un hôpital lorsqu'il y a aggravation de leur asthme ou une crise. Dans de tels cas, les infirmières-éducatrices conviennent avec le patient d'un médecin qui assumera ce suivi, qui deviendra leur médecin traitant et qui complètera le plan d'action remis par le CEA. Ce plan, outil important pour l'autogestion de l'asthme, aide l'asthmatique à ajuster sa médication selon les événements déclencheurs et la gravité de la détérioration qui s'en suit. Alors que des plans d'action sont systématiquement envoyés aux médecins traitants, seules 21 copies du plan complété ont été retournées au CEA. Un nombre indéterminé a uniquement été retourné aux patients asthmatiques par les médecins.

4.2.1. Visites médicales avec rendez-vous

Ce type de consultation s'apparente au suivi médical régulier de l'asthme, un aspect important de la gestion optimale de cette maladie, et s'inscrit dans une perspective de continuité.

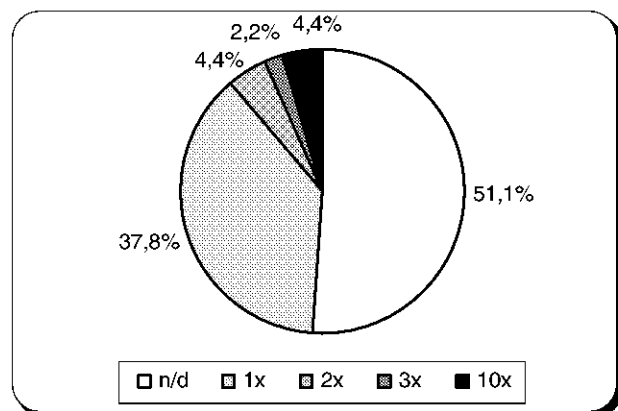
Comme le démontre le graphique 10, la majorité des patients asthmatiques n'a pas souvenir d'avoir pris rendez-vous avec un médecin. D'ailleurs, plusieurs n'ont pas de médecin traitant, comme mentionné plus haut, et se rendent plutôt aux cliniques sans rendez-vous, aux urgences ou au CLSC.

Graphique 10 – Visites médicales durant la dernière année – 1^{ère} rencontre



n=45

Graphique 11
Visites médicales – 2^e rencontre



n=45

Note : Le laps de temps moyen entre le premier enseignement et le second est d'environ deux mois. Pour le patient qui a vu dix fois son médecin, la période qui s'est écoulée entre les deux rencontres est de presque huit mois.

Le nombre de visites médicales entre le premier enseignement et le second a augmenté. Donc, les patients asthmatiques, suite à la première rencontre, ont pris rendez-vous avec leur médecin traitant afin de se faire remettre et expliquer le plan d'action adapté à leurs besoins spécifiques. De plus, ils ont été sensibilisés à l'importance d'un suivi médical régulier par un même médecin qui aura toutes les informations pertinentes pour le faire de façon optimale et ainsi, éviter les visites médicales sans rendez-vous ou aux urgences.

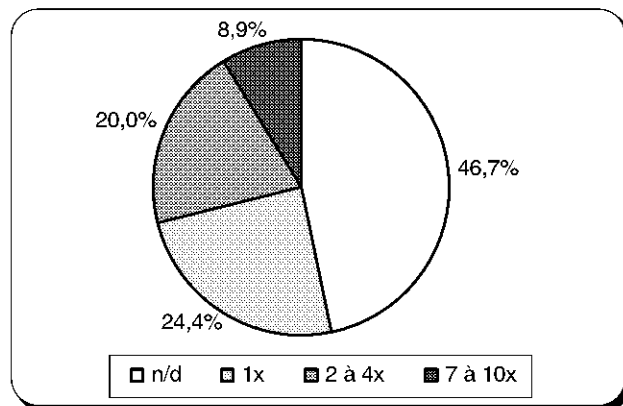
Le quart des personnes rencontrées une seconde fois par les infirmières-éducatrices avait vu leur médecin une à trois fois durant l'année précédant leur premier contact avec le CEA et, un asthmatique était déjà suivi mensuellement par son médecin traitant. Par contre, un autre quart, qui n'avait aucun suivi médical avant le premier enseignement, a pris une à plusieurs fois rendez-vous avec un omnipraticien.

4.2.2. Urgences et visites médicales sans rendez-vous

Pour la cueillette des données, la différence n'a pas été faite entre une visite aux urgences ou une visite médicale sans rendez-vous (srdv). Lorsqu'il y a détérioration de santé en lien avec l'asthme, les patients se rendent probablement à l'endroit le plus proche pour eux. Par ailleurs, leur inquiétude ou leur insécurité face à la maîtrise de leur asthme peut les amener à se rendre aux urgences d'un hôpital plutôt que d'aller voir un médecin sans rendez-vous.

Graphique 12 –

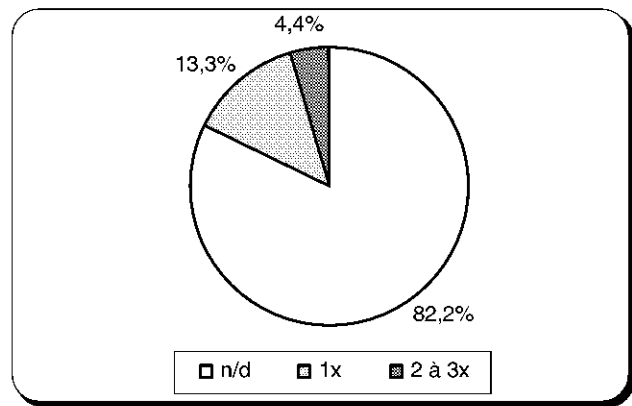
Urgences/visites médicales srdv - 1^{ère} rencontre



n=45

Graphique 13

Urgences/visites médicales srdv – 2^e rencontre



n=45

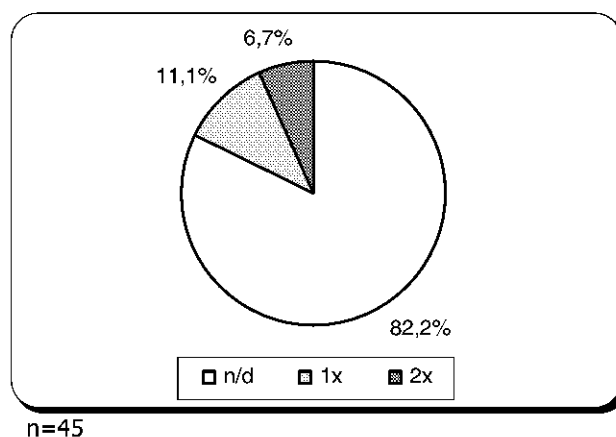
Les deux graphiques ci-dessus démontrent une diminution des visites aux urgences et des sans rendez-vous, même en tenant compte de la variable temps. Le graphique 12 illustre le nombre de visites durant l'année précédant la première rencontre au CEA, probablement sous-estimé par les patients eux-mêmes. Par rapport au graphique 13, huit personnes ont mentionné avoir eu une consultation médicale aux urgences ou par le biais d'un sans rendez-vous. Parmi elles, un patient asthmatique a été une fois aux urgences en lien avec une infection respiratoire⁴ (aucune visite lors de l'année précédant le premier enseignement). Les sept autres asthmatiques, qui ont mentionné avoir eu recours aux urgences ou aux sans rendez-vous avant leur participation au PRIISME, ont sensiblement diminué leur nombre de visites médicales de ce type. Mais, deux patients ne semblent pas avoir de médecin traitant (aucune mention de suivi médical avec rendez-vous avant et après leur première rencontre avec les infirmières-éducatrices). Globalement, la moitié des asthmatiques a diminué ses visites médicales sans rendez-vous ou aux urgences.

⁴ Dix asthmatiques ont mentionné avoir eu une infection respiratoire entre les deux rencontres au CEA. Quatre d'entre elles disent avoir été : aux urgences/srdv, dont un patient a aussi été hospitalisé et deux asthmatiques ont été quelques jours absents du travail ou de l'école. De plus, quatre personnes vivent une fréquence plus élevée des symptômes et, pour l'un d'entre eux, de limitation plus importante au niveau des activités quotidiennes.

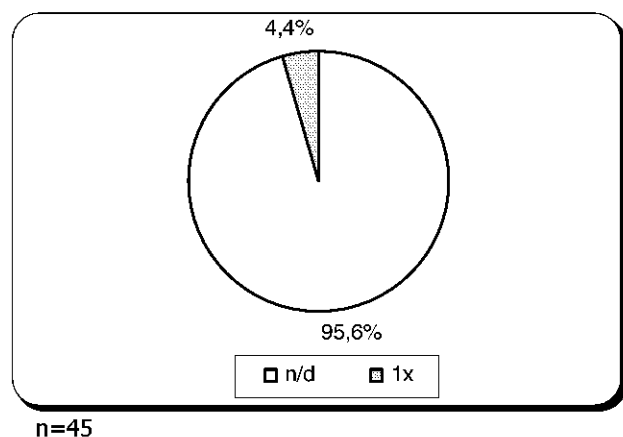
4.2.3. Hospitalisation

Ici aussi, le nombre d'hospitalisations régresse suite à la première rencontre d'enseignement. Sur les 45 patients rencontrés dans le cadre d'une seconde rencontre, deux asthmatiques, avec un asthme assez sévère ou mal contrôlé, disent avoir été hospitalisés (soit plus de 24 heures), dont un mentionne une infection respiratoire. Tous deux avaient été hospitalisé durant l'année précédant la première rencontre au CEA. Par contre, plus du $\frac{3}{4}$ des personnes rencontrées une seconde fois n'ont pas été hospitalisées durant l'année précédant le premier enseignement, ni après.

Graphique 14 – Hospitalisation durant la dernière année – 1^{ère} rencontre



Graphique 15 – Hospitalisation – 2^e rencontre



4.3. Asthme au quotidien

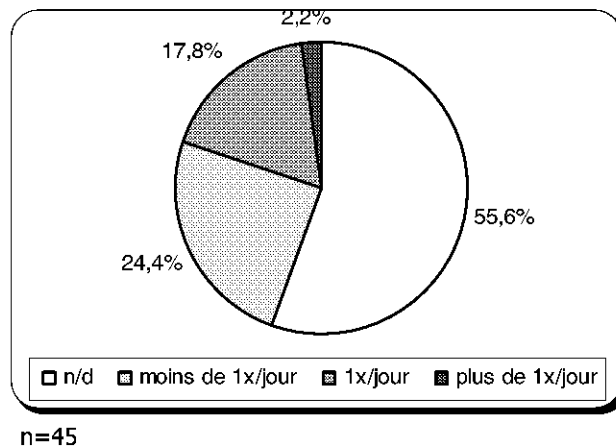
4.3.1. Perte de conscience, désordre du sommeil et fréquence des symptômes

Lors du premier enseignement (n=88), trois patients asthmatiques (3,4%) disent avoir eu une à deux pertes de conscience durant l'année précédant leur première rencontre au CEA. Et, plus de la moitié (52,3%) mentionne souffrir de désordre du sommeil.

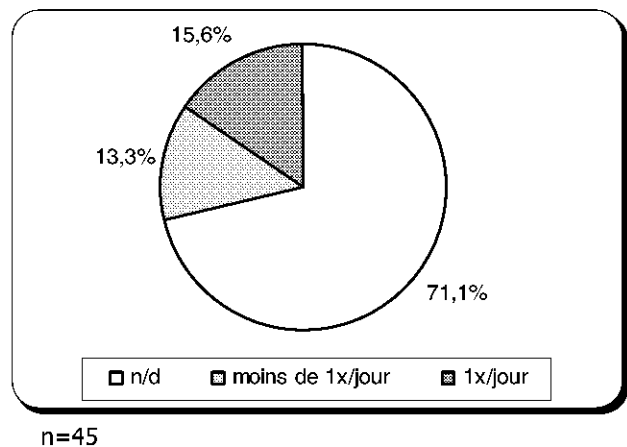
L'information concernant la fréquence des symptômes nocturnes/éveil rejoint partiellement celle en lien avec le désordre du sommeil, mais elle se rapporte aux deux semaines précédant chaque rencontre d'enseignement au CEA. Les graphiques suivants démontrent une nette diminution des symptômes ressentis par les asthmatiques rencontrés deux fois.

Lors de la seconde rencontre avec les infirmières-éducatrices, treize asthmatiques mentionnent avoir eu des symptômes. Cinq d'entre eux n'en avaient pas parlé au premier enseignement et, pour les huit autres, la fréquence est restée stable ou s'est atténuée. Par ailleurs, plus du quart des personnes rencontrées dit ne plus ressentir de symptômes.

Graphique 16
Fréquence des symptômes – 1^{ère} rencontre



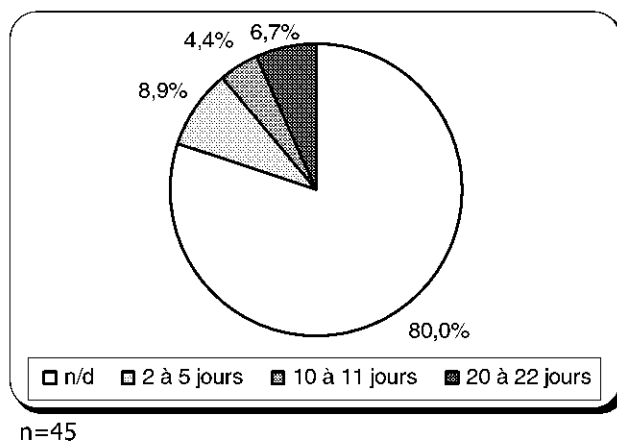
Graphique 17
Fréquence des symptômes – 2^e rencontre



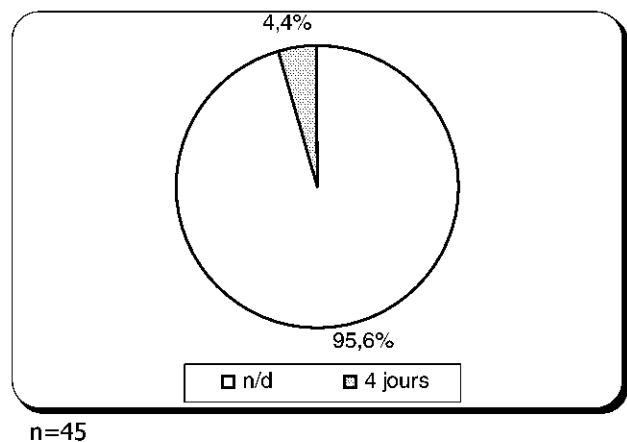
4.3.2. Absences de l'école ou du travail

Suite au premier enseignement, l'absentéisme à l'école ou au travail a diminué. Mais, le fait que le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve représente un milieu défavorisé doit être pris en considération. Tant pour les données du premier graphique que pour le second, il faut tenir compte que plusieurs personnes sont sans emploi et tirent leurs revenus de l'aide sociale ou du chômage. D'ailleurs, plus du $\frac{3}{4}$ des personnes rencontrées une seconde fois n'a jamais fait mention d'absentéisme au travail ou à l'école. Par contre, un asthmatique a diminué ses jours d'absence et un autre a dû s'absenter durant la période entre les deux enseignements. Lors de la seconde rencontre, tous deux ont aussi mentionné une infection respiratoire.

Graphique 18
Absence de l'école ou du travail – 1^{ère} rencontre



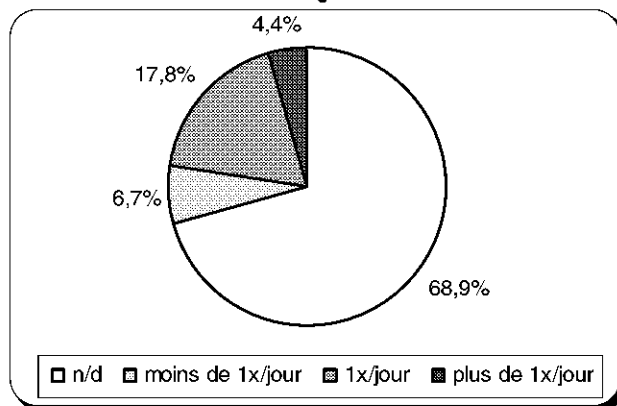
Graphique 19
Absence de l'école ou du travail – 2^e rencontre



4.3.3. Limitations aux activités de la vie quotidienne

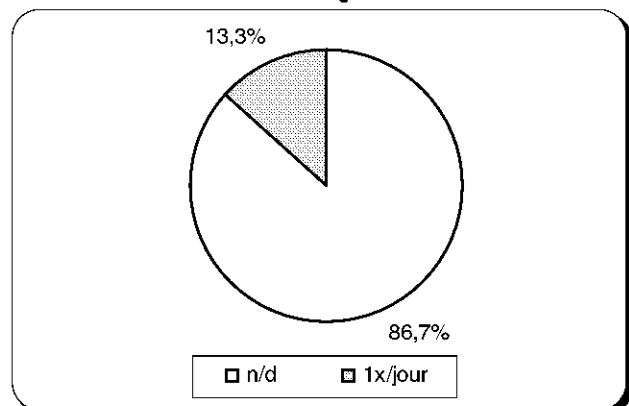
Après un premier enseignement, les personnes asthmatiques se sentent moins limitées dans leur quotidien et se sentent plus en contrôle de leur asthme. Comme pour les autres indicateurs, une amélioration est aussi ressentie pour celui-ci. Parmi les six personnes, dont les activités sont limitées, la situation reste stable pour quatre d'entre elles et deux l'ont mentionné pour la première fois lors de la seconde rencontre (dont une a rapporté une infection respiratoire). De façon générale, le quotidien s'est nettement amélioré pour environ le quart des patients.

Graphique 20
Limitations aux AVQ – 1^{ère} rencontre



n=45

Graphique 21
Limitations aux AVQ – 2^e rencontre



n=45

4.4. Médication

Le programme PRIISME vise à améliorer la condition des asthmatiques en leur apprenant à mieux contrôler ou à prévenir les éléments déclencheurs d'une crise d'asthme. Outre le contrôle de facteurs environnementaux, une bonne utilisation des médicaments doit être acquise.

Les stéroïdes oraux servent à diminuer l'inflammation et sont donc utilisés lors d'une crise d'asthme. Ce type de médicament n'est pas pris quotidiennement et nécessite une prescription. Pour ce faire, les asthmatiques en crise se rendent souvent aux urgences ou aux sans rendez-vous. Une diminution de prise de stéroïdes oraux signifie que les patients n'ont pas laissé leur asthme se détériorer.

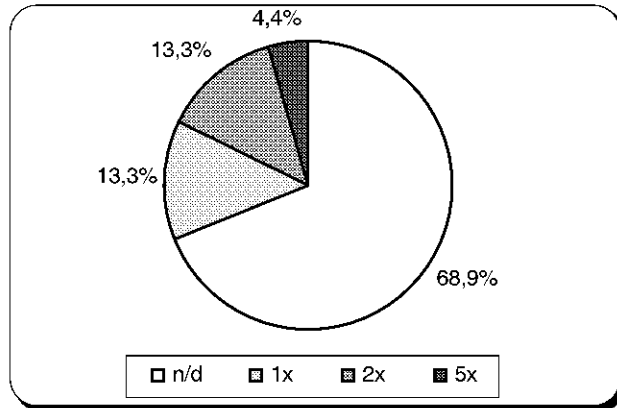
Les Bêta₂ agonistes à courte durée d'action diminuent les symptômes de l'asthme. Par exemple, certains vont utiliser ce médicament avant de faire une activité physique. Une baisse de consommation de ce médicament dénote également une amélioration de la santé des patients asthmatiques, car ils ressentent moins le besoin d'y recourir.

4.4.1. Traitement aux stéroïdes oraux

Durant l'année précédant leur première rencontre avec les infirmières-éducatrices, presque le tiers des patients asthmatiques ont dû faire appel aux stéroïdes oraux. Lors du second enseignement, seules deux personnes ayant déclaré avoir eu une infection respiratoire ont pris ce

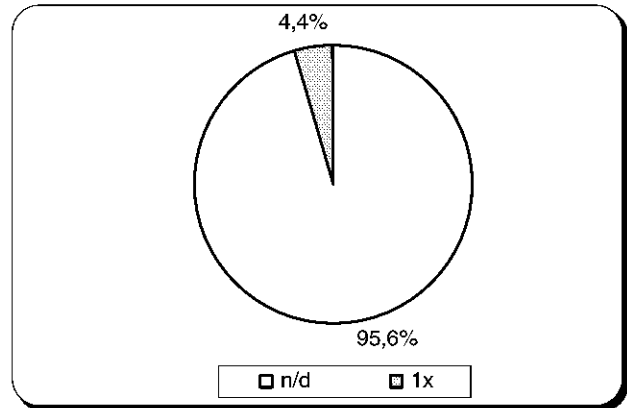
type de médicament, dont l'une n'avait pas reçu une telle prescription durant l'année précédant la première rencontre. En fait, les 2/3 des asthmatiques rencontrés une seconde fois n'ont pas pris de stéroïdes oraux depuis plus d'un an et l'autre tiers a diminué sa consommation.

Graphiques 22 – Traitement aux stéroïdes oraux durant la dernière année – 1^{ère} rencontre



n=45

Graphique 23 – Traitement aux stéroïdes oraux – 2^e rencontre

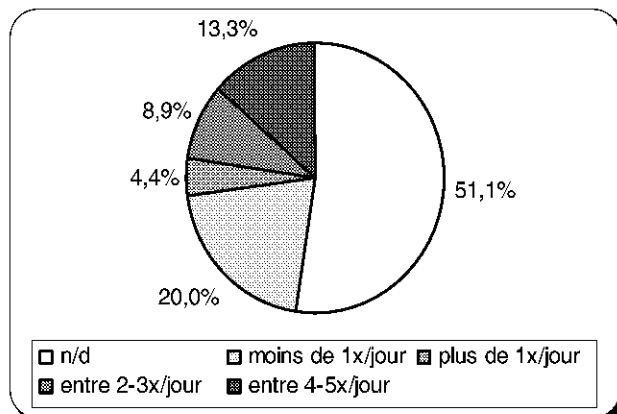


n=45

4.4.2. Utilisation de B₂ à courte durée d'action

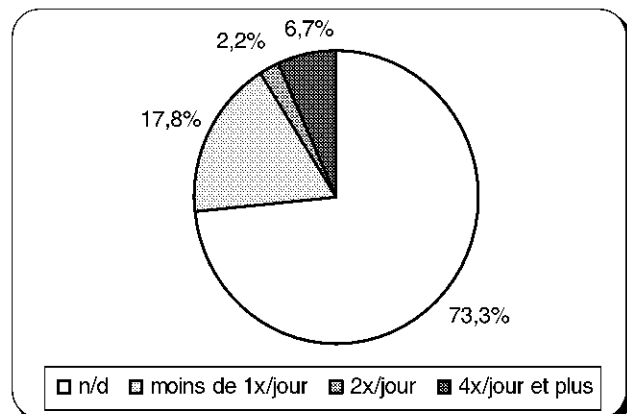
Les données illustrées dans les graphiques suivants font état de la prise de B₂ à courte durée d'action durant les deux semaines précédentes les rencontres d'enseignement. Les deux graphiques suivants illustrent la diminution, après un enseignement, de l'utilisation de ce type de médicament pour combattre les symptômes de l'asthme. Plus du tiers n'en consomme plus et quelques-uns ont diminué l'utilisation de B₂ à courte durée d'action. Enfin, plus du tiers n'a pas fait appel à ce type de médicament depuis plus d'un an.

Graphique 24 – Utilisation de B₂ à courte durée d'action – 1^{ère} rencontre



n=45

Graphique 25 – Utilisation de B₂ à courte durée d'action – 2^e rencontre



n=45

4.5. Maîtrise de l'asthme

Les formulaires de cueillette d'informations utilisés par les infirmières-éducatrices du CEA incluent les critères de maîtrise de l'asthme établis dans les lignes directrices de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme (Association médicale canadienne, 1999; voir Annexe IV). Pour la suite des analyses, les quatre critères suivants retenus reprennent les indicateurs des points 2.3 et 2.4.2 :

Tableau 5 – Quatre critères de maîtrise de l'asthme

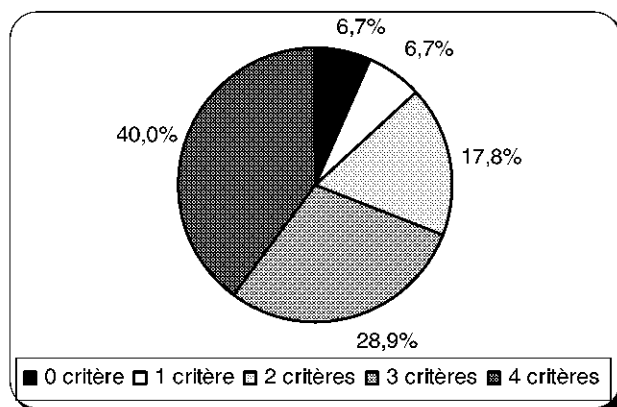
Paramètres	Fréquence
Absence de l'école ou du travail	aucune
Utilisation de Bêta ₂ agonistes à courte durée d'action	< 4 doses/semaine*
Limitations aux activités de la vie quotidienne	normale
Fréquence des symptômes	< 4 jours/semaines

* On peut utiliser 1 dose/jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

Un des objectifs du CEA est de permettre aux patients asthmatiques d'atteindre une meilleure maîtrise de leur asthme en adaptant la médication selon la gravité de leur maladie, sans omettre le contrôle de l'environnement et la compréhension de l'asthme. Outre le plan d'action complété par le médecin traitant, le journal de suivi quotidien de l'asthme – remis à 37 patients – représente un outil supplémentaire pour gérer son asthme au quotidien.

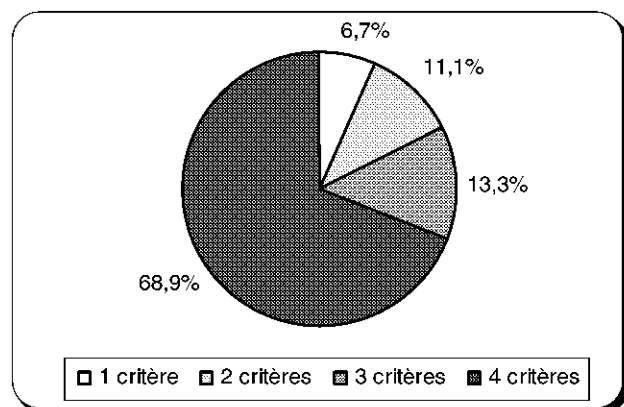
Les deux graphiques ci-dessous démontrent une progression dans la maîtrise des quatre critères à l'étude. Au premier enseignement, 13,4% des patients asthmatiques ne maîtrisaient aucun ou seulement un paramètre. Le taux de maîtrise des quatre critères passe de 40% au premier enseignement, à 68,9% à la seconde rencontre.

*Graphique 26
Maîtrise de 4 critères – 1^{ère} rencontre*



n=45

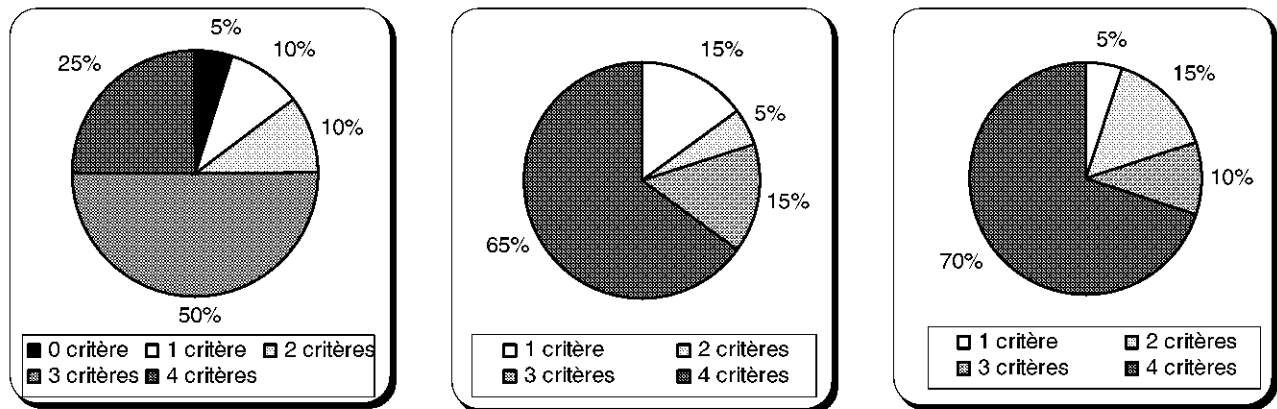
*Graphique 27
Maîtrise de 4 critères – 2^e rencontre*



n=45

Et pour les personnes ayant complété trois enseignements, l'évolution de la maîtrise de leur asthme se présente comme suit :

Graphiques 28 (série) – Évolution de la maîtrise de 4 critères sur 3 rencontres



n=20

Pour ce groupe, le taux de maîtrise des quatre critères – absence de l'école ou du travail, utilisation B₂ agoniste à courte durée d'action, limitation des activités quotidiennes et fréquence des symptômes – passe de 25% au premier enseignement, à 65% au second et à 70% au troisième. L'impact de l'apprentissage fait lors de la première rencontre permet donc une amélioration significative de la condition des asthmatiques.

4.6. Enseignement

L'enseignement du CEA vise l'atteinte d'une maîtrise optimale de l'asthme par le biais : d'une bonne compréhension de la maladie; de l'utilisation adéquate des médicaments et des techniques d'administration (par exemple, inhalateur), ainsi que d'un plan d'action; et du contrôle de facteurs environnementaux. Les infirmières-éducatrices possèdent des outils pour suivre l'évolution de l'acquisition de ces diverses connaissances.

Une limite a été relevée par les infirmières-éducatrices, soit le taux relativement important d'analphabétisme parmi les patients asthmatiques. Une telle situation ne leur permet pas de remettre à toutes les personnes du matériel écrit afin de soutenir leur enseignement. De plus, spécifiquement pour ces patients analphabètes, elles ont visuellement adapté le plan d'action.

4.6.1. Connaissances acquises lors de l'enseignement

Le tableau 3 illustre les taux d'acquisition des connaissances liées aux divers aspects rattachés à la maîtrise de l'asthme. Les quatre premiers items – la respiration normale, la définition de l'asthme, les signes de crise et les facteurs déclencheurs – correspondent à des connaissances plutôt théoriques en comparaison avec les cinq autres aspects – contrôle de l'environnement, les critères de maîtrise de leur asthme, la médication, les techniques d'administration des médicaments et d'utilisation du débitmètre – qui exigent le passage à des actions concrètes.

Tableau 6 – Compréhension des divers thèmes abordés lors de l'enseignement

	Acquis au					
	1 ^{er} rdv	2 ^e rdv	3 ^e rdv	Total	Partiel.	n/d
Respiration normale	51,1%	9,1%	1,1%	61,4%	26,1%	12,5%
Définition de l'asthme	36,4%	12,5%	1,1%	50,0%	37,5%	12,5%
Signes de crise	39,8%	12,5%	1,1%	53,4%	33,0%	13,6%
Facteurs déclencheurs	33,0%	11,4%	4,5%	48,9%	37,5%	13,6%
Contrôle de l'environnement	11,4%	10,2%	4,5%	26,1%	56,8%	17,0%
Critères de maîtrise	3,4%	15,9%	4,5%	23,9%	61,4%	14,8%
Médication	12,5%	10,2%	3,4%	26,1%	60,2%	13,6%
Techniques d'administration	11,4%	9,1%	4,5%	25,0%	60,2%	14,8%
Mode utilisation du débitmètre	6,8%	3,4%	6,8%	17,0%	30,7%	52,3%

n=88

Les connaissances dites théoriques s'acquièrent facilement. La compréhension de ces variables est acquise par plus de la moitié des patients asthmatiques et elle est partielle pour environ le tiers des personnes rencontrées en entrevue. Par contre, la situation s'inverse pour les aspects plus techniques et qui exigent des changements à apporter aux habitudes prises. Le quart des patients comprend et maîtrise les divers points abordés, alors que moins du 2/3 ne le saisit que partiellement. Ce constat se reflète également dans les comptes rendus d'enseignement aux référents.

4.6.2. Compte rendu d'enseignement

De tels comptes rendus ont été complétés pour 68 patients asthmatiques (77,3%) et les tableaux 7 et 8 illustrent les appréciations des infirmières-éducatrices concernant la compréhension globale de l'asthme, les habiletés et les attitudes des personnes rencontrées.

Tableau 7 – Compréhension et habiletés

	1 ^{er} rdv	2 ^e au 4 ^e rdv	Total
<u>Connaissances : compréhension globale</u>			
Bonne	58,8%	5,9%	64,7%
Moyenne	30,9%	n/a	30,9%
Faible	2,9%	1,5%	4,4%
<u>Habiletés (inhalateur ou autre dispositif)</u>			
Adéquates	38,2%	8,9%	47,1%
À corriger	38,2%	2,9%	41,1%
Inadéquates	10,3%	1,5%	11,8%

n=68

Selon les données recueillies, un peu plus du 2/3 des patients ont une bonne compréhension globale du contenu de l'enseignement et, moyenne pour environ un autre tiers. Quant aux habiletés « techniques » pour l'utilisation d'un inhalateur ou autre dispositif, elles sont considérées adéquates pour un peu moins de la moitié des personnes rencontrées et, inadéquate ou à corriger pour 41% des asthmatiques.

Tableau 8 - Attitudes

	Disposé	Peu disposé	Non disposé	Sans mention
Correction de l'environnement	73,9%	21,7%	4,3%	n/a
Prise de la médication	92,6%	7,4%	n/a	n/a
Utilisation du débitmètre de pointe	26,5%	5,9%	7,4%	60,3%
Application du plan d'action	45,6%	1,5%	n/a	52,9%

n=68

Quant aux attitudes, s'agit-il d'intention ou de changements réels? Mais, au-delà des définitions, environ 3/4 des asthmatiques sont disposés à apporter des changements à leur environnement immédiat, alors que les autres patients sont plutôt réticents à le faire. Et, de façon générale, les gens sont disposés à la prise de médication pour stabiliser leur asthme. Mais, l'utilisation d'un débitmètre semble plus difficile. Cet aspect, ainsi que l'application d'un plan d'action, n'a pas été abordé ou évalué par les infirmières-éducatrices auprès de la moitié des patients. Il faut rappeler que seuls 21 plans d'action ont été retournés au CEA et qu'un nombre indéterminé de plans a été remis directement aux asthmatiques, dont la moitié se dit d'ailleurs être prêts à l'appliquer. Ce peu de retour des plans d'intervention ne signifie pas obligatoirement un manque de communication entre les infirmières-éducatrices et les médecins, puisque plus de 150 appels ont été faits avec des professionnels de la santé.

En lien avec le portrait santé et de l'enseignement du CEA, les aspects à retenir sont :

- Presque les 2/3 des patients asthmatiques ayant suivi un premier enseignement connaissent leur diagnostic depuis plus d'un an, dont la moitié depuis plus de cinq ans;
- Plusieurs asthmatiques n'ont pas de médecins traitants pour assurer un suivi médical;
- Malgré l'envoi systématique d'un plan d'action aux médecins traitants, moins du quart ont été retournés au CEA;
- Après un enseignement :
 - le nombre de visites (suivis) médicales a augmenté, alors que celui des visites sans rendez-vous, aux urgences ou des hospitalisations, a diminué;
 - la qualité de vie des asthmatiques s'est améliorée;
 - la médication s'est amoindrie.
- Au fil des enseignements, la maîtrise de l'asthme selon quatre critères progresse (absence de l'école ou du travail, utilisation de Bêta₂ agoniste à courte durée d'action, limitation des activités de la vie quotidienne et fréquence des symptômes);
- Les patients asthmatiques acquièrent facilement les connaissances plutôt théoriques, mais les aspects techniques ou les changements à réaliser à leurs habitudes de vie s'appliquent plus difficilement, malgré leur intention formulée.

Globalement, comme plusieurs autres études, incluant le rapport de l'AÉTMIS (2000) sur l'efficacité des programmes d'autogestion pour l'asthme entre autres, l'analyse des données recueillies entre mi-octobre 1999 et décembre 2000 démontre une amélioration de l'état général des patients asthmatiques. Et probablement, une étude plus poussée auprès des personnes n'ayant suivi qu'un enseignement, qui inclurait des données sur l'évolution des divers indicateurs retenus dans cette évaluation, permettrait d'étayer les analyses et les résultats de ce rapport.

Par ailleurs, tous les patients asthmatiques qui ont complété leur enseignement sont satisfaits du suivi fourni par les infirmières-éducatrices du CEA et conseilleraient une telle approche pour les personnes souffrant d'asthme.

Après s'être penchés sur les patients asthmatiques, nous allons aborder, dans les deux chapitres suivants, les aspects en lien avec les professionnels de la santé, soit la formation et le développement d'un réseau intégré.

FORMATION DES DIVERS PARTENAIRES

Ce chapitre concerne spécifiquement un des objectifs généraux, soit celui de développer une compréhension commune de l'asthme et de son traitement par tous les professionnels concernés du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

Un sondage effectué par Angus Reid à travers le Canada, financé par Glaxo Wellcome, (2000a, p. 2-6) relève plusieurs aspects importants en lien avec le concept d'une gestion optimale de l'asthme :

- le traitement de l'asthme se situe sous la norme établie dans les lignes directrices établies par la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme;
- les asthmatiques tolèrent souvent des symptômes et des limitations aux activités de la vie quotidiennes qui pourraient généralement être évités;
- une mauvaise maîtrise de l'asthme fait porter au système de santé un fardeau important;
- les patients asthmatiques ne comprennent pas bien la notion d'une bonne maîtrise de l'asthme et ils ne sont pas conscients qu'il est possible de l'obtenir. De plus, ils sous-estiment la gravité de leur maladie et, comme les médecins, ils surestiment la qualité de la maîtrise de leur asthme;
- l'emploi inadéquat des médicaments par les patients est la conséquence directe de la mauvaise compréhension de l'action réelle de ces traitements;
- le rôle des bronchodilatateurs à courte durée d'action semble être mieux compris;
- les médecins connaissent les lignes directrices, mais ne semblent pas les suivre rigoureusement;
- l'écart entre ce que rapportent les médecins et les patients asthmatiques reflète un important manque de communication;
- seuls 21% des asthmatiques disent avoir reçu un plan d'action – dont le but est de leur fournir les outils leur permettant de composer avec les exacerbations ou les crises d'asthme – et 29% des médecins déclarent remettre des plans d'actions à la majorité de leurs patients.

Ces constats dénotent un manque de connaissances ou d'application adéquate des mesures pour une bonne maîtrise de l'asthme, ainsi qu'un manque de communication entre les médecins traitants et leurs patients asthmatiques.

Pour pallier cette situation, l'enseignement aux asthmatiques par des CEA représente un volet important pour atteindre une meilleure qualité de vie, mais la formation et l'information aux médecins et autres professionnels de la santé constitue aussi un aspect central.

Dans le cadre de l'implantation d'un CEA au CLSC Hochelaga-Maisonneuve, des ateliers de formation pour les médecins, les infirmières et les pharmaciens ont été organisés par le RQEA, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Glaxo (seul ou en collaboration). Dans ce chapitre, nous vous présentons les activités, tenues entre la fin de l'année 1999 et fin 2000, visant à améliorer la connaissance de la maladie, l'utilisation des médicaments et le contrôle de l'environnement. Majoritairement, les infirmières-éducatrices du CEA y étaient présentes.

5.1. Formation des infirmières-éducatrices

Les deux infirmières-éducatrices du CEA, rattachées aux services courants et au service enfance-famille du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, ont suivi deux formations de deux jours chacune : pour le volet adulte, à l'Hôpital Sacré-Cœur et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour le volet pédiatrique.

Par la suite, elles se sont inscrites à un microprogramme de formation universitaire, élaboré en collaboration par le RQEA et la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Cette démarche constitue également un pré-requis à l'examen de certification nationale du Réseau canadien sur le traitement de l'asthme. Les professionnels de la santé doivent non seulement bien connaître les aspects thérapeutiques et préventifs de l'asthme, mais aussi posséder des habiletés spécifiques en éducation pour la santé. Le premier cours, sur un total de trois et menant à l'agrément du CEA, a été suivi et complété avec succès durant la session de l'automne 2000. De plus, elles ont participé au colloque annuel du RQEA. Par ailleurs, sur le plan clinique, les infirmières-éducatrices ont rencontré le médecin superviseur à quatorze reprises (entre janvier et décembre 2000) pour des discussions de cas.

Les éducatrices ont également rencontré sept représentants pharmaceutiques pour connaître les produits et les outils différents de ceux offerts par Glaxo, car les patients asthmatiques ne prennent pas tous les mêmes médicaments.

En lien avec l'évaluation du projet pilote, soit de l'implantation du CEA à Hochelaga-Maisonneuve, les infirmières-éducatrices ont participé à la mise au point finale des outils de cueillette de données. Par la suite, elles ont facilité la compilation des données en rendant accessibles les dossiers fermés et en restant disponibles pour toutes demandes d'informations ou d'explications supplémentaires. Les échanges constants et la collaboration entre les éducatrices et l'agente de recherche étaient stimulants de part et d'autre.

5.2. Formation des infirmières et des médecins du CLSC

En juin 1999, soit avant l'ouverture du CEA, toutes les infirmières des services courants, scolaire et à domicile ont bénéficié du programme de formation du RQEA qui inclut les volets adulte et pédiatrique. Ces ateliers ont été animés par la coordonnatrice régionale du RQEA et de la coordonnatrice pédiatrique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Par la suite, des suivis ont été assumés par les deux infirmières-éducatrices, principalement auprès des infirmières scolaires. En tout, les infirmières du CLSC, incluant les infirmières en enfance-jeunesse-famille, ont participé à treize activités de formation ou d'information.

Quant aux huit médecins du CLSC, six avaient déjà participé à un atelier pédiatrique donné au mois d'octobre 1998, soit avant l'implantation du CEA. En mars 2000, cinq omnipraticiens ont suivi un second atelier dont les objectifs étaient de permettre aux médecins de :

- évaluer le degré de gravité et de maîtrise de l'asthme;
- établir un plan de traitement;
- élaborer un plan d'action dans le traitement de l'asthme;
- utiliser les services du CEA;
- utiliser et d'enseigner les différents dispositifs d'administration et chambres d'espace.

5.3. Formation des médecins et des pharmaciens du territoire

Des omnipraticiens exerçant sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve avaient déjà participé à des ateliers avant l'implantation du CEA. En juin 1998, douze médecins étaient présents à un premier atelier portant sur la mise à jour des lignes directrices du Consensus canadien sur l'asthme. Et, en novembre 1998, dix-neuf médecins ont été rejoints par le biais de deux ateliers sur l'asthme en pédiatrie.

Durant l'année 2000, trois ateliers ont été tenus pour, entre autres, les médecins du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Dix à treize omnipraticiens du territoire ont ainsi été rejoints. Outre l'information concernant l'asthme proprement dit, les traitements d'appoints, la physiologie respiratoire, l'asthme pédiatrique, les MPOC et la toux chronique représentent les thèmes abordés.

Deux autres ateliers ont été tenus à la Clinique Joliette et à la Polyclinique Maisonneuve-Rosemont, durant lesquels quinze médecins ont abordé l'asthme en pédiatrie et les traitements d'appoint. Les objectifs étaient d'amener les participants à être en mesure de :

Asthme en pédiatrie

- connaître le Consensus canadien du traitement de l'asthme;
- diagnostiquer l'asthme chez l'enfant de 1-17 ans;
- connaître les tests disponibles pour diagnostiquer l'asthme;
- apprécier les facteurs favorisant l'amélioration ou la détérioration de la santé de l'enfant;
- prescrire le traitement pharmacologique approprié en s'assurant de son utilisation adéquate;
- connaître le CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

Traitements d'appoint

- identifier les patients chez qui l'asthme n'est pas maîtrisé;
- aborder la situation actuelle des asthmatiques au Canada;
- expliquer l'évolution de la prise en charge de l'asthme;
- exposer le rôle des produits d'association;
- définir les cas où la prise de produits d'association s'avère appropriée;
- connaître le CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

Pour les pharmaciens, une première conférence s'est tenue à l'automne 1999 et a permis de présenter le CEA à treize pharmaciens du territoire. Un second atelier, en octobre 2000, sur le traitement de l'asthme, a été suivi par, entre autres, deux pharmaciens du quartier. Dans cet atelier, les objectifs étaient de :

- mettre à jour les connaissances des pharmaciens sur le traitement de l'asthme en favorisant la prestation des soins pharmaceutiques;
- connaître le nouveau Consensus canadien et les nouveaux médicaments;
- promouvoir le rôle du pharmacien dans le processus de référence des patients asthmatiques au CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

En résumé, les infirmières-éducatrices ont reçu la formation de base nécessaire à leur intervention adéquate auprès des patients asthmatiques et elles poursuivent en suivant un microprogramme qui mènera à l'agrément du CEA. De plus, elles sont soutenues par un médecin superviseur rattaché au CLSC.

Pour les autres employés concernés du CLSC, toutes les infirmières (services courants, scolaire, services à domicile et enfance-jeunesse-famille) ont participé à des ateliers de formation ou reçu les informations utiles lors des réunions d'équipe. Quant aux médecins, au minimum six (et éventuellement tous) étaient présents à au moins un atelier portant sur l'asthme.

Quant aux omnipraticiens et pharmaciens du territoire, au minimum dix-neuf médecins (sur trente-huit) et treize à quinze pharmaciens (sur vingt-sept) ont été rejoints par le biais des ateliers sur l'asthme. Ceux qui n'ont pas participé aux ateliers de formation offerts ont probablement été sensibilisés par le biais des nombreux articles et autres matériels d'information en lien avec la maîtrise de l'asthme.

De plus, les infirmières-éducatrices du CEA ont amené de l'information dans la communauté, soit :

- sur trois tables de concertation;
- dans des organismes communautaires, par le biais de café-causeries;
- dans une garderie;
- dans les écoles du territoire, par le biais de kiosques d'information.

RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME ET APPROCHE INTÉGRÉE

L'approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme inclut dans la démarche, entre autres, les patients asthmatiques et leurs familles. Les autres partenaires impliqués sont des professionnels de la santé rattachés à divers établissements de santé locaux – omnipraticiens, pneumologues, infirmières, pharmaciens – et des réseaux ou organismes jouant un rôle au niveau régional ou provincial – RQEA, RRSSS Montréal-Centre, Direction de la santé publique (DSP), par exemple.

La question sous-jacente à la formation d'un réseau intégré se rattache au développement des liens entre les divers partenaires impliqués dans la problématique de l'asthme, autrement que par le biais de formations. Pour mieux saisir les enjeux d'une prise en charge intégrée de l'asthme, plusieurs intervenants de divers milieux professionnels ont alimenté notre réflexion. Au niveau clinique, les partenaires professionnels majeurs sont le Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA) et le CLSC, le Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme (RQEA), les médecins et les pharmaciens.

6.1. CLSC / CEA

Outre le CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, trois autres CLSC en ont également ouvert – Pointe-aux-Trembles, St-Louis du Parc et Verdun/Côte St-Paul. Ces centres visent, par l'enseignement, à améliorer la maîtrise de l'asthme par le patient en contrôlant et comprenant mieux sa médication, le plan d'action, ainsi que les éléments environnementaux sur lesquels celui-ci peut agir pour diminuer les exacerbations de l'asthme – tabagisme et présence d'animaux domestiques, par exemple.

L'implantation du CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, financé par Glaxo, a subi plusieurs soubresauts : absence maladie pendant presque deux mois des deux infirmières-éducatrices, changement de coordonnateur du CLSC, départ du responsable du projet et de la représentante médicale de Glaxo, ainsi que de la coordonnatrice régionale du RQEA. Toutes ces personnes faisaient partie du comité de coordination et leurs remplaçants ont dû s'approprier ce projet pilote et s'adapter à son évolution en cours. Des représentants de la RRSSS Montréal-Centre et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont siégeaient également sur ce comité.

Outre la continuité au niveau des professionnels directement impliqués dans l'implantation de ce CEA, la question de la continuité financière est aussi à l'ordre du jour. Le financement de ce projet par Glaxo prend fin à l'été 2001. Pour la Régie, le dossier de l'asthme est à l'étude et aucune enveloppe budgétaire n'y est pour l'instant rattachée. La cartographie de Laberge et al. (2000) souligne l'importance de la problématique de l'asthme sur l'île de Montréal et l'évaluation d'AÉTMIS (2000) confirme l'efficacité des programmes d'autogestion. Un modèle de développement pour la prise en charge de l'asthme devrait être développé en concertation avec divers partenaires du milieu. Pour l'instant, le choix de maintenir le CEA revient donc au CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

6.2. RQEA

Bien que les infirmières-éducatrices soient supervisées par un médecin du CLSC, la coordonnatrice du RQEA joue le rôle de personne ressource. Elle doit voir à l'application des normes et critères d'agrément dans les CEA et s'assurer que l'enseignement auprès des patients asthmatiques y est de qualité.

De plus, le RQEA est impliqué dans deux programmes complémentaires : le PRIISME (implanté entre autres au CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve) qui vise une maîtrise optimale de l'asthme par le contrôle de la médication et de l'environnement; Vespa (Vers l'excellence dans les soins aux personnes asthmatiques), dont les partenaires sont le Réseau en santé respiratoire du Fonds de recherche en santé du Québec et la compagnie pharmaceutique Merck Frosst Canada. Le programme Vespa est en fait une étude prospective multi-phases de cinq ans visant à déterminer comment améliorer la gestion de l'asthme et à développer des stratégies pour optimiser les soins aux patients asthmatiques.

Selon la coordonnatrice du RQEA, la présence de la compagnie Glaxo dans le PRIISME apporte non seulement un soutien financier au démarrage d'un CEA et aux ateliers de formation pour les médecins et pharmaciens, mais assure également un rappel des informations concernant l'asthme et les CEA lors des visites faites par ses représentants médicaux, ce qui devrait favoriser les références aux CEA. Mais comme présentés au début de ce rapport, les références des médecins du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve ne représentent que 12,9% de l'ensemble des patients asthmatiques référés au CEA, mais qui proviennent tout de même de douze omnipraticiens. D'ailleurs, les CEA dans les hôpitaux vivent une situation similaire, car les références proviennent aussi en majorité de l'interne. D'autres avenues pour mieux rejoindre les patients asthmatiques ont été avancées : encourager les infirmières scolaires à faire du dépistage auprès des jeunes et travailler avec les parents; informer la population; et implanter une structure de références automatiques lorsque l'asthme est diagnostiqué – par exemple, par le biais d'un intervenant pivot qui assurerait le lien entre le médecin (dispensateur de services médicaux) et le CEA (pourvoyeur de services).

6.3. Médecins

Plusieurs hypothèses ont été émises quant au petit nombre de références au CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve par les médecins du territoire, alors que les attentes étaient grandes face à cette catégorie de professionnels de la santé, ainsi que des pharmaciens :

- Les omnipraticiens ont tendance à faire appel à leur propre réseau et réfèrent à des spécialistes plutôt qu'à des ressources plus légères, surtout si l'asthme est mal maîtrisé;
- d'autres veulent faire l'enseignement eux-mêmes soit pour garder le contrôle, soit par peur de perdre leur patient ou d'être jugés;
- ils estiment que cela ne correspond pas à un besoin, comme pour les asthmes légers, par exemple, car il y a risque de médicalisation, d'en faire un problème quotidien pour le patient et l'angoisse ainsi suscitée peut entraîner une surconsommation médicamenteuse;

- plusieurs médecins ont l'habitude de travailler seuls dans leur bureau;
- malgré les multiples informations reçues en lien avec l'asthme, les médecins ne sont pas au courant des ressources et des programmes existants, des modalités de référence et du fonctionnement d'un CEA, par exemple;
- et, les démarches administratives les rebutent.

Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de trouver des omnipraticiens disponibles pour assurer le suivi médical d'un asthmatique. D'une part, les médecins traitants qui ont une clientèle constituée sont débordés et refusent de nouveaux patients. D'autre part, la tendance chez les jeunes médecins est de faire du sans rendez-vous et de ne plus s'attacher à une clientèle fixe. La notion de médecin de famille serait en train de disparaître. De plus, se tenir à jour et suivre l'évolution des nouveaux médicaments et des méthodes diagnostiques devient difficile. Avec le développement de la pharmacologie, les pharmaciens deviennent ou peuvent devenir des collaborateurs plus présents pour les omnipraticiens.

6.4. Pharmaciens

Selon une des personnes rencontrées, peu de professionnels voient les patients asthmatiques chaque mois. Le pharmacien est donc en bonne position pour identifier les cas problématiques, pour vérifier si les patients sont fidèles à leur prescription et, le cas échéant, les référer au CEA. Malgré ce constat, seul un asthmatique a été référé au CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Si l'asthme est mal contrôlé, les pharmaciens vont davantage référer au médecin traitant. Ce manque de références au CEA tient-il du fait du manque de connaissance des ressources existantes? Ou les procédures sont-elles trop lourdes? Car les pharmaciens doivent demander l'autorisation des patients et certains peuvent refuser de signer un consentement. Ou encore, trouvent-ils que l'enseignement n'apporte pas de réel changement à la situation de leurs patients, que les asthmatiques ne changent pas leur comportement et que la maîtrise de l'asthme ne s'est pas améliorée? Toutes ces questions restent en suspens, car les pharmaciens connaissent le programme PRIISME, approuvé par leur Ordre.

Pour bien remplir sa tâche, soit de s'assurer que le médecin n'a pas fait d'erreur et que le patient utilise adéquatement ses médicaments, le pharmacien doit bien comprendre la prescription médicale. Mais, il lui manque souvent l'intention thérapeutique du médecin. De plus, un autre problème a été mentionné, soit celui de la continuité du traitement après une hospitalisation et le risque de renouveler une prescription, donnée avant le séjour à l'hôpital, qui n'a plus lieu d'être.

Pour aider ses membres, l'Ordre des pharmaciens a développé douze documents concernant douze pathologies, dont l'asthme, incluant des indicateurs. Ces paramètres devraient également servir à évaluer et à améliorer la pratique en pharmacie. De plus, l'Ordre commence à parler de monitorer la thérapie et veut donner l'impulsion pour passer d'une orientation produit à une orientation patient. Cela signifie une implication plus importante du pharmacien au niveau du suivi de la thérapie, intervention qui dépasse donc la simple exécution de la prescription et de fournir les informations appropriées.

6.5. Réseau intégré

Après plus d'un an de fonctionnement du CEA au CLSC Hochelaga-Maisonneuve, un réel réseau intégré de gestion optimale de l'asthme est malgré tout en émergence, même si les professionnels de la santé continuent majoritairement à travailler en silo. La méfiance et la résistance à une telle organisation de l'intervention semblent être présentes, malgré le fait qu'il y ait apparemment consensus autour d'une telle approche. Cette situation est rattachée à des questions de mentalité et de culture, de structure et de faisabilité liées essentiellement aux conditions nécessaires à un tel exercice.

Le noyau central concerne la communication entre les divers professionnels de la santé, car ils ne se connaissent pas beaucoup. Les échanges entre les membres d'une même dénomination professionnelle et en interdisciplinarité doivent être largement favorisés afin de pallier à certaines craintes. Par exemple, il doit être clairement dit que personne ne se fera une clientèle à partir de celle d'un autre; que le CEA retournera le patient au médecin et que celui-ci recevra un compte rendu de l'enseignement, ainsi que tout autre référent; et que les prescriptions ne seront pas modifiées. Pour promouvoir cette collaboration autour du patient asthmatique, l'accent devrait être mis sur la complémentarité qui permet de dégager du temps clinique pour les médecins, par exemple, sur le maintien de la spécificité professionnelle de chacun et non sur la concurrence mentionnée tant par le milieu médical que pharmaceutique.

La connaissance réciproque, par le biais de formation commune ou de toute autre forme d'initiatives qui permettent le rapprochement des infirmières-éducatrices du CEA des partenaires recherchés pour un accompagnement optimal des patients asthmatiques, faciliterait les références, pour autant que les démarches administratives soient simples et que le CEA puisse facilement être rejoint.

Le concept de réseau intégré par problématique – asthme, MPOC, diabète, problèmes cardiaques, santé mentale, soins palliatifs, etc. – mis de l'avant par la Commission Clair représente une des raisons probables de la réticence des divers partenaires du CEA, car ils sont en attente des développements à venir. D'une part, les omnipraticiens, dont la clientèle présente de multiples problématiques, ne souhaitent pas s'éparpiller dans plusieurs réseaux intégrés parallèles. D'autre part, ils ne connaissent pas encore les propositions ou orientations du Département régional de médecine générale (DRMG) qui aura, entre autres, le rôle d'établir des liens de communication entre les médecins et les points de services, les infirmières, les diverses ressources, la Régie, etc. Pour l'instant, une des avenues envisagée serait l'organisation des services de 1^{ère} ligne par sous-région, en tenant compte des ressources disponibles localement. Les outils de communication et de transmission des informations devront être simples, faciles d'accès et directs – par exemple : la carte santé; des fiches par problématiques, incluant le numéro de téléphone d'une personne ressource ou de garde (centralisation de l'information).

Quant aux pharmaciens, l'Ordre veut d'abord favoriser l'échange entre eux-mêmes dans une perspective de continuité des soins, établir des mécanismes de communication et dépasser la question de la compétition commerciale. L'objectif ultime serait la mise sur pied d'une commission médico-pharmaceutique régionale qui faciliterait l'échange entre médecins et pharmaciens, qui permettrait à ces derniers de participer au processus pour définir le meilleur traitement possible pour le patient (comme cela se fait déjà dans les hôpitaux). Et au CLSC, le travail multidisciplinaire fait, pour plusieurs, déjà partie intégrante du quotidien.

Un nouvel aspect va probablement influencer la formation d'un tel réseau intégré pour la gestion optimale de l'asthme, soit l'ajout d'un second volet aux activités du RQEA, soit les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), une des priorités du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). À Montréal, il existe déjà un organisme qui offrent des services à ces patients, le Service régional des soins à domicile. Mais, il est prévu que la prise en charge des MPOC va s'élargir, en faisant également appel à l'autogestion, et la nouvelle structure de ce réseau n'a pas encore été définie.

Au-delà de la prise en charge clinique de l'asthme, la direction de la santé publique (DSP) pourrait aussi jouer un rôle, bien qu'indirect, dans ce réseau. Son mandat, bien établi par une loi, est de monitorer les problèmes de santé, dont l'asthme, soit d'en évaluer les impacts, de développer des stratégies et d'interpeller les partenaires intersectoriels pour diminuer l'exposition de la population aux facteurs déclencheurs de maladie. Dans le cadre de la prévention de l'asthme, la DSP doit définir et agir sur les déterminants environnementaux à l'intérieur et à l'extérieur des logements, souvent des éléments hors contrôle du simple citoyen.

Pour le contrôle des principaux allergènes, le pollen et les herbes à poux, les professionnels de la DSP travaillent avec les municipalités, dont l'application des règlements manque de rigueur, les ministères des Transports et de l'environnement, ainsi qu'avec Hydro Québec, par exemple. Un programme Info smog existe également.

Au niveau du contrôle de facteurs déclencheurs à l'intérieur des maisons, la DSP a produit une monographie (King, 2000) qui vise à améliorer les conditions des logements contaminés aux moisissures. Dans le cadre du volet logement-salubrité, la formation d'intervenants en contact direct avec le milieu est envisagée. Par exemple, des inspecteurs municipaux, formés principalement sur les conditions de sécurité des logements, vont participer à des ateliers de formation sur la reconnaissance des conditions d'insalubrité. De plus, la DSP souhaite aussi travailler avec les intervenants de CLSC qui font des visites à domicile pour les habiliter à identifier les facteurs d'insalubrité et de les déclarer aux inspecteurs municipaux pour faire appliquer la loi et les règlements. Les CLSC se disent prêts à jouer ce rôle, mais veulent s'assurer que leurs signalements ne seront pas vains. Par ailleurs, une clinique inter-universitaire, à l'interface entre l'approche individuelle et celle de la santé publique et dont les médecins sont rattachés à l'Unité santé au travail et environnementale de la DSP, soutient les médecins de première ligne dans la reconnaissance du lien étiologique et diagnostique – par exemple, des enfants exposés à des moisissures dans des écoles.

La notion de réseau intégré pour la gestion optimale de l'asthme signifie donc l'implication et la consultation de tous les partenaires – le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, le RQEA, la DSP, le DRMG et la RRSSS Montréal-Centre. La notion de leadership doit également être clairement identifiée pour assurer des résultats probants.

CONCLUSION

Vu l'importance de la prévalence de l'asthme sur son territoire, le CLSC Hochelaga-Maisonneuve a décidé d'implanter un CEA/PRIISME en collaboration avec le RQEA et Glaxo Smith Kline (Glaxo Wellcome, au début du projet). Les questions et les indicateurs rattachés à l'évaluation d'implantation de ce CEA – dont le modèle d'intervention vise la promotion d'une approche intégrée à la gestion optimale de l'asthme par l'éducation, l'amélioration de la complémentarité et la continuité des soins – se concentrent autour de deux pôles :

- les patients asthmatiques, soit :
 - les sources de références et la rétention des patients au sein du programme;
 - le portrait des patients référés – âge, sexe, incluant des données sur leur santé;
 - l'évolution de la consommation des médicaments et des visites médicales (avec rendez-vous, urgences/sans rendez-vous et hospitalisations) au fil des enseignements;
 - l'évolution de leur apprentissage quant à la gestion optimale, soit de la maîtrise de leur asthme.
- les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge de l'asthme, soit :
 - leur participation à des formations en vue de développer une compréhension commune de la maladie et de son traitement, incluant le contenu des ateliers;
 - leur implication dans le suivi des dossiers.

Patients asthmatiques

Comme pour les CEA en milieu hospitalier, la majorité des références, soit plus du trois-quarts, provient des professionnels rattachés au CLSC Hochelaga-Maisonneuve, principalement des infirmières aux services courants et des services enfance-jeunesse-famille. Par contre, pour le premier enseignement, le taux de rétention des patients asthmatiques référés par des médecins (CLSC ou du territoire) est plus élevé que celui des références faites par les autres catégories professionnelles. À noter que, parmi les 105 dossiers fermés au 31 décembre 2000, le tiers des patients ne s'est jamais présenté aux rendez-vous malgré plusieurs relances et rendez-vous fixés. Et, en tenant compte de l'ensemble des références, presque la moitié des asthmatiques avait suivi au minimum un enseignement.

Quant à la représentativité de la clientèle, plus du deux tiers des asthmatiques appartient au sexe féminin, alors que les 0-18 ans et les 19 ans et plus se répartissent à part presque égale. Par contre, les garçons de 0-18 ans sont sur-représentés (2/3), ainsi que les femmes (4/5) par rapport aux hommes de 19 ans et plus (1/3 et 1/5).

La majorité des patients (65%), ayant suivi un premier enseignement, connaissaient leur diagnostic depuis plus d'un an, dont la moitié depuis plus de cinq ans. Par ailleurs, plusieurs asthmatiques n'avaient pas de médecins traitants pour assurer un suivi médical régulier. Dans de

telles situations, les infirmières-éducatrices identifient avec les patients un omnipraticien susceptible de les accompagner dans leur maladie.

Déjà après un enseignement au CEA⁵, des changements positifs ont pu être constatés. Le nombre de suivis médicaux a augmenté, alors que celui des visites sans rendez-vous, aux urgences et des hospitalisations a diminué. La qualité de vie des personnes asthmatiques s'est améliorée et ce constat se reflète, au fil des enseignements, dans la progression de la maîtrise de l'asthme selon quatre critères (absence de l'école ou du travail, utilisation de Bêta₂ agoniste à courte durée d'action, limitation des activités de la vie quotidienne et fréquence des symptômes). Mais, malgré leur intention formulée, une attention particulière doit être apportée aux changements d'habitudes de vie à réaliser par les patients, alors que les connaissances plus théoriques s'acquièrent facilement. Les analyses des données ont aussi fait ressortir l'importance de bien arrimer le second enseignement pour permettre aux patients d'approfondir leurs connaissances quant à la maîtrise optimale de l'asthme.

Professionnels de la santé

Au niveau de la formation et de l'information concernant la gestion optimale de l'asthme pour les divers professionnels de la santé, plusieurs ateliers ont été organisés et abordaient différentes facettes de ce type d'approche (par exemple, les lignes directrices du consensus canadien, l'asthme en pédiatrie, les traitements d'appoints, utilisation d'un plan d'action, etc.).

Les infirmières-éducatrices – qui partagent leur temps de travail entre le CEA et les services courants pour l'une, et le service enfance-jeunesse-famille pour l'autre – ont reçu une formation spécifique pour intervenir de façon optimale auprès des patients asthmatiques et elles suivent une formation supplémentaire dans le cadre d'un microprogramme qui mènera à l'agrément du CEA. De plus, un médecin superviseur rattaché au CLSC les soutient dans leurs démarches.

Quant à leurs collègues du CLSC, toutes les infirmières (services courants, scolaires, à domicile et enfance-jeunesse-famille) ont participé à des ateliers et reçu les informations utiles lors des réunions d'équipe. Et, la majorité des médecins du CLSC ont également été présents à au moins un atelier portant sur l'asthme.

Des ateliers de formation ont aussi été conçus pour les médecins et les pharmaciens du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Environ la moitié de ces derniers ont été rejoints par ce biais. Et les professionnels non rejoints par les ateliers offerts ont probablement été sensibilisés par les nombreux articles sur la maîtrise de l'asthme et autres matériels d'information.

Ces tentatives de développer une compréhension et une prise en charge commune de l'asthme ont permis l'émergence d'un réseau intégré pour la gestion optimale de l'asthme, mais la tendance à travailler en silo reste encore très présente (par exemple, les infirmières-éducatrices n'ont reçu que peu de copies des plans d'action complétés par les médecins). Même s'il y a consensus pour une telle approche, plusieurs facteurs peuvent expliquer les réticences actuelles, par exemple :

⁵ Connaissance de la maladie et des facteurs déclencheurs, de la médication, de l'utilisation de divers outils, du contrôle environnemental.

les différences de culture et de mentalité, le manque de communication, l'absence/présence de conditions et de ressources nécessaires, les développements à venir des recommandations de la Commission Clair.

Recommandations

Le programme d'enseignement pour une gestion optimale de l'asthme auprès des patients asthmatiques donne les résultats escomptés, soit une meilleure maîtrise de l'asthme par le patient et un allègement au niveau du réseau de la santé. Pour améliorer l'impact de l'enseignement, trois aspects sont à travailler :

- bien outiller les référants potentiels afin qu'ils puissent motiver et préparer adéquatement les patients asthmatiques et leurs parents, s'il y a lieu, pour ainsi améliorer leur rétention au sein du programme;
- viser un meilleur arrimage entre la première rencontre et la seconde;
- approfondir les aspects plus techniques de l'enseignement et s'assurer d'un suivi à ce niveau-là, incluant le rappel des connaissances acquises, après la fin de l'intervention des infirmières-éducatrices du CEA (par le médecin de famille, l'intervenant pivot).

Pour élargir le réseau actuel, il faudrait approfondir la re-connaissance réciproque entre les divers partenaires, en misant principalement sur le rôle complémentaire des infirmières-éducatrices du CEA dans la prise en charge de l'asthme par :

- plus de contacts directs;
- des discussions de cas;
- l'envoi systématique d'un compte rendu d'enseignement au référant et au médecin traitant, s'il y a lieu;
- l'utilisation du plan d'action.

De plus, l'implication de professionnels de l'évaluation a été exprimée afin de soutenir et d'alimenter la formation du réseau intégré pour la gestion optimale de l'asthme.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) (2000) *Efficacité de programmes d'autogestion pour des problèmes respiratoires obstructifs*.
- Association médicale canadienne (1999) *Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme*. Supplément au Journal de l'association médicale canadienne, no 161.
- Bégin, Lyne *Projet d'implantation d'un CEA (centre d'enseignement sur l'asthme)*. Montréal : CLSC Hochelaga-Maisonneuve.
- Berg, J.; J. Dunbar-Jacob et S.M. Sereika (1997) « An evaluation of a self-management program for adults with asthma ». In *Clin Nurs Res*, août, vol. 6, n° 3, p. 225-238.
- Boulet, L.P. (1998) « Asthma education : what has been its impact? ». In *Can Respir J*, juillet-août, vol. 5, suppl. A, p. 91A-96A.
- Boulet, L.P. et al. (1995) « Evaluation of an asthma self-management education program ». In *J Asthma*, vol. 32, n°3, p. 199-206 (Centre de pneumologie de l'Hôpital Laval).
- Buchner, D.A. et al. (1998) « Effects of an asthma management program on the asthmatic member : patient-centered results of a 2-year study in a managed care organization ». In *Am J Manag Care*, septembre, vol. 4, n° 9, p. 1288-1297.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Crouch, R. et N. McIntyre (1995) « Asthma rehabilitation program ». In *Respir Care Clin N Am*, décembre, vol. 1, n° 2, p. 345-355
- DaSilva, R.V. (1996) « A disease management case study on asthma ». In *Clin Ther*, novembre-décembre, vol. 18, n° 6, p. 1374-1382
- Emond, S.D. (1999) « Effect of an emergency department asthma program on acute asthma care ». In *Ann Emerg Med*, septembre, vol. 34, N° 3, p. 321-325
- Gebert, N. et al. (1998) « Efficacy of a self-management program for childhood asthma – a prospective controlled study ». In *Patient Educ Couns*, novembre, vol. 35, n° 3, p. 213-220
- George, M.R. et al. (1999) « A comprehensive educational program improves clinical outcome measures in inner-city patients with asthma ». In *Arch Intern Med*, 9-23 août, vol. 159, n° 15, p. 1710-1716
- Glaxo Wellcome (2000a) *L'asthme au Canada : un sondage déterminant – résumé*.
- (2000b) *PRIISME Info*, vol. 1, n° 1, printemps 2000.
- (2000c) *PRIISME Info*, vol. 2, n° 2, automne 2000.
- Grampian Asthma Study of Integrated Care (1994) « Integrated care for asthma : a clinical, social and economic evaluation ». In *BMJ*, février, vol. 308, n° 6928, p. 559-564
- Greineder, D.K.; K.C. Loane et P. Parks (1995) « Reduction in resource utilisation by an asthma outreach program ». In *Arch Pediatr Adolesc Med*, avril, vol. 149, n° 4, p. 415-420.

- Hopman, W.M.; J.G. Owen et E. Gagné (1999) « Assessment of the effect of asthma education on outcomes ». In *Management Care Interface*, mai, vol. 12, n° 5, p. 89-93.
- Janson, S. (1998) « National Asthma Education and Prevention Program, Expert Panel Report II : Overview and application to primary care ». In *Lippincotts Prim Care Pract*, novembre-décembre, vol. 2, n°6, p. 578-588.
- Kauppinen, R. et al. (1999) « Long-term (3-year) economic evaluation of intensive patient education for self-management during the first year in new asthmatics » . In *Respir Med*, avril, vol. 93, n° 4, p. 283-289.
- King, Norman (2000) *Impact des conditions de logement sur la santé publique – Recension des écrits et proposition d'une approche de santé publique*. Montréal : Direction de la santé publique.
- Kishchuk, Natalie (1998) *Implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Devis d'évaluation du projet pilote*.
- Kotses, H. et al. (1995) « A self-management program for adult asthma. Part II : Development and evaluation ». In *J Allergy Clin Immunol*, février, vol. 95, n° 2, p. 529-540.
- Kowal, C.E. (1997) « Improving asthma care in the outpatient setting ». In *Med Interface*, juillet, vol. 10, n° 7, p. 87-89, 97.
- Laberge, Andrée et al. (2000) *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisation et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec*. Québec : Direction de la santé publique de la région de Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Laval.
- Ladebauche, P. (1997) « Managing asthma : a growth and development approach ». In *Pediatric Nurs*, janvier-février, vol. 23, n° 1, p. 37-44.
- Lawrence, G. (1995) « Asthma self-management programs can reduce the need for hospital-based asthma care ». In *Respir Care*, janvier, vol. 40, n° 1, p. 39-43.
- Legorreta A.P. et al. (1998) « Compliance with national asthma management guidelines and specialty care : a health maintenance organization experience ». In *Arch Intern Med*, mars, vol. 9 ou 158?, n° 5, p.457-464.
- Liljas, B. et A. Lahdensuo (1997) « Is asthma self-management cost-effective? ». In *Patient Educ Couns*, décembre, vol. 32 (suppl 1), p. S97-104.
- Ludwig-Beymer, P.; S. Peterson et C. Gorman (1998) « Improving care for adults with asthma across the continuum ». In *J Nurs Care Qual*, août, vol. 12, n° 6, p. 48-55.
- McDonald, V. et al. (1999) « The characteristics of asthma education programs within New South Wales » . In *J Quakl Clin Pract*, juin, vol. 10, n° 2, p. 117-121.
- Merck Frosst. *Bien vivre avec l'asthme – Un guide pratique pour vous aider à mieux respirer*.
- Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario (2000) *Rapport du médecin hygiéniste en chef – Comprendre et prévenir l'asthme*.
- Mulloy, E. et al. (1996) « A one-year prospective audit of an asthma education program in an out-patient setting ». In *Ir Med J*. novembre-décembre, vol. 89, n° 6, p. 226-228

- Neville, R.G. et al. (1996) « Observations on the structure, process and clinical outcomes of asthma care in general practice ». In *Br J Gen Pract*, octobre, vol. 46, n° 411, p. 583-587.
- Osman, L.M. et al (1996) « Integrated care for asthma : matching care to the patient ». In *Eur Respir J*, vol. 9, n° 3, p. 444-448.
- PRIISME - *S'attaquer ensemble à l'asthme et aux maladies respiratoires*.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval (1998) Rapports des comités de programmation régionale des soins et des services de courte durée. Système respiratoire. Centre de soins et de service ambulatoire de Laval, janvier.
- Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme (1999) *Bulletin – À plein poumons*, vol. 4, n° 1.
- Self T. et S. Nolan (1997) « Long-term management of asthma : how to improve outcomes ». In *Am J Manag Care*, septembre, vol. 3, n° 9, p. 1425-1438; quiz 1441-1442.
- Smeele, I.J. et al (1999) « Can small group education and peer review improve care for patients with asthma/chronic obstructive pulmonary disease? ». In *Qual Health Care*, juin, vol. 8, n° 2, p. 92-98.
- Stempel, D.A.; A.M. Carlson et D.A. Buchner (1997) « Asthma : benchmarking for quality improvement ». In *Ann Allergy Asthma Immunol*, décembre, vol. 79, n° 6, p. 517-524.
- Tilly, K.F. et al. (1996) « Outcomes management and asthma education in a community hospital : ongoing monitoring of health status ». In *Qual Manag Health Care*, printemps, vol. 4, n° 3, p. 67-78.
- Young, Nancy L. et al. (2001) « Assessing the efficacy of school-based asthma education program for children : a pilot study ». In *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n°1, janvier-février 2001, p. 30-34.
- Zimmerman, Barry. *Une approche actualisée de l'asthme – Un guide à l'intention des parents d'enfants asthmatiques*. Brochure distribuée par l'Association de l'information sur les allergies et l'asthme.

ANNEXE I

Outils du CEA du CLSC Hochelaga-Maisonneuve

CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR L'ASTHME

ENSEIGNEMENT - ÉTAPE I

RAISON DE LA CONSULTATION

COLLECTE DE DONNÉES

Nom du référent	:	_____
Adresse	:	_____
Téléphone	:	_____
Suivi médical par	:	_____
Adresse	:	_____
Téléphone	:	_____
Médication actuelle et posologie _____		
Pharmacie _____		
Appareil utilisé actuellement pour administrer les médicaments _____		
Allergies connues _____		
Diagnostiqué(e) asthmatique depuis _____		
Possède un débitmètre de pointe	Oui ☐	Non ☐
Utilisation : Régulière ☐ Lors de détérioration ☐ Jamais ☐		

Dans la dernière année :

- Nb visites médicales de suivi pour l'asthme : _____
- Nb visites d'urgence (<24 h) : _____
- Nb hospitalisations pour l'asthme (>24 h) : _____
- Lieu : _____
- Nb de séjour aux soins intensifs : _____ année de la dernière fois : _____
- Nb intubation : _____ année de la dernière fois : _____
- Nb pertes de conscience : _____
- Facteurs précipitants : _____
- Désordre du sommeil oui ☐ non ☐
- Nb traitements de stéroïdes oraux _____
- Nb jour d'absence à l'école, à la garderie ou au travail _____

Pratique de sport ou activité physique _____

Diagnostic associé à l'asthme

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Polype nasal ☐ | Rhinite ☐ | Reflux gastro-oesophagien (RGO) ☐ |
| Sinusite ☐ | Sensibilité à AAS ☐ | Conjonctivite ☐ |
| Eczéma ☐ | Urticaire ☐ | Autres : ☐ _____ |

Études complétées : _____

Revenu familial annuel : 0-10,000 ☐ 10-20,000 ☐

20-30,000 ☐

> 30,000 ☐

Sources de revenu _____ Salaire avec assurance ☐

BES ☐

Chômage ☐

Assurance privée ☐

Gouvernement ☐

QUESTIONNAIRE SOCIO-FAMILIAL

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Asthme

Allergie

Eczéma

Urticaire

ANALYSE :

IDENTIFICATION DU PROBLÈME PAR LE CLIENT - FAMILLE

1. Attentes du client - famille

2. Préoccupations en regard de l'asthme (valeurs, croyances)

3. Selon vous, qu'est-ce qui cause les crises d'asthme ?

odeurs fortes ☐	fumée ☐	émotions et stress ☐	exercice ☐	au froid ☐
changement de t. [°] ☐	ASA ☐	RGO ☐	animal ☐	I.V.R.S. ☐
végétaux ☐	moisissure ☐	aliment ☐	acariens ☐	

4. Quels sont les symptômes ou les signes que vous ou votre enfant présente lorsqu'il fait une crise d'asthme ?

Essoufflement ☐	oppression thoracique ☐	intolérance à l'effort ☐
Toux ☐	respiration sifflante ☐	sécrétions bronchiques ☐

5. Dans les deux dernières semaines :

- Besoin d'utiliser un B² à courte action _____ / jour _____ / sem.
- Fréquence de limitation aux AVQ _____ / jour _____ / sem.
- Fréquence des symptômes nocturnes ou à l'éveil _____ / jour _____ / sem.
- Valeur de DEP : Valeur précitée _____ Ce jour _____
- DEP > 85% de sa meilleure valeur : Oui ☐ N/A ☐
Non ☐ _____ % Zone _____

6. Que faites-vous habituellement lorsque vous ou votre enfant commence une crise d'asthme ?

7. Lorsque vous ou votre enfant fait une crise d'asthme, quels sont les symptômes qui vous font décider de consulter à l'urgence ?

8. Quels sont les médicaments prescrits par le médecin pour traiter l'asthme et quels en sont les effets ?

9. Qu'est-ce qui se passe dans les bronches de vous ou votre enfant et qu'est-ce qui cause l'asthme ?

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

1. Travail : _____

Asthme professionnel suspecté Oui ☐ Non ☐

2. Dans quel type de maison habitez-vous ?

Unifamiliale : Bungalow ☐ Split-level ☐ Cottage ☐

Appartement ou condo : ☐ Duplex ☐ Triplex ☐

Nbre de pièces : _____

Niveau d'habitation : Sous-sol ☐ Rez-de-chaussée ☐ 1er étage ☐ 2e étage ☐

3. Quel âge approximatif a la maison que vous habitez ?

Moins de 5 ans ☐

Rénovations : Oui ☐ Non ☐

Entre 5 et 20 ans ☐

Entre 21 et 40 ans ☐

Plus de 40 ans ☐

4. Votre sous-sol est-il ?

Fini ☐ Semi-fini (isolé) ☐ Non fini (non-isolé) ☐

Sur terre battue ☐ Aucun sous-sol ☐

5. Quel est votre système de chauffage ?

ÉNERGIE

Électricité ☐
Gaz ☐
Huile ☐
Bois ☐

MODES

Fourmaise ☐
Thermopompe ☐
Géothermique ☐
Combustion lente ☐
Foyer ☐
Granule ☐

DISTRIBUTION

Plinthe ☐
Eau chaude (calorifère) ☐
Air pulsé ☐

6. Avez-vous des filtres sur les bouches d'air chaud ?

OUI NON

☐ ☐

DATE DU
DERNIER NETTOYAGE

7. Avez-vous :

un climatiseur

☐ ☐

central ☐ fenêtre ☐

une thermopompe murale

☐ ☐

un échangeur d'air

☐ ☐

VRC (récupérateur de chaleur)

☐ ☐

VRE (récupérateur d'énergie)

☐ ☐

un purificateur d'air avec ou sans chauffage

☐ ☐

un humidificateur (type : _____)

☐ ☐

un déshumidificateur

☐ ☐

MOISSURE

8. Possédez-vous un hygromètre ?
(appareil pour mesurer l'humidité)

OUI NON

☐ ☐

9. Quel est le taux d'humidité dans la maison ?

Inconnu ☐

Moins de 30 % ☐

Entre 30 - 40 % ☐

Entre 40 - 50 % ☐

Entre 50 - 60 % ☐

Entre 60 - 70 % ☐

Plus de 70 % ☐

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Y a-t-il de la buée ou du givre dans les fenêtres en hiver ? | ☐ | ☐ |
| 11. Avez-vous des plantes dans la maison ? | ☐ | ☐ |

IRRITANT / ODEUR FORTE

Fumeur oui ☐ non ☐ quantité : _____

12. Fumez-vous dans la maison ?

Aucun	☐	2 parents	☐
1 parent	☐	Autre adulte	☐

13. À la maison, utilisez-vous

Nettoyeur à four	☐
Polis à meuble	☐
Peinture et vernis	☐

14. Est-ce que les éléments suivants vous dérangent ?

	OUI	NON
Le froid	☐	☐
Le vent	☐	☐
Les changements de température	☐	☐
L'exercice	☐	☐

ALLERGÈNES

15. Avez vous un ou des animaux ?

Si oui, le ou lesquels ?

OUI	NON
☐	☐

Chat	☐	Chien	☐	Lapin	☐	Hamster	☐
Gerboise	☐	Souris	☐	Oiseau	☐	Autre(s)	_____

16. Est-ce que les éléments suivants vous dérangent ?

OUI NON

Le pollen des arbres

☐☐

Le gazon

☐☐

L'herbe à poux

☐☐

Les coquerelles (blattes)

☐☐

ACARIENS - POUSSIÈRE

17. Avez-vous du tapis ?

☐☐

Dans la chambre

☐

Partout

☐

Aucun

☐

Avez-vous des stores vénitiens dans la chambre ?

☐☐

OUI NON

18. Utilisez-vous un aspirateur ?

☐☐

19. Avez-vous une bibliothèque dans la chambre ?

☐☐

20. Y a-t-il des toutous de peluche dans la chambre ?

☐☐

21. Utilisez-vous :

OUI NON

Un oreiller et / ou une douillette de plumes ?

☐☐

Une couverture de laine, flanelle, draps santé ?

☐☐

Une housse de vinyle sur le matelas ?

☐☐

ÉTAPE D'ENSEIGNEMENT _____

- ☐ Visite au CLSC ☐ Visite à domicile ☐ Relance téléphonique

1. Que s'est-il passé depuis la dernière rencontre ? (visite à l'urgence, hospitalisation, infection respiratoire, visite médicale, éveil nocturne...)

Depuis dernière rencontre :

- Nb visites à l'urgence (ou s.r.v.) : _____
- Nb hospitalisations : _____
- Nb traitements de stéroïdes oraux _____
- Nb jours d'absence à l'école, à la garderie ou au travail _____
- Nb visites médicales (de suivi) : _____
- Infection respiratoire : _____
- Besoin d'utiliser un B² à courte action _____ / jour _____ / sem.
- Fréquence de limitation aux AVQ _____ / jour _____ / sem.
- Fréquence des symptômes nocturnes ou à l'éveil _____ / jour _____ / sem.
- DEP ce jour : _____ Zone _____ % _____

2. Évaluation des connaissances du processus physiologique de l'asthme

3. Quels sont les médicaments et leurs effets ?

4. Qu'avez-vous fait, en plus du plan d'intervention prévu, pour améliorer l'environnement à la maison dans le but de contrôler l'asthme ?

ALLERGIE ALIMENTAIRE

22. Existe-t-il des aliments qui causent une crise ?

OUI

NON

☐☐

Si oui, lesquels :

Arachides

☐

Sulfites

☐

Poisson

☐

Additifs (MGS)

☐

Fruits de mer

☐

Colorants

☐

Lait et produits laitiers

☐

Autre(s) _____

23. Y a-t-il des médicaments qui causent une crise ?

OUI

NON

☐☐

Si oui, le ou lesquels :

Aspirine

☐

Motrin

☐

Autre(s) _____

24. Connaissez-vous l'utilisation de l'ÉPIPEN ?

OUI

NON

☐☐

ENSEIGNEMENT FAIT : _____

OUI

NON

Tests de laboratoire

☐☐

Date : _____

Tests d'allergies

☐☐

Date : _____

Désensibilisation

☐☐

Date du début : _____

Date de la fin : _____

HYPOTHÈSE DE L'INFIRMIÈRE

Éducateur: _____

Date : _____

5. Quels sont les symptômes qui vous indiquent que l'asthme se manifeste ?
(Critères de détérioration)

6. Quels sont les critères de maîtrise ?

HYPOTHÈSE

INTERVENTION & PLANIFICATION

(Voir le document initial)

Autre intervention faite :

☐ Relance tél. prévue le _____ ☐ R.V. prévu le _____ V.D. prévue le _____

☐ Enseignement complété

Autre _____

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DU CLIENT - FAMILLE : _____

Si enseignement complété :

Comprend et maîtrise mieux son asthme

☐ oui

☐ non

Recommanderait le CEA à une personne asthmatique

☐ oui

☐ non

Éducateur : _____

Date : _____

SUIVI D'ENSEIGNEMENT

	ÉTAPE I				ÉTAPE II				ÉTAPE III			
	DATE			INT.	DATE			INT.	DATE			INT.
	ACQUIS			À FAIRE	ACQUIS			À FAIRE	ACQUIS			À FAIRE
	+	++	+++		+	++	+++		+	++	+++	
1. Respiration normale												
2. Définition de l'asthme												
3. Signes d'une crise d'asthme												
4. Facteurs déclenchants												
5. Contrôle de l'environnement												
6. Critères de maîtrise / détérioration de l'asthme												
7. Médication												
8. Technique d'administration												
9. Mode d'utilisation de débitmètre de pointe												
10. Plan d'action:												
. remis pour md												
. retourné												
. enseignement fait												

Journal de suivi : remis oui ☐ non ☐ retourné le : _____

Relevé DEP : remis oui ☐ non ☐ retourné le : _____

Hygromètre : prêté le : _____ remis le : _____

Débitmètre de pointe : prêté le : _____ remis le : _____

Autre matériel : prêté le : _____ remis le : _____

Référence à : _____

Signature : _____ Date : _____

Date : _____



HOCHÉLAGA-MAISONNEUVE

3454, Ste-Catherine Est
Montréal (Québec)

H1W 2E2

Téléphone : (514) 521-3700 poste 728

Télécopieur : (514) 521-8920



RÉSEAU QUÉBÉCOIS
POUR L'ENSEIGNEMENT
SUR L'ASTHME

CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR L'ASTHME (CEA)

COMPTE-RENDU D'ENSEIGNEMENT

Médecin traitant : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Référent : _____	Cette personne : ☐ est venue à son rendez-vous le : _____ ☐ ne s'est pas présentée à son rendez-vous
--	--

ENSEIGNEMENT : observations, déficiences rencontrées et suggestions	
A- Connaissances : Compréhension globale Bonne ☐ Moyenne ☐ Faible ☐	B- Attitudes : Disposé : D Peu disposé : P Non disposé : N 1. Corrections de l'environnement : _____ 2. Prise de la médication : _____ 3. Utilisation du débitmètre de pointe : _____ 4. Application du plan d'action : _____
C- Habiletés : Adéquate : A Inadéquate : I Corrections à apporter : C Inhalateur utilisé : _____ Évaluation 1. _____ 2. _____ Autre dispositif : 3. _____ 4. _____	D- Suivi éducatif : 1. Prochain R.V. le _____ 2. Relance téléphonique le _____ 3. PRN : _____
Objectifs de suivi et commentaires : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
VOIR AU VERSO POUR COMMENTAIRES SUR LE PLAN D'ACTION : OUI ☐ NON ☐	

Enseignement fait par : _____

Date : ____/____/____

Copie blanche : médecin

verte : CEA

rose : référent

CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR L'ASTHME

PLAN D'INTERVENTION

PRIORITÉ(S) RETENUE(S): _____

[illegible]



RÉSEAU QUÉBÉCOIS
POUR L'ENSEIGNEMENT
SUR L'ASTHME

Communiqué

www.rqea.com

DESTINATAIRE : Dr _____
EXPÉDITEUR : CEA _____
DATE : _____
NOM DE LA PERSONNE ASTHMATIQUE : _____

PRESCRIPTION D'UN PLAN D'ACTION

Selon le Consensus canadien du traitement de l'asthme toute personne asthmatique doit avoir un plan d'action écrit (Boulet et al.1999). Ce plan est établi par le médecin selon la sévérité de l'asthme définie par la dose minimale requise de corticostéroïde en inhalation pour maintenir une maîtrise optimale de l'asthme. Le plan d'action repose essentiellement sur l'introduction ou l'augmentation des corticostéroïdes inhalés ou oraux. L'ajustement du traitement recommandé est de 10 à 14 jours.

Afin de faciliter la rédaction du plan d'action, le comité scientifique du Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme propose 4 exemples de plan d'action (pédiatriques ou adultes) établis selon le niveau de sévérité de l'asthme : #1 Asthme très léger ou intermittent (symptomatique uniquement lors des rhumes ou gripes ou des contacts allergiques), #2 Asthme léger à modéré, #3 Asthme modéré, #4 Asthme sévère. Ces exemples vous sont fournis à titre de référence. Le plan d'action remis à la personne asthmatique sera complété par l'éducateur du Centre d'enseignement sur l'asthme selon vos recommandations. Si vous le désirez :

2. ✓ Cocher seulement le numéro du plan choisi, (exemples en page suivante)

2. Ou SVP, remplir la section suivante :

Quelle est la dose d'entretien de corticostéroïde inhalé (CSI) à utiliser par votre patient pour les 3 prochains mois ? (CSI) _____ µg _____ inhalations _____ /fois par jour

Quelle est la dose maximale de CSI à utiliser par la personne asthmatique en cas d'exacerbation de l'asthme ?

↑ (CSI) _____ µg _____ inhalations _____ /fois par jour.

Si non amélioration consulter.

N'oubliez pas d'indiquer sur votre prescription pharmaceutique les doses minimales et maximales et le nombre de renouvellement du CSI Ex. : CSI _____ µg 2 à 4 Bouffées BID, Rep. 3.

Merci de votre collaboration, le Comité scientifique du RQEA



EXEMPLES DE PLAN D'ACTION – PÉDIATRIQUES ET ADULTES

Cochez ✓ l'exemple du plan d'action que vous avez choisi pour votre patient

#1 ☐ Asthme très léger	#2 ☐ Asthme léger à modéré
ou symptomatique lors des rhumes, gripes ou contacts allergiques Traitement de base : Bronchodilatateur à courte action prn A. Détérioration légère à modérée Introduire anti-inflammatoire en inhalation X 10 à 14 jours : Dose recommandée : Pédiatrique : < 400 µg/jour ; Adulte : < 1000 µg/jour • Becloforte 250 µg, 1 à 2 inh. BID ou • Pulmicort 200 µg, 1 à 2 inh. BID ou • Flovent 125 µg, 1 à 2 inh. BID B. Si non amélioration X 1 à 2 jours, Consulter Signature du médecin : _____	Traitement de base : Anti-inflammatoire sur une base régulière 1 à 2 inh., ID à BID: • Dose quotidienne recommandée : • Pédiatrique : < 400 µg/jour ; Adulte : < 1000 µg/jour (voir # 1.A) A. Détérioration légère à modérée Doublant anti-inflammatoire en inhalation à 2 à 4 inh. BID X 10 à 14 jours B. Si non amélioration X 1 à 2 jours, consulter Signature du médecin : _____
#3 ☐ Asthme modéré à sévère Traitement de base : Anti-inflammatoire sur une base régulière 2 à 4 inh., BID à QID Dose quotidienne recommandée, pédiatrique et adultes : Becloforte 500 à 1000 µg, Pulmicort 400 à 800 µg, Flovent 250 à 500 µg +/- thérapie supplémentaire (Accolate, Singulair, Oxeze, Sérévent, etc) A. Détérioration légère à modérée ↑ Anti-inflammatoire en inhalation à 4 inh., TID X 10 à 14 jours B. Si non amélioration X 1 à 2 jours, consulter ☐ ou Prednisone : _____ mg X _____ jours et _____ Signature du médecin : _____	#4 ☐ Asthme sévère (suivi par un médecin habilité à traiter ce type d'asthme) Traitement de base : Anti-inflammatoire sur une base régulière 2 à 4 inh., BID à QID Dose quotidienne recommandée, pédiatrique et adultes : Becloforte > 1000 µg, Pulmicort > 800 µg, Flovent > 500 µg, + Thérapie suppl. (Accolate, Singulair, Oxeze, Sérévent, etc, +/- Prednisone) A. Détérioration légère à modérée ↑ Anti-inflammatoire à _____ inh., X _____ / jour Ou Prednisone : _____ mg X _____ jours et _____ B. Consulter Signature du médecin : _____

Statistiques CEA

[illegible]

- | | |
|--|--|
| (1) accepte une évaluation | (9) Nombre de consultations à l'urgence |
| (2) refuse une évaluation | (10) Nombre d'hospitalisations |
| (3) absent: ne se présente pas à son rendez-vous | (11) Médecin traitant suivant le client avant et / ou après l'enseignement |
| (4) inscrire la durée en minutes | (12) Numéro du patient pour recherche de la régie |
| (5) urgence | (13) Patient non rejoint |
| (6) cliniques externes | (14) Patient non éligible |
| (7) Enfance Jeunesse Famille | (15) Date |
| (8) Durée du suivi en minutes | (16) Nombre d'appels téléphoniques avec des professionnels de la santé |

ANNEXE II

Centres d'enseignement sur l'asthme sur l'île de Montréal

CLSC Hochelaga-Maisonneuve

CLSC Pointe-aux-Trembles

CLSC St-Louis du Parc

CLSC Verdun/Côte-St-Paul

Cliniques d'enseignement sur l'asthme sur l'île de Montréal

Hôpital Sacré-Cœur

Hôpital Sainte-Justine

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Santa Cabrini

Hôpital Général de Montréal

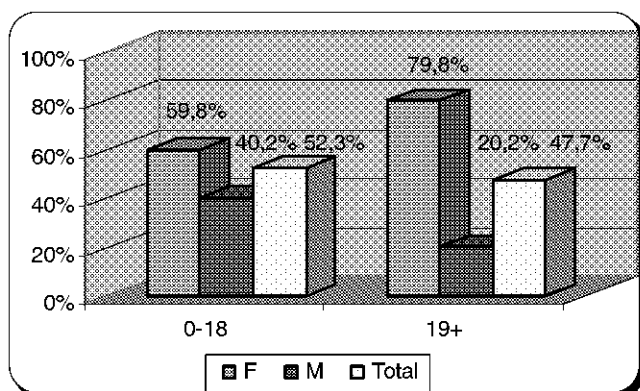
Hôpital de Montréal pour enfants

Institut thoracique de Montréal

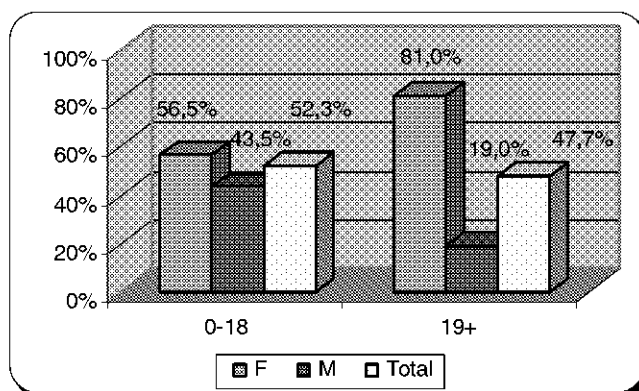
ANNEXE III

Évolution du profil des patients asthmatiques au fil des enseignements

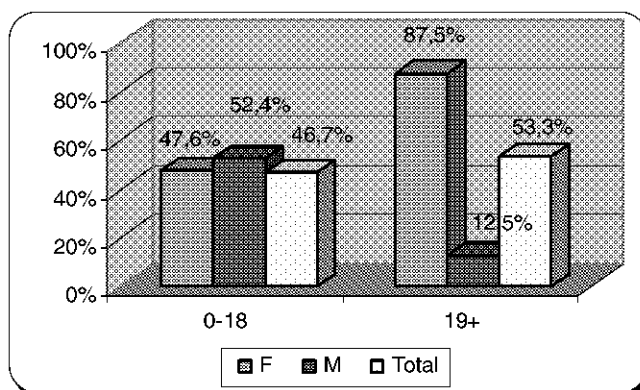
Graphiques 29 (série) – Répartition par âge selon l'étape d'enseignement



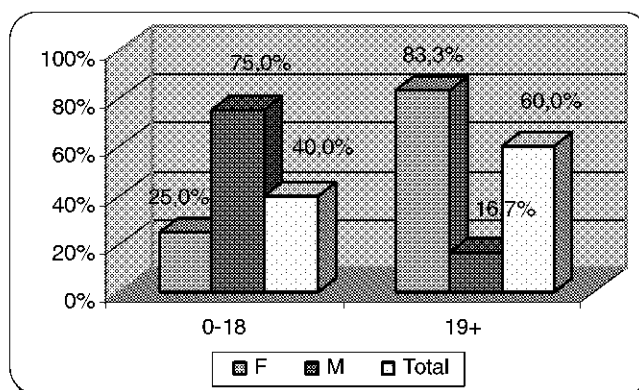
Références n=176



1^{er} enseignement n=88

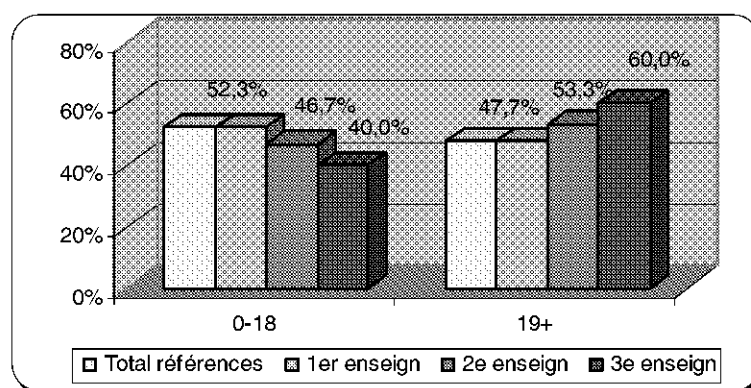


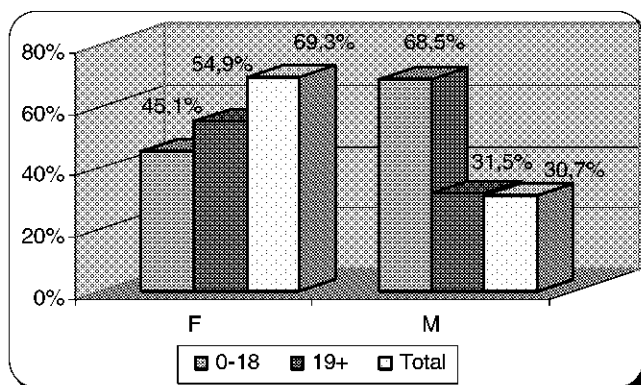
2^e enseignement n=45



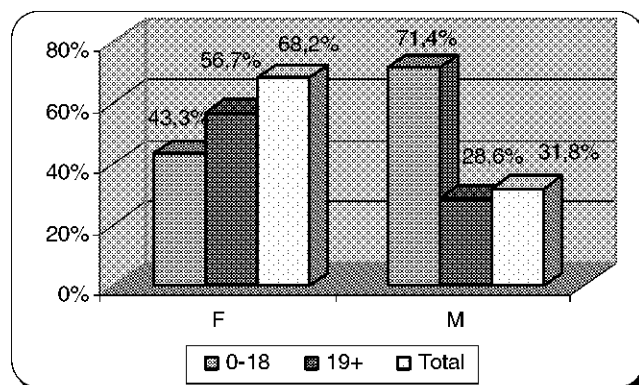
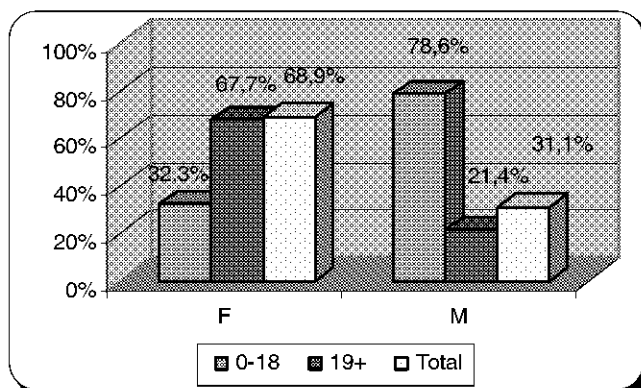
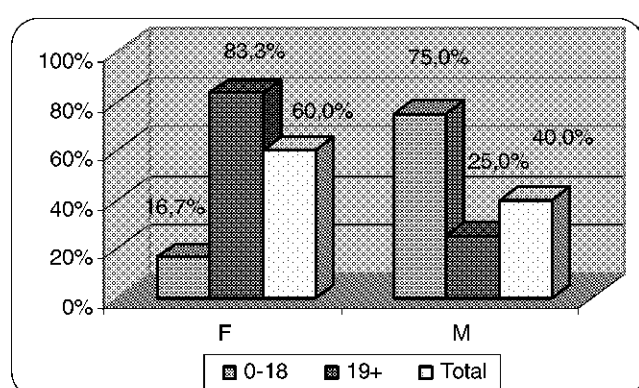
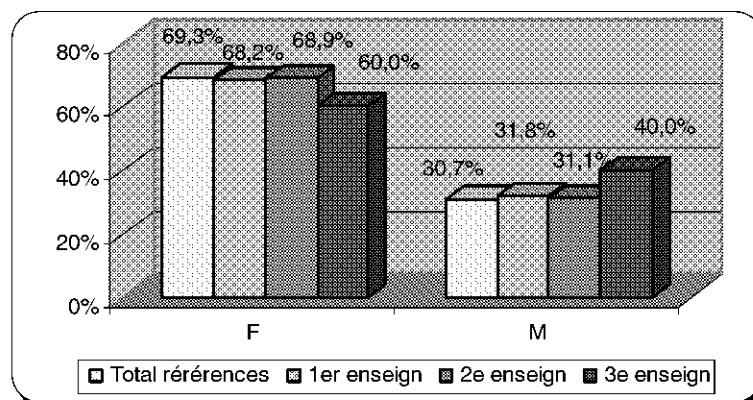
3^e enseignement n=20

Graphique 30 – Évolution de la représentativité des âges



Graphiques 31 (série) – Répartition par sexe selon l'étape d'enseignement

Références n=176

1^{er} enseignement n=882^e enseignement n=453^e enseignement n=20*Graphique 32 – Évolution de la représentativité des sexes*

ANNEXE IV

Critères de maîtrise

Paramètre	Fréquence ou valeur
Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
Activité physique	normale
Exacerbations	Légères, peu fréquente
Absence du travail ou de l'école	aucune
Besoin d'agoniste β_2 à courte durée d'action	< 4 doses/semaine*
VEMS ou DEP	> 85% du maximum personnel, idéalement 90%
Variation diurne du DEP+	< 15% de variation

VEMS = volume expiratoire maximal par seconde

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

* On peut utiliser 1 dose/jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

+ On calcule la variation diurne en soustrayant le DEP le plus faible du DEP le plus élevé, en divisant le résultat par le DEP le plus élevé et en multipliant le résultat par 100.

Niveau de gravité de l'asthme fondé sur le traitement nécessaire pour le contrôler

Gravité	Symptômes	Traitement nécessaire
Très léger	Bénins – peu fréquents	Aucun, ou agoniste β_2 à courte durée d'action inhalé, rarement
Léger	Bien maîtrisés	Agoniste β_2 à courte durée d'action (à l'occasion) + glucocortico-stéroïde inhalé à faible dose
Moyen	Bien maîtrisés	Agoniste β_2 à courte durée d'action + doses faibles à modérées de glucocortico-stéroïde inhalé avec ou sans thérapie d'appoint
Grave	Bien maîtrisés	Agoniste β_2 à courte durée d'action + fortes doses de glucocortico-stéroïde inhalé + thérapie d'appoint
Très grave	Peuvent être maîtrisés ou ne pas être bien maîtrisés	Agoniste β_2 à courte durée d'action + fortes doses de glucocortico-stéroïde inhalé + thérapie d'appoint + glucocortico-stéroïde par voie orale

Extraits : *Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 1999*, Journal de l'Association médicale canadienne, 161 (11 suppl), p. SF2.

ANNEXE V

	Dossiers fermés	Dossiers actifs
<i><u>Médecins du CLSC (53 dossiers)</u></i>		
Aucun enseignement	40,0%	10,0%
1 enseignement	10,0%	6,7%
2 enseignements	6,7%	13,3%
3 enseignements	10,0%	3,3%
4 enseignements	n/a	n/a
	66,7%	33,3%
<i><u>Médecins - territoire du CLSC (23 dossiers)</u></i>		
Aucun enseignement	8,7%	21,7%
1 enseignement	4,3%	21,7%
2 enseignements	17,4%	8,7%
3 enseignements	8,7%	n/a
4 enseignements	4,3%	4,3%
	43,5%	56,5%
<i><u>Infirmières CEA (41 dossiers)</u></i>		
Aucun enseignement	29,3%	24,4%
1 enseignement	9,8%	14,6%
2 enseignements	2,4%	12,2%
3 enseignements	n/a	2,4%
4 enseignements	2,4%	n/a
5 enseignements	n/a	2,5%
	43,9%	56,1%
<i><u>Infirmières du CLSC (61 dossiers)</u></i>		
Aucun enseignement	42,6%	11,5%
1 enseignement	14,8%	13,1%
2 enseignements	1,6%	6,6%
3 enseignements	6,6%	1,6%
5 enseignements	1,6%	n/a
	67,2%	32,8%

