

## Exacerbations des maladies respiratoires et pneumonies à l'hiver **Évitez l'urgence à vos patients**

Plus de 36% des civières en excès durant les périodes de pointe dans les urgences de la région de Montréal sont occupées par des patients souffrant de maladies respiratoires. L'influenza est sans doute en cause puisque ces pointes de débordement hivernal correspondent, semaines pour semaines, aux pointes de la saison grippale et que l'exacerbation de l'asthme et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ainsi que la pneumonie sont des complications fréquentes de l'influenza.

Cette situation montre l'importance de vacciner contre l'influenza et le pneumocoque mais aussi de parvenir à une meilleure maîtrise des maladies respiratoires et de leurs exacerbations.

### **Traiter vraiment l'asthme et la MPOC comme des maladies chroniques**

L'asthme et la MPOC sont trop souvent traités comme des maladies épisodiques et conséquemment, mal maîtrisées, elles donnent lieu à des crises qui conduisent à l'urgence.

Une étude a montré que 85 % des asthmatiques qui ne maîtrisent pas leur maladie croient cependant bien le faire et que 77% des médecins omnipraticiens croient obtenir une maîtrise optimale de l'asthme chez leurs patients.

En page 2, le docteur Jean Bourbeau propose de modifier cette situation.

### **Pneumonie: nouveau traitement «per os», nouvelles lignes directrices**

Le recours à l'urgence n'est pas toujours la seule option face à la pneumonie.

Une médication qui ne nécessite pas l'administration intraveineuse et de nouvelles lignes directrices ouvrent une nouvelle pratique pour le traitement.

Le docteur Karl Weiss les présentent en page 4.

### **La vaccination contre l'influenza et le pneumocoque**

En date du 1<sup>er</sup> décembre, la saison grippale 2000 ne semble pas avoir déjà commencé. La vaccination contre l'influenza et le pneumocoque reste une pratique de prévention de premier plan pour éviter des complications de l'asthme, de la MPOC et de la pneumonie.

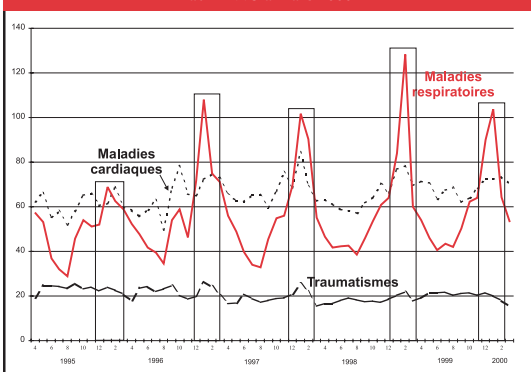
L'année dernière, la couverture vaccinale anti-grippale est passée de 42% à 53% chez les plus de 65 ans en milieu ouvert, ce qui a peut-être joué un rôle dans la diminution du pic hivernal d'achalandage des urgences. Il est encore temps de proposer la vaccination contre l'influenza et toujours pertinent de proposer celle contre le pneumocoque.

**Vous pouvez éviter l'urgence à vos patients cet hiver...**

- ◆ **Vaccinez-les contre l'influenza et le pneumocoque\*.**
- ◆ **Engagez-les à cesser de fumer.\***
- ◆ **Identifiez vos patients qui utilisent trop leur médicament de secours**
- ◆ **Établissez un plan d'action écrit avec vos patients souffrant d'asthme ou de MPOC.**
- ◆ **Organisez à votre bureau une politique de rendez-vous d'urgence.**
- ◆ **Prévoyez une alternative au recours aux urgences pour la simple obtention d'une radiographie pulmonaire.**
- ◆ **Organisez, à l'avance, pour vos patients en CHSLD, des traitements sur place de la pneumonie sans recours systématique aux urgences.**

\* voir fiches no 1 ou 2 du cartable «Prévention en pratique médicale»

Nombre quotidien moyen de civières occupées selon le problème de santé avril 1995 à mars 2000



# Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et asthme: prévenir et traiter les exacerbations

par Dr Jean Bourbeau

*Pneumologue, Institut Thoracique de Montréal*

*de l'hôpital Royal Victoria, CUSM*

*Épidémiologiste, Unité d'épidémiologie respiratoire, Université McGill*

Une étude de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre démontre qu'entre 1995 et 1998, le tiers de la pointe d'utilisation des salles d'urgence était attribuable à des maladies respiratoires et de façon plus marquée chez les personnes âgées de 75 ans et plus. L'asthme et la MPOC sont souvent en cause et ces dernières, lorsque mal maîtrisées, peuvent être fortes de répercussions sur l'individu, la famille et le système de soins. Une meilleure prise en charge permet d'améliorer la qualité de vie et réduire l'utilisation des visites à l'urgence et des hospitalisations.

## La MPOC

### La MPOC, en passe de devenir la 5<sup>e</sup> cause d'incapacité

Au Canada, 750 000 personnes auraient eu un diagnostic de MPOC, une prévalence de 4,7% dans le groupe d'âge de 55-64 ans, 5,4% de 65-74 ans et 8,3% de 75 ans et plus. Selon des études récentes, le diagnostic serait porté tardivement alors que la maladie est avancée et bon nombre de patients symptomatiques ne reçoivent aucun traitement. La MPOC qui était la 12<sup>e</sup> cause d'incapacité serait en voie de devenir la 5<sup>e</sup> cause (estimation pour 2020). La MPOC est une des principales causes de débordement hivernal des urgences et d'hospitalisation. De plus, l'hospitalisation due à la MPOC n'a pas cessé d'augmenter depuis 1981.

### Optimiser les soins et les services aux patients avec MPOC : d'abord la prise en charge

Le sentiment est encore fort répandu chez les professionnels de la santé que très peu peut être fait pour le patient avec MPOC, autre que de cesser de fumer. Il est important que le traitement chez le patient symptomatique ne se limite pas seulement à un traitement pharmacologique bien que ce dernier ne puisse être négligé. La prise en charge est essentielle pour permettre de prévenir et traiter précocement l'exacerbation. Il est aussi primordial de s'occuper de la maladie chronique en tenant compte autant de l'impact psychosocial que physique de la maladie. Une étude québécoise multicentre récente (Programme «Mieux vivre

avec une MPOC<sup>®</sup>») a permis de démontrer qu'une approche de soins avec un programme d'autogestion spécifique à la MPOC incluant un plan d'action et l'accessibilité à un professionnel de la santé entraîné à cet effet, améliorerait la qualité de vie des patients et réduisait de plus de 40% les visites médicales non prévues, les visites à l'urgence et les hospitalisations. Une telle approche devrait être mise en place et adaptée à tous les niveaux de soins, que ces derniers soient primaires, secondaires ou tertiaires. Un effort particulier devra être fait pour s'assurer que les médecins et les professionnels de la santé oeuvrant en soins primaires aient la formation et les ressources nécessaires pour la clientèle MPOC.

### Prévenir et traiter précocement l'exacerbation

La MPOC est souvent associée à des exacerbations aiguës de symptômes. Les conséquences pour l'individu, le système de santé et la société sont importantes.

Les stratégies pour prévenir l'exacerbation sont limitées. La vaccination réduit les décès, les hospitalisations et les visites médicales dues à l'influenza et les pneumonies. On connaît mal l'effet direct de la vaccination sur la réduction de la fréquence des exacerbations, de même pour la médication, sauf peut-être quelques données qui pourraient être favorables à l'administration de stéroïdes en inhalation (voir tableau page 3).

L'utilisation des stéroïdes en inhalation fait encore l'objet de controverses et devrait être réservée aux patients asthmatiques et MPOC dont la maladie est de modérée à sévère et qui présentent des exacerbations fréquentes nécessitant une antibiothérapie et une corticothérapie orale.

Faute de moyens vraiment reconnus comme étant efficaces pour prévenir les exacerbations, l'accent devrait être mis sur des stratégies qui permettent de minimiser la sévérité et les conséquences de l'exacerbation. Il a été démontré que l'autogestion de sa maladie par le patient lui-même quand on l'aide à apprendre à gérer les situations de maladie et de traitement et que l'utilisation d'un plan d'action avec accessibilité à un professionnel de la santé sont des stratégies efficaces pour commencer en toute sécurité un traitement précoce de l'exacerbation et conséquemment une réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations (Programmes «Mieux vivre avec une MPOC<sup>®</sup>» et «RESPIR<sup>®</sup>»).

Seuls les patients qui ont un échec à une telle stratégie de soins devraient se retrouver en clinique ou à l'urgence.

### Traitement de l'exacerbation en pratique externe

Le traitement de l'exacerbation nécessite l'augmentation des bronchodilatateurs inhalés et, lorsqu'il y a des signes et symptômes d'infection, l'ajout d'un antibiotique choisi selon la sévérité de la MPOC et les habitudes de prescription locale.

Chez les patients avec augmentation des symptômes de dyspnée, un traitement de corticostéroïdes oraux comme la prednisone de 30 à 50 mg/jour pour 7 à 14 jours permet une amélioration plus rapide des fonctions respiratoires et un séjour plus court à l'hôpital lorsque le patient le nécessite.

Des études récentes ont démontré qu'un traitement avec prednisone d'une durée de plus de 2 semaines n'apportait aucun bénéfice thérapeutique et, au contraire, augmentait les risques d'effets secondaires. L'hospitalisation est indiquée lorsque le patient présente une exacerbation sévère qui met sa vie en danger, bien que l'hospitalisation pourra être évitée dépendant de l'organisation locale (cliniques, programmes MPOC<sup>®</sup>, hôpitaux de jour) et de l'accessibilité à des soins et des services à domicile.

À surveiller: les lignes directrices sur la MPOC à venir en 2001 («Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease»).

# L'ASTHME

## Qu'en est-il de la maîtrise de l'asthme?

Un sondage à l'échelle nationale auprès de 1001 adultes souffrant d'asthme ou de parents d'enfants asthmatiques et de 266 médecins révélait que chez six Canadiens asthmatiques sur dix, l'asthme est mal maîtrisé en vertu d'au moins 2 critères importants décrits dans les lignes directrices nationales. De ces patients, 85% croient que leur maladie est bien maîtrisée. Souvent les patients comprennent mal le rôle des divers médicaments. Près de 4 patients sur 10 (37%) dépassent la dose hebdomadaire maximale recommandée de médicaments de secours. Les patients dont l'asthme est mal maîtrisé, par rapport à ceux dont l'asthme est bien maîtrisé, ont engendré 76% des visites non prévues chez le médecin, 78% des visites au service des urgences et 85% des hospitalisations associées à l'asthme. D'un autre côté, la plupart des médecins interrogés estiment obtenir une maîtrise optimale de l'asthme chez leurs patients.

Beaucoup reste encore à faire pour assurer une bonne maîtrise de l'asthme chez une grande majorité des patients asthmatiques et ainsi réduire les conséquences sur la qualité de vie, l'absentéisme à l'école ou au travail et le fardeau sur le système de soins de santé. Les

médecins et professionnels de la santé ont un rôle de première importance à jouer en assurant l'éducation et une bonne communication, particulièrement lorsque vient le temps d'appliquer les lignes directrices.

## Comment détecter un asthme mal maîtrisé?

Les critères de maîtrise doivent être évalués lors de chaque visite en prenant soin de bien vérifier avec le patient les quelques points qui suivent :

1- Toussez-vous ou souffrez-vous d'une respiration sifflante ou de serremments de poitrine à cause de votre asthme?

2- Vous réveillez-vous pendant la nuit à cause de la toux, de la respiration sifflante ou d'un serrement de poitrine?

3- Limitez-vous ou évitez-vous des activités physiques à cause de votre asthme?

4- Votre asthme vous oblige-t-il à vous absenter de l'école ou du travail?

5- Utilisez-vous plus de 3 doses de votre médication en inhalation de secours par semaine, excluant une dose par jour avant l'exercice?

Si votre patient asthmatique répond oui à au moins une de ces questions, son asthme n'est pas maîtrisé de façon optimale ou pire encore, il n'est pas maîtrisé du tout.

inhalation à la dose quotidienne minimale demeure la première ligne de traitement. Si l'asthme n'est pas maîtrisé à l'aide d'une dose de corticostéroïdes inhalés de 500 µg/jour en équivalent béclométhasone, on doit considérer une augmentation jusqu'à 1000 µg/jour ou l'essai d'une thérapie d'appoint. Cette dernière comprend principalement les agonistes β<sub>2</sub> inhalés à longue action ou les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (Conférence Canadienne de consensus sur l'asthme. CMAJ 1999; 161 (Suppl 11), S1-62.).

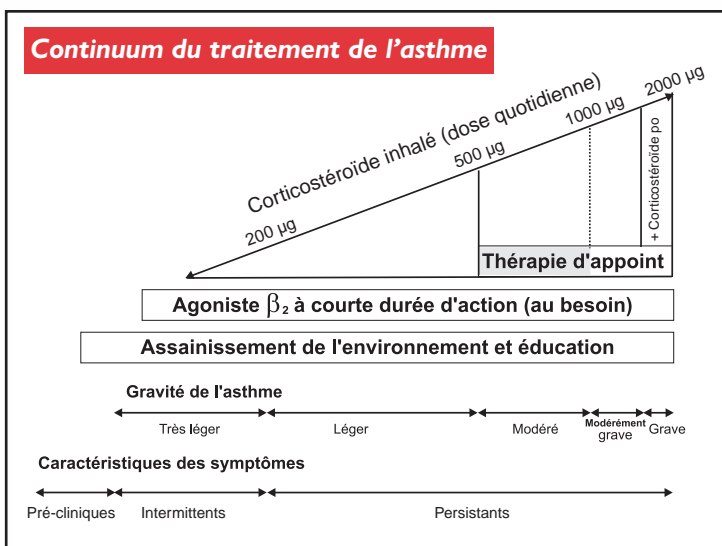
## Un plan d'action : un outil essentiel si l'on veut prévenir

L'autogestion de l'asthme doit faire partie intégrante de la prise en charge. Un plan d'action est un outil essentiel qui permettra au patient de prendre une part beaucoup plus active à son traitement, de mieux composer avec les exacerbations ou les crises d'asthme. Un plan d'action devrait être écrit, simple et adapté aux besoins du patient. Il est prescrit par le médecin et il peut être enseigné dans son application par un éducateur spécialisé. Il comprend des directives précises sur la façon de surveiller la survenue des signes d'exacerbation de l'asthme, de même que les mesures spécifiques à prendre incluant les changements ou l'ajout de nouveaux médicaments. Le plan d'action doit expliquer clairement quoi faire en cas de crise d'asthme.

Les outils ci-joints du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) vous aideront dans cette démarche.

## Vers une maîtrise optimale de l'asthme

L'enseignement et l'autogestion sur la maladie et son traitement devraient être entrepris par le médecin. Un suivi s'avère de première importance pour assurer le maintien d'une maîtrise adéquate de l'asthme. L'enseignement pourra être renforcé par d'autres professionnels de la santé d'une équipe en place ou par des éducateurs spécialisés dans des Centres d'enseignement sur l'asthme (CEA). Voir la liste page 6.



## Lignes directrices pour le continuum du traitement de l'asthme

Tout d'abord, des mesures visant à réduire ou éliminer l'exposition aux facteurs déclenchants doivent être instaurées. Un β<sub>2</sub> agoniste à courte action est requis, et si ce dernier est nécessaire plus de 3 doses/semaine (excluant 1 dose/jour avant l'exercice), un corticostéroïde en

Gouvernement du Québec, Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM). Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme. Québec : CRUM ; 2000 (Octobre). Avec la permission de l'éditeur.

# Le traitement de la pneumonie: ambulatoire et en centre de soins prolongés

par Dr Karl Weiss,

microbiologiste-infectiologue

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

La pneumonie acquise en communauté (PAC) constitue une pathologie importante pour les médecins de famille. Chaque année, 200 à 300 mille Canadiens sont atteints de PAC, 20% de ces patients doivent être hospitalisés, et environ 5% en meurent. Le pic d'incidence de la PAC survient surtout durant la saison hivernale. Contrairement à la bronchite aiguë de l'adulte où les virus sont impliqués dans la très vaste majorité des cas, la PAC est avant tout une entité où les causes bactériennes prévalent.

## Étiologie

Historiquement, on a souvent divisé les causes de la PAC entre germes dit pyogènes et germes atypiques; ces considérations sont d'ordre historique et ne reflètent plus les connaissances actuelles. En terme d'importance, le *Streptococcus pneumoniae* constitue la première cause des cas (30 à 40%) de la PAC et de la majorité des décès en résultant. Ce microbe est devenu par ailleurs de plus en plus résistant à la pénicilline et à ses dérivés au cours des dernières années.

Les autres microorganismes impliqués dans la PAC sont principalement le *Mycoplasma pneumoniae*, le *Chlamydia pneumoniae*, et l'*Haemophilus influenzae*. Il est important de souligner que certains germes tel le *Legionella* ne doivent pas être ignorés. Par ailleurs, dans environ 5 à 15 % des cas, la PAC est due à la présence concomitante de deux microorganismes : le plus souvent du *Mycoplasma pneumoniae* et du *Chlamydia pneumoniae*.

Les virus représentent environ 25 % des cas de PAC et il est impossible de distinguer cliniquement une pneumonie virale d'une pneumonie bactérienne.

## En centres de soins prolongés

Enfin, en ce qui concerne les pneumonies acquises dans les milieux de soins prolongés (CHSLD), l'étiologie ressemble beaucoup à ce qui a été décrit précédemment, néanmoins les bâtonnets Gram négatifs peuvent à l'occasion être ici la source de l'infection. On estime le risque de pneumonie dans

ce contexte à environ 1,2 épisode par 1000 jours-résidence.

L'âge très avancé, le sexe masculin, l'incapacité à avaler de façon normale ou la difficulté à absorber une médication orale sont les principaux facteurs de risque pour développer une pneumonie.

La vaccination contre l'influenza a un effet protecteur.

Les patients en centre d'accueil constituent un groupe de patients dont on pourrait dire qu'ils font partie au minimum de la classe III de la classification de Fine (voir tableau ci-contre).

## Les tests de laboratoire : utiles surtout au pronostic

Les examens biologiques, formule sanguine, tests des fonctions hépatiques et rénales, n'ont pas d'utilité pour déterminer l'étiologie de la pneumonie bactérienne ou virale. Ils devraient plutôt être utilisés comme indices pronostiques et servir par conséquent à prendre la décision d'hospitaliser ou non le patient.

Quant aux examens microbiologiques, leur rôle dans l'investigation de la PAC reste limité. La valeur de la coloration de Gram et de la culture atteint une sensibilité d'environ 60%, ce qui en fait un examen relativement peu rentable dans ces circonstances. La culture devrait plutôt être réservée aux cas de PAC nécessitant une hospitalisation.

Les examens sérologiques n'ont eux qu'une valeur épidémiologique et ne devraient pas être utiles dans le contexte d'une investigation habituelle d'une PAC.

## La radiographie, un examen clé, qui peut s'obtenir hors urgences

La radiographie pulmonaire constitue un examen clé pour le diagnostic, l'évaluation de la sévérité, le besoin d'hospitaliser ou non le patient et le suivi d'une PAC.

La présence d'une infiltration quelconque au niveau du parenchyme pulmonaire associée à une symptomatologie compatible avec un processus infectieux constitue une bonne définition de la pneumonie acquise en communauté. En effet seule la radiogra-

## Traitement : de nouvelles directives

Selon les différentes étiologies de la PAC, on doit utiliser l'antibiothérapie à couverture adéquate.

Des lignes directrices canadiennes du traitement de la pneumonie extra-hospitalière viennent d'être publiées (Clinical Infectious Diseases, August 2000) (mise à jour en novembre 2000) :

### 1) Patient traité en externe sans MPOC

- 1<sup>er</sup> choix : érythromycine  
ou azithromycine ou clarithromycine
- 2<sup>e</sup> choix : doxycycline

### 2) Patient traité en externe avec MPOC

- Pas de stéroïdes per os ou d'antibiotiques durant les 3 derniers mois
  - 1<sup>er</sup> choix : azithromycine ou clarithromycine
  - 2<sup>e</sup> choix : doxycycline
- Administration de stéroïdes per os ou d'antibiotiques durant les 3 derniers mois
  - 1<sup>er</sup> choix : moxifloxacine ou lévofloxacine.
  - 2<sup>e</sup> choix : Clavulin<sup>tm\*</sup> + macrolide  
ou céphalosporine de 2<sup>e</sup> génération  
+ macrolide
- Suspicion de macroaspiration (considérer anaérobies de la flore respiratoire). À considérer pour les patients avec certains facteurs de risque en terme d'aspiration (séquelles neurologiques importantes, troubles de la déglutition, alcoolisme, démence...)
  - 1<sup>er</sup> choix : moxifloxacine  
ou Clavulin<sup>tm\*</sup> +/- macrolide
  - 2<sup>e</sup> choix : lévofloxacine + clindamycine  
ou lévofloxacine + métronidazole

### 3) Traitement des patients résidant en centre d'accueil

- 1<sup>er</sup> choix : moxifloxacine ou lévofloxacine  
ou Clavulin<sup>tm\*</sup> + macrolide.
- L'administration d'une monothérapie (moxifloxacine ou lévofloxacine) est plus avantageuse en terme de posologie, interactions médicamenteuses et coût.
- 2<sup>e</sup> choix : céphalosporine de 2<sup>e</sup> génération  
+ macrolide

\* trihydrate d'amoxicilline et potassium de clavulanate

## **Traiter en CHSLD ou diriger à l'urgence ?**

phie permet de différencier cette entité de la bronchite aiguë. Quant aux notions d'associer la nature de l'infiltrat avec un microorganisme spécifique, une consolidation lobaire et une infection à *Streptococcus pneumoniae* par exemple, le lien n'est pas absolument clair et on ne peut à la lumière des images radiographiques déterminer l'étiologie de la PAC. De plus, la présence d'un appareil d'oxymétrie peut être fort utile dans ce contexte.

Par ailleurs, l'obtention d'une radiographie ne devrait pas d'emblée conduire les patients aux urgences des hopitaux. Les médecins traitant des patients en centre de soins prolongés pourraient plutôt prévoir des ententes avec des cliniques ou des établissements offrant un service adapté de radiographie.

### **Quand hospitaliser ?**

Pour tout patient atteint de PAC, la question essentielle à se poser est : doit-on l'hospitaliser ou non.

L'étude de Fine et al. a permis de faire quelque peu la lumière à ce sujet et les critères d'hospitalisation peuvent être catégorisés en 2 groupes : des critères cliniques (âge, statut hémodynamique ou gazométrique, désordre biologique important) ou en fonction de la présence de certaines pathologies chroniques chez le patient.

Il est clair que 3 paramètres clés ressortent dans l'évaluation de la sévérité de la pneumonie chez la personne âgée : une fréquence respiratoire > 30 / minute, une tension systolique < 90 mm Hg et la présence de confusion. Les patients présentant un de ces symptômes clés doivent impérativement être transférés vers un centre de soins aigus. Pour les autres, à moins de signes cliniques particuliers, il n'est pas clair que le lieu de traitement change de façon déterminante le pronostic. Un centre de soins prolongés disposant d'une infrastructure de soins infirmiers adéquate pouvant superviser le patient et lui administrer une thérapie parentérale pourrait continuer de traiter les patients sur place.

M.J. Fine propose dans le New England Journal of Medicine (vol. 336, numéro 4, 23 Jan. 97, pages 243-250) un outil pour évaluer la sévérité et le pronostic des pneumonies. Son indice pronostique de sévérité de la pneumonie peut aider à choisir entre un traitement en externe ou l'hospitalisation.

### **Indice pronostique de sévérité de la pneumonie**

<i>Indicateurs</i>	<i>Points</i>
--------------------	---------------

#### *Facteurs démographiques*

L'âge	
Homme	âge
Femme	âge -10
Vivant en CHSLD	10

#### *Comorbidité*

La présence d'une néoplasie	30
Une maladie hépatique	20
Une maladie cardiaque congestive	10
Une maladie cérébro-vasculaire	10
Une maladie rénale	10

#### *Résultats de l'examen physique*

Un état mental altéré inhabituel	20
Une fréquence respiratoire de plus de 30/minute	20
Une pression artérielle systolique de moins de 90 mm Hg	20
Une température >40°C ou <35°C	15
Un pouls de plus de 125/minute	10

#### *Résultats de tests de laboratoire et de radiographie*

Un pH artériel < 7.35	30
Une azotémie >11 mmol/l	20
Une natrémie <130 mmol/l	20
Une glycémie >14 mmol/l	10
Un hématoците <30%	10
Une PaO <sub>2</sub> < 60 mm Hg	10
Un épanchement pleural	10

<i>Score</i>	<i>Classe</i>	<i>Lieu de traitement suggéré</i>
0	I	externe
<70	II	externe
71-90	III	à évaluer *
91-130	IV	hôpital *
>130	V	hôpital

Selon l'étude de Fine, les patients dont les scores correspondent aux classes I et II peuvent être traités en externe et ceux de la classe III, s'ils doivent être hospitalisés, ne devraient l'être que de façon brève avec traitement en externe par la suite.

\* D'autre part, une étude de J. M. Mylotte (J Am Geriatr Soc 1998 Dec; 46(12) :1538-44) qui a appliqué cet outil auprès d'une clientèle en CHSLD tend à démontrer que pour les patients des classes III et IV, lorsque les ressources permettent un traitement parentéral et un suivi adéquat, le pronostic serait inchangé que le patient soit traité en CHSLD ou à l'hôpital.

Des études complémentaires seraient cependant souhaitables pour préciser un standard quant aux ressources minimales pour le traitement de la pneumonie en CHSLD.

### **L'urgence, facteur de risque**

Par ailleurs, il faut prendre en compte d'autres facteurs de risque que peut comporter le recours à l'urgence:

#### *-le stress relié à:*

- l'insécurité de quitter son milieu de vie,
- l'inconfort et l'énerverment du transport en ambulance,
- l'anxiété de l'attente et de la solitude,
- l'inquiétude quant au suivi de la médication habituelle,
- les inconvénients de la possible reprise d'une batterie de tests;

#### *-les risques d'infections reliés:*

- à la promiscuité habituelle à l'urgence,
- au grand nombre d'intervenants.

**Il appartient au médecin d'évaluer tous ces facteurs.**

## Centres d'enseignement sur l'asthme

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (CEA-R)

Tél.: (514) 338-2222, poste 3131  
Télé.: (514) 338-3200

Hôpital Sainte-Justine

Tél.: (514) 345-4931, poste 2775  
Télé.: (514) 345-4981

Hôpital Maisonneuve-Rosemont Pédiatrie:

Tél.: (514) 374-7940, poste 343 ou 338  
Télé.: (514) 374-8101

Adultes:

Tél.: (514) 252-3400, poste 5117  
Télé.: (514) 252-3434

CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Tél.: (514) 253-3700, poste 728  
Télé.: (514) 253-1239

Hôpital Jean-Talon

Tél.: (514) 495-6789  
Télé.: (514) 495-6788

Hôpital Santa-Cabrini

Tél.: (514) 252-6483  
Télé.: (514) 252-6491

CLSC Pointe-aux-trembles

Tél.: (514) 642-4050  
Télé.: (514) 642-5438

Hôpital général de Montréal

Tél.: (514) 937-6011, poste 2374

Hôpital de Montréal pour enfants

Tél.: (514) 934-4400, poste 3172

Institut thoracique de Montréal

Tél.: (514) 849-5201, poste 2587

CLSC Verdun/Côte-St-Paul

Tél.: (514) 766-4882, poste 271

\*\*\*

Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme consulter le site web : [www.rqea.com](http://www.rqea.com) ou composer le (450) 671-0003.

## Outils à la pratique du CRUM

L'«Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme» (adapté de la Conférence Canadienne de consensus sur l'asthme. CMAJ 1999; 161 (Suppl 11), S1-62.) et des exemplaires du dépliant «Plan d'action pour la personne atteinte d'asthme» peuvent être obtenus en communiquant avec le secrétariat du CRUM, par courriel : [secretariat.crum@ramq.gouv.qc.ca](mailto:secretariat.crum@ramq.gouv.qc.ca); par téléphone : (418) 682-5185.

## Les médicaments de soutien pour cesser de fumer sont maintenant remboursables

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2000, les produits suivants utilisés comme aide à la cessation du tabagisme sont inscrits sur la Liste de médicaments à titre de produits couverts par le régime général d'assurance médicaments:

- les timbres cutanés de nicotine de marque Nicoderm<sup>mc</sup> dont la teneur est de 7, 14 ou 21mg;

- les comprimés de Zyban<sup>mc</sup> dont la teneur est de 150 mg;

- les gommes à mâcher de marques Nicorette<sup>mc</sup> et Nicorette plus<sup>mc</sup> dont la teneur respective est de 2 mg et 4 mg, *si le patient ne peut recevoir les timbres cutanés.*

Cependant, le paiement de ces produits est soumis aux conditions qui suivent :

Durée de remboursement maximale de 12 semaines consécutives (84 jours) pour chacun des trois médicaments précités, quelle que soit la teneur prescrite.

Un seul traitement antitabagique possible avec le même médicament (durée maximale de 12 semaines) par période de 12 mois.

Ainsi, les différents traitements peuvent se succéder à l'intérieur d'une période de 12 mois, de même qu'il est possible que les comprimés de Zyban<sup>mc</sup> soient jumelés à un traitement à l'aide de timbres cutanés ou de gommes à mâcher de nicotine.

## Les lignes directrices

- ◆◆ Lignes directrices issues de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 1999 (CCCA). [www.asthmaguidelines.com](http://www.asthmaguidelines.com)

- ◆◆ Lignes directrices Canadiennes pour le traitement de la pneumonie acquise dans la communauté PAC (août 2000) publiées dans les revues des associations suivantes et disponibles sur leur site internet:

La Société canadienne de maladies infectieuses (S.C.M.I.)  
[www.cids.medical.org](http://www.cids.medical.org)

La Société de Thoracologie Canadienne  
[www.lung.ca/cts/](http://www.lung.ca/cts/)

- ◆◆ Lignes directrices sur la MPOC à venir en 2001

- ◆◆ Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), version imprimée disponible auprès de Mme Denise Larivière: (514) 528-2400, poste 3863; 30 \$.

Bulletin de l'Unité

## Maladies infectieuses

Une publication de l'Unité Maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre 1301, rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone: (514) 528-2400  
Télécopieur: (514) 528-2452  
Courriel: [blefevre@santepub-mtl.qc.ca](mailto:blefevre@santepub-mtl.qc.ca)

**Responsable de l'UMI:**  
Dr John Carsley

**Rédactrice en chef:**  
Dr Monique Letellier

**Édition et infographie:**  
Blaise Lefebvre

Collaborations spéciales:  
Dr Jean Bourbeau  
Dr Karl Weiss

**Rédaction:**  
Dr Renée Paré  
Dr Denis Roy

Numéro de convention: 1455958

ISSN 1205-9943



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre  
mandataire

Ce numéro spécial a fait l'objet d'un support financier sans condition de

**GlaxoWellcome**



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

Montréal, 11 décembre 2000

Chère lectrice, cher lecteur,

**Objet : Le «*Bulletin de l'unité Maladies infectieuses*» fera peau neuve**

Le numéro ci-joint du «*Bulletin de l'unité Maladies infectieuses*» est la dernière parution de cette publication dans sa forme actuelle.

Depuis maintenant plus de cinq ans, d'abord sous le titre de «*Lettre*» puis de «*Bulletin*», nous avons voulu fournir aux médecins et à tous les professionnels de la santé concernés une information de référence susceptible d'éveiller les préoccupations pour la santé publique et de faciliter la prévention et la protection contre les maladies infectieuses au quotidien de votre pratique professionnelle.

La formule semble avoir plu et répondu à un besoin. À partir de janvier 2001, cette information continuera de vous parvenir dans le cadre du programme «*Prévention en pratique médicale*». Bien que ce programme s'adresse d'abord aux médecins omnipraticiens, les numéros de la publication qui porteront sur les maladies infectieuses parviendront à tous celles et ceux qui recevaient auparavant le «*Bulletin*».

Nous espérons que cette nouvelle publication correspondra encore mieux à vos souhaits et vous sera un outil pratique pour lutter contre les maladies infectieuses.

Par ailleurs, à l'occasion de la Noël et de la Nouvelle Année, toute l'équipe de l'unité Maladies infectieuses vous exprime ses meilleurs vœux de bonheur et de santé.

Le responsable de l'unité Maladies infectieuses

John Carsley, M.D.

**Maladies infectieuses**

1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : (514) 528-2400  
Télécopieur : (514) 528-2452  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre  
mandataire

**DIRECTION  
DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE**

*Garder notre  
monde en santé*