

# NORMES DE QUALITÉ

## Sommaire pour l'asthme chez les enfants et les adolescents

Ce document est une ressource pour les cliniciens qui résume le contenu de la norme de qualité sur l'[Asthme chez les enfants et les adolescents](#).

### Confirmation du diagnostic d'asthme chez les enfants et les adolescents

#### Énoncé de qualité (ÉQ) 1 : Diagnostic

Les enfants de 6 ans et plus et les adolescents soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme obtiennent un test de spirométrie pour démontrer une obstruction réversible du débit d'air et, si négatif, d'autres tests de fonction pulmonaire pour confirmer le diagnostic d'asthme le plus tôt possible. Les enfants âgés de 1 à 5 ans sont diagnostiqués comme étant atteints d'asthme une fois que les signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air, nette amélioration des signes et symptômes avec les médicaments contre l'asthme et d'absence de soupçon clinique d'un autre diagnostic ont été documentés.

L'asthme est soupçonné cliniquement en présence de signes ou de symptômes d'obstruction variable du débit d'air et en l'absence de tout autre diagnostic. **Pour confirmer un diagnostic d'asthme chez les enfants âgés de 1 à 5 ans** qui ne peuvent pas subir de spirométrie et pour lesquels vous n'avez aucun soupçon clinique d'un autre diagnostic, observez et documentez ce qui suit :

- Leurs **signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air** (c.-à-d. essoufflement, pression à la poitrine, respiration sifflante ou toux)
- **Nette amélioration des signes et symptômes avec les médicaments pour l'asthme** pendant deux épisodes ou plus d'aggravation des symptômes

**Pour confirmer un diagnostic d'asthme, administrez ou commandez une [spirométrie](#) pour les enfants et les adolescents âgés de 6 ans et plus** qui sont cliniquement soupçonnés d'être atteints d'asthme. Si la spirométrie n'est pas concluante, il faut envisager la nécessité de procéder à d'autres tests de la fonction pulmonaire, comme le test de provocation à la méthacholine ou un test de la fraction expirée de monoxyde d'azote (FeNO).

L'idéal est de réaliser le test **dans un délai de 3 mois** après qu'une personne ait demandé des soins. Examinez les résultats avec le patient et ses partenaires de soins.

### Gestion de l'asthme

#### ÉQ 2 : Contrôle de l'asthme et le risque d'exacerbations

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme font régulièrement l'objet d'une évaluation structurée afin de déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme, les raisons d'un mauvais contrôle et le risque de futures exacerbations.

Les paramètres de contrôle de l'asthme chez les enfants et les adolescents comprennent des **mesures des symptômes et de la fonction pulmonaire**. Effectuez une évaluation structurée pour déterminer le niveau de contrôle des symptômes d'asthme de la personne, les raisons d'un mauvais contrôle et le risque de futures exacerbations avant de modifier la médication (voir ÉQ 3), s'il y a lieu.

Évaluez le contrôle des symptômes de l'asthme sur 4 semaines **au moins une fois par an**. Assurez-vous que la spirométrie et les autres tests de la fonction pulmonaire sont effectués, au besoin. **Informez les patients qu'ils peuvent s'attendre à vivre sans symptômes lorsque l'asthme est contrôlé.**

### ÉQ 3 : Médicaments contre l'asthme

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme reçoivent des médicaments et des dispositifs appropriés en fonction de leur âge, de leur niveau actuel de contrôle de l'asthme et le risque de futures exacerbations, y compris le début précoce d'un traitement anti-inflammatoire inhalé.

Proposez à tous les enfants et adolescents souffrant d'asthme :

- **les médicaments en fonction de leur âge, du niveau actuel de contrôle de l'asthme et du risque de futures exacerbations;**
- **les inhalateurs et les aérochambres les plus appropriés pour répondre à leurs besoins et à leur niveau de développement.**

Instaurer un corticostéroïde inhalé (CSI) à faible dose comme médicament de contrôle régulier pour les enfants et les adolescents âgés de 1 à 16 ans souffrant d'asthme qui présentent des symptômes d'asthme deux fois ou plus par semaine ou qui répondent à d'autres critères d'asthme non contrôlé (voir ÉQ 3). Les enfants de 12 ans et plus, qui ont de la difficulté à respecter un traitement quotidien CSI à faible dose malgré l'éducation et le soutien en matière d'autogestion, peuvent se voir prescrire un budésonide/formotérol (bud/form) à utiliser au besoin comme solution de rechange. N'augmentez la médication qu'après avoir traité les autres raisons d'un mauvais contrôle (voir ÉQ 2).

### ÉQ 4 : Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme et leurs partenaires de soins reçoivent de l'information sur l'autogestion et un plan d'action pour l'asthme personnalisé par écrit qui est révisé régulièrement avec un clinicien.

Offrez des renseignements sur l'autogestion de l'asthme aux enfants et adolescents atteints d'asthme et à leurs partenaires de soins. Travaillez avec eux pour créer un [plan d'action personnalisé](#) contre l'asthme qui est régulièrement révisé et qui tient compte de l'alphabétisation, de la facilité d'utilisation et de la langue.

Veillez à ce qu'ils reçoivent des renseignements sur les fournisseurs de services locaux qui peuvent les

aider à apprendre comment éviter ou réduire l'exposition aux déclencheurs et améliorer leur capacité d'autogestion (p. ex., en les orientant vers l'éducation sur l'asthme, les soins fournis par l'équipe ou les services sociaux).

### Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique et suivi après le congé de l'hôpital

#### ÉQ 5 : Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme ayant une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique.

Pour les enfants et les adolescents atteints d'asthme qui ont des indications appropriées (voir les définitions de l'ÉQ 5 dans la [norme de qualité](#)), consultez-les ou orientez-les vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique. Le clinicien de soins spécialisés doit communiquer le plan de traitement et de suivi recommandé (au besoin) au clinicien de soins primaires.

#### ÉQ 6 : Suivi après le congé de l'hôpital

Les enfants et les adolescents qui ont eu une visite à l'urgence ou qui ont été hospitalisés pour une exacerbation de l'asthme ont une évaluation de suivi dans les 2 à 7 jours suivant leur congé.

Si un enfant ou un adolescent qui a eu une exacerbation de l'asthme se retrouve à l'urgence, avant son congé, l'équipe soignante doit demander à son partenaire de soins de lui de **prendre un rendez-vous de suivi des soins primaires**. Si la personne est hospitalisée, l'équipe de soins de l'hôpital doit organiser une évaluation de suivi des soins primaires. Dans les deux cas, l'équipe de soins après le congé doit envoyer les informations de congé de la personne directement à son clinicien de soins primaires.

Après le congé de l'hôpital, **envisagez d'orienter** l'enfant ou l'adolescent vers un programme

d'éducation sur l'asthme ou vers des soins spécialisés dans ce domaine.

## Ressources

- La norme de qualité et le guide du patient sur l'[Asthme chez les enfants et les adolescents](#)
- [Guide clinique sur l'asthme pédiatrique](#) (en anglais seulement)
- [Trousse de mise en œuvre](#) des pratiques exemplaires sur l'asthme (en anglais seulement)
- [Algorithme de diagnostic et de gestion](#) de l'asthme pour les soins primaires (en anglais seulement)
- [Cours](#) : Favoriser l'autogestion par le patient au moyen d'un plan d'action contre l'asthme (en anglais seulement)

Vous trouverez des outils et ressources supplémentaires sur [Quorum](#) (en anglais seulement).

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?  
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, [info@OntarioHealth.ca](mailto:info@OntarioHealth.ca)

ISBN 978-1-4868-8870-2 (PDF)  
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025