

NORMES DE QUALITÉ

---

# Asthme

Soins dans la communauté  
destinés aux personnes  
âgées de moins de 16 ans

MISE À JOUR 2025

# Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur le diagnostic et la gestion de l'asthme chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans et met l'accent sur les soins primaires et les établissements communautaires. Elle porte sur l'orientation vers des soins spécialisés pour les enfants et les adolescents qui ont des indications caractéristiques de l'asthme sévère, mais n'aborde pas la prise en charge de l'asthme sévère dans les soins spécialisés, de l'exacerbation aiguë de l'asthme ou des soins dispensés lors de consultations à l'urgence ou d'hospitalisations.

Le [Clinical Handbook for Paediatric Asthma](#) du Provincial Council for Maternal and Child Health et du Lung Health Foundation traite des épisodes de soins pour les patients à l'urgence et une fois hospitalisé<sup>1</sup>.

Il existe une norme de qualité distincte appelée [Asthme chez les adultes](#)<sup>2</sup>.

## Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca).

# Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les enfants et les adolescents atteints d'asthme.

## Énoncé de qualité 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.

## Énoncé de qualité 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.

## Énoncé de qualité 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.

## Énoncé de qualité 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.

## Énoncé de qualité 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.

## Énoncé de qualité 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.

# Table des matières

Portée de cette norme de qualité .....	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?.....	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé .....	3
Liste des abréviations.....	5
Résumé des mises à jour 2025 .....	6
Justification de la nécessité de cette norme .....	9
Mesure à l'appui de l'amélioration .....	11
Énoncé de qualité 1 : Diagnostic .....	12
Énoncé de qualité 2 : Contrôle de l'asthme et le risque d'exacerbations.....	19
Énoncé de qualité 3 : Médicaments contre l'asthme .....	24
Énoncé de qualité 4 : Information sur l'autogestion et plan d'action pour l'asthme.....	31
Énoncé de qualité 5 : Orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique .....	35
Énoncé de qualité 6 : Suivi après le congé de l'hôpital.....	39
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité.....	43
Appendice 2 : Glossaire .....	45
Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs .....	47
Remerciements .....	50
Références .....	52
À propos de nous .....	57

# Liste des abréviations

Abréviation	Définition
<b>ACQ</b>	Asthma Control Questionnaire
<b>ACT</b>	test de contrôle de l'asthme
<b>ARL</b>	antagoniste des récepteurs des leucotriènes
<b>ATS</b>	American Thoracic Society
<b>BACA</b>	$\beta$ 2-agoniste à courte durée d'action
<b>BALD</b>	$\beta$ 2-agoniste à longue durée d'action
<b>BTS</b>	British Thoracic Society
<b>bud/form</b>	budésonide/formatérol
<b>CSI</b>	corticostéroïdes inhalés
<b>CVF</b>	capacité vitale forcée
<b>DME</b>	débit maximal expiratoire
<b>ERS</b>	European Respiratory Society
<b>FeNO</b>	fraction expirée de monoxyde d'azote
<b>IDAT</b>	outil d'évaluation des dispositifs d'inhalation
<b>LIN</b>	limite inférieure de la normale
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>ppm</b>	parties par milliard
<b>RAMO</b>	Régime de l'assurance-santé de l'Ontario
<b>SCT</b>	Société canadienne de thoracologie
<b>SIGN</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>VEM<sub>1</sub></b>	volume d'air forcé qui peut être expiré des poumons en une seconde

# Résumé des mises à jour 2025

En 2024, nous avons réalisé un examen des données probantes pour tenir compte des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique ou de celles actualisées et des évaluations des technologies de la santé publiées depuis la publication de la version originale de cette norme de qualité en 2020. Cette mise à jour fait concorder la norme de qualité avec les données cliniques les plus récentes et les pratiques actuelles en Ontario.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements apportés à la norme de qualité dans son ensemble :

- Mise à jour des liens, références secondaires et sources de données, le cas échéant;
- Mise à jour de la norme de qualité élargie pour inclure la référence au [manuel clinique](#) mis à jour (en anglais seulement)<sup>1</sup>;
- Révision des ressources connexes (c.-à-d. guide du patient, sommaire, jeu de diapositives « cas d'amélioration », spécifications techniques) afin de tenir compte des changements apportés à la norme de qualité;
- Mise à jour des données dans la section Justification de la nécessité de cette norme et dans le jeu de diapositives « cas d'amélioration », le cas échéant;
- Révision de la section des Principes directeurs et ajout d'un principe directeur sur les soins intégrés;
- Mise à jour de la terminologie partout où cela s'applique, y compris :
  - Le terme « aidant naturel » a été remplacé par « partenaire de soins »;
  - Le terme « médecin de famille ou infirmier praticien » a été remplacé par « clinicien de soins primaires »;
  - Le terme « professionnel de la santé » a été remplacé par « clinicien ».

Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements apportés aux énoncés de qualité :

- Énoncé de qualité 1 :
  - Mise à jour de l'énoncé de qualité pour remplacer « réversibilité des symptômes » par « nette amélioration des signes et symptômes »;
  - Mise à jour de la définition de *spirométrie* pour adopter une approche neutre sur le plan racial afin d'interpréter la spirométrie en tenant compte du récent énoncé de consensus de l'ATS<sup>3</sup>, et d'inclure la définition récemment mise à jour de la réversibilité du bronchodilatateur de l'ERS et de l'ATS soutenant un diagnostic d'asthme<sup>4</sup>;
  - Mise à jour de la définition des *autres tests de fonction pulmonaire* pour inclure les tests de la FeNO.

- Énoncé de qualité 2 :
  - Mise à jour de l'énoncé de qualité pour inclure une évaluation du risque de futures exacerbations et une définition connexe;
  - Mise à jour de la définition de *contrôle des symptômes* pour réduire l'objectif de la fréquence des symptômes diurnes et du besoin de médicaments de secours de < 4 jours par semaine et < 4 doses par semaine à ≤ 2 jours par semaine et ≤ 2 doses par semaine, respectivement;
  - Modification de la définition de *fonction pulmonaire* pour souligner que les tests de la FeNO ne sont pas recommandés pour surveiller le contrôle de l'asthme et le risque de futures exacerbations;
  - Mise à jour de la définition de *au moins une fois par an* pour harmoniser les critères de surconsommation du BACA aux lignes directrices de 2021 mises à jour de la SCT<sup>5,6</sup>.
- Énoncé de qualité 3 :
  - Mise à jour de l'énoncé de qualité pour ajouter « risque de futures exacerbations » et une brève définition faisant référence à la définition complète dans l'Énoncé de qualité 2 ;
  - Mise à jour de la définition de *pharmacothérapie et dispositifs appropriés* pour inclure des considérations sur l'utilisation d'inhalateurs à faible émission de carbone en accord avec la recommandation de Choisir avec soin et l'énoncé de principe de la SCT<sup>7,8</sup>, et pour souligner l'importance du partage des décisions;
  - Mise à jour de la définition de *pharmacothérapie et dispositifs appropriés* ainsi que de l'énoncé du public « Pour les cliniciens » pour harmoniser l'approche progressive des médicaments aux lignes directrices de 2021 mises à jour de la SCT et les lignes directrices de 2024 du BTS, du NICE et du SIGN<sup>5,6,9</sup>, et pour souligner les décisions partagées.
- Énoncé de qualité 4 :
  - Mise à jour de la définition d'*information sur l'autogestion* pour inclure des considérations pour les soins virtuels ou les systèmes informatisés de soutien à la décision, en tenant compte des lignes directrices de 2024 du BTS, du NICE et du SIGN<sup>9</sup>.
- Énoncé de qualité 5 :
  - Mise à jour de la définition des *indications appropriées* pour l'orientation aux soins spécialisés de l'asthme pédiatrique afin d'aligner le critère sur le nombre de visites aux services d'urgence et d'hospitalisations au cours d'une période de 12 mois avec les lignes directrices de 2021 et les lignes directrices de 2024 de la SCT, du BTS, du NICE et du SIGN<sup>5,9</sup>.

- Énoncé de qualité 6 :
  - Ajout du « consensus du comité consultatif » comme source en raison du manque de recommandations dans les lignes directrices mises à jour;
  - Mise à jour de la définition d'*évaluation de suivi* pour inclure l'orientation vers un programme d'éducation sur l'asthme, ainsi qu'aux soins pédiatriques spécialisés pour l'asthme pour les enfants et les adolescents qui ont été hospitalisés ou qui ont nécessité un traitement en soins intensifs.

# Justification de la nécessité de cette norme

L'asthme est une affection inflammatoire chronique des voies respiratoires dans les poumons. Chez les personnes atteintes d'asthme, les voies respiratoires s'enflamment et s'obstruent, généralement parce qu'elles réagissent de façon excessive à des facteurs internes et externes, communément appelés déclencheurs (par exemple, des allergènes, des irritants)<sup>10,11</sup>. Ces personnes éprouvent généralement de la difficulté à respirer, sont essouffées, ressentent une pression à la poitrine, ont une respiration sifflante (la respiration produit un sifflement dans les voies respiratoires), produisent des expectorations (mucus) ou toussent. Ces symptômes peuvent être épisodiques ou persistants. Comme pour bon nombre de maladies chroniques, la cause de l'asthme n'est pas connue avec certitude, mais on pense qu'il se développe à partir d'interactions entre des facteurs génétiques et environnementaux comme des antécédents familiaux d'asthme et l'exposition à la fumée, à la pollution atmosphérique ou aux vapeurs ou aux particules<sup>12,13</sup>.

En Ontario, on estime que environ 2,5 millions de personnes étaient atteintes d'asthme en 2022/23<sup>14</sup>. Bien que l'asthme touche des personnes de tous âges, l'incidence de l'asthme est plus élevée chez les enfants; en 2022/23, elle était le plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans dans une proportion de 24 enfants pour 1 000, par rapport à 3 personnes pour 1 000 pour toutes les tranches d'âge combinées.<sup>15</sup> L'asthme est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les enfants au Canada, avec près d'un demi-million de personnes de moins de 20 ans vivant avec la maladie en 2022/23, et plus de 60 % des cas prévalents survenant chez des personnes de moins de 15 ans<sup>14</sup>. Ces dernières années, l'incidence de l'asthme en Ontario (soit le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées chaque année) a diminué pour toutes les tranches d'âges combinées. Elle est ainsi passée de près de 8 nouveaux cas pour 1 000 personnes en 2000/01 à 3 pour 1 000 personnes en 2022/23<sup>15</sup>. De même, puisque les gens vivent généralement plus longtemps, la prévalence de l'asthme en Ontario (soit le nombre de personnes qui vivent avec la maladie) a continué à augmenter pour toutes les tranches d'âges combinées. Elle est ainsi passée d'environ 114 pour 1 000 personnes en 2000/01 à 156 pour 1 000 personnes en 2022/23<sup>14</sup>. L'incidence et la prévalence varient considérablement dans l'ensemble de la province. Ainsi, en 2022/23, la région de l'Est a eu le taux de prévalence d'asthme le plus élevé, tandis que la région de Toronto a eu le taux de prévalence le plus faible<sup>14,15</sup>.

Bien que l'asthme ne puisse pas être guéri, la plupart des gens peuvent le contrôler en utilisant des médicaments de contrôle appropriés, comme des CSI, et en réduisant leur exposition aux déclencheurs. Les soins de l'asthme visent principalement à aider les personnes à contrôler leur asthme et à réussir à maintenir ce contrôle, ce qui réduira le risque d'exacerbation (une poussée ou crise d'asthme) et améliorera leur santé et leur qualité de vie en général<sup>10</sup>. Les lignes directrices actuelles indiquent qu'avec une prise en charge appropriée dans le cadre des soins primaires, la plupart des personnes atteintes d'asthme devraient pouvoir vivre sans symptômes. Les exacerbations qui exigent la prise de corticostéroïdes oraux, une consultation à l'urgence ou une hospitalisation doivent généralement être vues comme un échec dans la prise en charge de l'asthme. Tout décès dû à l'asthme devrait être jugé évitable<sup>5,6</sup>.

Toutefois, on estime que 50 % des personnes atteintes d'asthme au Canada contrôlent mal leur asthme, ce qui entraîne des réductions inutiles de la qualité de vie et des maladies et des décès

évitables<sup>16,17</sup>. En Ontario, environ 90 personnes meurent chaque année de l'asthme (il y a eu 1 704 décès entre 2000 et 2018<sup>18</sup>). Le taux de mortalité toutes causes confondues, ajusté en fonction de l'âge et du sexe pour les personnes atteintes d'asthme, est plus élevé que pour l'ensemble de la population (en 2008, il y a notamment eu 852 décès pour 100 000 personnes atteintes d'asthme contre 640 pour 100 000 personnes dans la population en général<sup>19,20</sup>).

L'asthme non contrôlé contribue également à une plus grande utilisation des soins de santé et à des coûts élevés du point de vue des soins de santé. Il a été démontré que l'utilisation globale des services de santé pour les personnes atteintes d'asthme est beaucoup plus élevée pour les personnes dont l'asthme est non contrôlé<sup>21</sup>. Elle est également particulièrement élevée dans l'année précédant les décès liés à l'asthme<sup>9,11</sup>. Au Canada, l'asthme est la cause la plus fréquente d'hospitalisation d'enfants et, d'après le nombre d'absences scolaires, de consultations à l'urgence et d'hospitalisations, c'est l'une des principales causes de morbidité due aux maladies chroniques chez les enfants et les adolescents<sup>11,22</sup>. L'âge est également un facteur important. Ainsi, en Ontario, les taux d'hospitalisation liés à l'asthme, de consultations à l'urgence et de demandes de remboursement au titre du RAMO sont beaucoup plus élevés chez les très jeunes enfants (moins de 5 ans) et les jeunes enfants (5 à 9 ans) que chez les enfants plus âgés et les adolescents<sup>11,23</sup>. En 2022/23, il y a eu plus de 12 000 consultations aux services d'urgence spécifiquement pour l'asthme<sup>24</sup> et plus de 5 000 hospitalisations spécifiques à l'asthme chez les personnes de 14 ans et moins en Ontario<sup>25</sup>.

L'asthme est également associé à des coûts indirects importants pour la société, comme l'absentéisme à l'école et au travail<sup>13</sup>. Les personnes asthmatiques sont plus susceptibles d'avoir d'autres maladies et états chroniques, comme le diabète, l'hypertension et des troubles de l'humeur ou de l'anxiété<sup>26,27</sup>. Par conséquent, elles connaissent souvent une qualité de vie inférieure par rapport à la population générale, y compris une baisse de la productivité au travail chez les aidants d'enfants asthmatiques<sup>28</sup>. La présence de comorbidités peut également aggraver les symptômes de l'asthme ou l'asthme en tant que tel, entravant ainsi une prise en charge appropriée de l'asthme<sup>29</sup>. Le fardeau économique de l'asthme en Ontario (soit les coûts directs des soins de santé plus les coûts sociaux indirects) a été estimé à 1,8 milliard de dollars en 2011<sup>30</sup>. Les coûts directs de l'asthme pour l'économie canadienne devraient atteindre 4,2 milliards de dollars par année d'ici 2030<sup>31</sup>.

Ces données mettent en évidence les possibilités d'améliorer la gestion de l'asthme. Par exemple, les taux d'hospitalisation plus élevés chez les plus jeunes enfants (moins de 5 ans) sont liés aux difficultés de diagnostic et de traitement de l'asthme dans cette tranche d'âge; aucun test objectif n'est disponible pour confirmer un diagnostic d'asthme chez les enfants de moins de 6 ans, en particulier parce que les enfants de ce groupe d'âge ne peuvent pas effectuer de tests de la fonction pulmonaire<sup>5,28,32</sup>. Mais ces hospitalisations sont vues comme étant largement évitables grâce à l'amélioration du diagnostic et de la gestion de l'asthme dans les établissements de soins primaires et communautaires. Cette norme vise à aider les cliniciens à diagnostiquer l'asthme de façon appropriée, à reconnaître et à traiter l'asthme non contrôlé, à augmenter ou à réduire la médication afin qu'elle soit optimale, à donner à donner aux enfants et aux adolescents atteints d'asthme et à leurs partenaires de soins les moyens de s'autogérer en utilisant un plan d'action pour l'asthme et à favoriser des transitions sûres et efficaces dans les soins. L'amélioration de la qualité des soins pour l'asthme peut aider les enfants et les adolescents à mieux contrôler leur maladie, ce qui leur permettra de prévoir les exacerbations aiguës, les consultations à l'urgence, les admissions à l'hôpital et les décès.

# Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité pour l'asthme a cerné neuf indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux enfants et adolescents atteints d'asthme en Ontario.

## Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de  $\geq 6$  à  $\leq 15$  ans atteints d'asthme incident dont le diagnostic est confirmé par des tests de la fonction pulmonaire
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de  $\geq 6$  à  $\leq 15$  ans atteints d'asthme qui ont terminé un test de la fonction pulmonaire au cours des douze derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui sont allés à l'urgence pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui ont été hospitalisés pour une raison spécifique à l'asthme au cours des douze derniers mois

## Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de jeunes enfants âgés de  $\geq 1$  à  $\leq 5$  ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme dont le diagnostic d'asthme est confirmé après la documentation des signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air et l'amélioration claire de ces signes ou symptômes avec des médicaments
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement (quotidien) régulier avec anti-inflammatoire inhalé
- Nombre moyen de jours sans symptômes d'asthme pendant les quatre dernières semaines chez les enfants et les adolescents atteints d'asthme
- Nombre moyen de jours d'absence de l'école ou du travail pour cause d'asthme au cours des quatre dernières semaines

# Énoncé de qualité 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.

Sources : British Thoracic Society, National Institute for Health and Care Excellence et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2024<sup>9</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2021a<sup>5</sup> | European Respiratory Society, 2021<sup>33</sup> | National Heart, Lung, and Blood Institute et National Institutes of Health, 2020<sup>34</sup> | Santé Ontario, 2024<sup>35</sup> | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004<sup>12</sup>

## Définitions

**Soupçonné cliniquement d'être atteint d'asthme** : 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 (voir les définitions ci-dessous). La présence d'autres affections atopiques (par exemple, eczéma, allergie alimentaire, rhinite allergique) chez l'enfant ou chez les autres membres de la famille doit également être évaluée lorsque l'asthme est soupçonné.

**Spirométrie** : Le test de fonction pulmonaire préféré pour diagnostiquer l'asthme. Il permet d'évaluer l'obstruction du débit d'air et sa réversibilité<sup>5</sup>. Le test mesure le débit d'air comme un rapport entre le volume d'air forcé qui peut être expiré des poumons en une seconde ( $VEM_1$ ), soit le volume d'air expiré pendant la première seconde de la mesure de la capacité vitale forcée (CVF), et la CVF, qui est le volume d'air expiré après avoir inspiré le plus profondément possible (point d'inspiration maximal). Les résultats sont présentés en pourcentage de la valeur prévue ou en valeur absolue, pour chaque volume, à comparer avec la limite inférieure de la normale (LIN). Le rapport  $VEM_1/CVF$  est calculé à partir des valeurs absolues. Les valeurs de référence pour interpréter le test sont généralement basées sur l'âge, le sexe et la taille.

Traditionnellement, la race a également été prise en compte dans les valeurs de référence de la spirométrie, sur la base théorique que les différences biologiques entre les races influencent la fonction pulmonaire attendue. Toutefois, la race est une construction sociale dynamique qui englobe

des valeurs, des structures et des pratiques, plutôt qu'une construction biologique bien définie. De plus, des données récentes montrent que des déterminants sociaux tels que le statut socioéconomique et l'éducation sont plus fortement corrélés à la fonction pulmonaire que la race<sup>36</sup>. Par conséquent, l'utilisation de la race pour établir des valeurs de référence normalise involontairement les désavantages historiques, socioéconomiques et autres subis par les personnes des groupes racisés, ce qui peut perpétuer et amplifier les inégalités fondées sur la race et le racisme structurel. Pour aborder ce problème, l'ATS a élaboré un énoncé de consensus, approuvée par l'ERS, qui conclut que la race et l'ethnicité ne devraient plus être considérées comme des facteurs dans l'interprétation des résultats de la spirométrie<sup>3</sup>. Au contraire, une approche neutre sur les plans racial et ethnique pour l'interprétation de la spirométrie, utilisant des équations de référence moyennes (p. ex. l'équation moyenne de l'Initiative mondiale sur la fonction pulmonaire), favorise l'équité en santé et réduit au minimum les répercussions négatives sur les personnes issues de groupes racisés<sup>3,36,37</sup>. La SCT, l'ATS et les autres sociétés de soins respiratoires ont collaboré pour réaliser un examen complet des données probantes, explorer les implications cliniques de l'utilisation de la race et de l'ethnicité dans l'interprétation des tests de fonction pulmonaire, et déterminer un certain nombre de lacunes dans la recherche dans ce domaine, suggérant que des recherches continues sont nécessaires pour approfondir notre compréhension des implications de ce changement dans les valeurs de référence pour les personnes issues de groupes racisés<sup>38</sup>.

La spirométrie doit être effectuée avant et après l'administration d'un bronchodilatateur inhalé. Un rapport  $VEM_1/CVF$  avant l'administration du bronchodilatateur qui donne un résultat inférieur à la LIN (environ  $< 0,80$  à  $0,90$ ) indique une obstruction du débit d'air. Une augmentation post-bronchodilatateur du  $VEM_1$  ou CVF d'au moins 12 % par rapport à la valeur de base, ou de 10 % de la normale prévue du  $VEM_1$  ou CVF, soutient un diagnostic d'asthme<sup>4,39</sup>. La nouvelle définition d'un changement de 10 % de la normale prévue du  $VEM_1$  ou CVF est le seuil préféré pour définir la réponse au bronchodilatateur; toutefois, l'adoption de ce changement prendra du temps en raison des mises à jour nécessaires des logiciels, de l'équipement et des algorithmes d'interprétation. Un énoncé de position de la SCT sur l'adoption de cette nouvelle définition, avec des considérations pour la population canadienne, est actuellement en cours d'élaboration. Un test de spirométrie négatif n'exclut pas l'asthme, surtout lorsque l'asthme est contrôlé, en raison de la faible sensibilité du test. Dans de tels cas, des tests supplémentaires de la fonction pulmonaire sont nécessaires pour confirmer le diagnostic d'asthme. Dans les situations où les personnes ne peuvent pas effectuer le test de spirométrie, elles pourront être orientées vers des soins spécialisés pour l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 5).

**Autres tests de la fonction pulmonaire :** En Ontario, les tests suivants sont recommandés pour confirmer un diagnostic d'asthme<sup>5</sup> :

- les **tests de provocation** sont une autre méthode utilisée pour diagnostiquer l'asthme lorsque la spirométrie est négative. Ils évaluent l'hypersensibilité et l'hyperréactivité des voies respiratoires. Les tests de provocation, également appelés tests de provocation bronchique, comme le test de provocation à la méthacholine. Les tests de provocation à la méthacholine ne devraient pas être effectués dans les semaines qui suivent une infection active. En présence de symptômes cliniques continus, un test de provocation à la méthacholine négatif peut être le plus utile pour exclure l'asthme<sup>40</sup>. En fonction de leur durée d'action, les bronchodilatateurs ne devraient pas être

utilisés avant le test. S'il n'y a aucun danger, le traitement par CSI ne doit pas être pris pendant 4 à 8 semaines avant le test pour supprimer l'effet anti-inflammatoire sur les voies respiratoires<sup>40</sup>;

- la **mesure du DME** évalue la présence d'une variation du débit d'air sur une période de deux semaines. Une variation du DME supérieure à 20 % permet de diagnostiquer l'asthme;
- La **FeNO** est présente en plus grande quantité lorsque les voies respiratoires sont enflammées. Le test de la FeNO devrait être considéré comme un test complémentaire, des niveaux de  $\geq 35$  ppb soutenant un diagnostic d'asthme. Une FeNO de  $< 35$  ppb n'exclut pas l'asthme. Les niveaux de FeNO peuvent également être affectés (diminués) par le tabagisme ou à la suite d'un traitement systémique ou par CSI<sup>33</sup>.

**Dès que possible** : effectuer une spirométrie, suivie d'autres tests de la fonction pulmonaire si la spirométrie est négative, pour confirmer le diagnostic d'asthme le plus rapidement possible et dans un délai maximal de trois mois après qu'une personne ait demandé des soins pour ses symptômes respiratoires. Un essai de médicament peut être envisagé si les tests ne peuvent être effectués de manière fiable ou rapide, mais les tests de confirmation devront quand même être effectués, quel que soit le résultat de l'essai de médicament<sup>5</sup>. De même, les enfants plus âgés et les adolescents ayant reçu un diagnostic d'asthme avant l'âge de 6 ans sans test objectif devraient être réévalués au moyen du test de la fonction pulmonaire pour confirmer le diagnostic.

**Signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air** : inclut l'essoufflement, la pression à la poitrine, la respiration sifflante ou la toux; La présence de signes et de symptômes respiratoires doit être évaluée à l'aide d'un historique clinique structuré et d'un examen physique, avant d'être indiquée dans le dossier médical.

Les symptômes respiratoires caractéristiques de l'asthme vont souvent<sup>11,41</sup> :

- inclure plus d'un symptôme (par exemple, essoufflement, pression à la poitrine, respiration sifflante, toux);
- varier en intensité ou dans le temps (par exemple, pire la nuit ou au petit matin);
- se produire fréquemment ( $\geq 2$  jours par semaine ou  $\geq 8$  jours par mois);
- être causés par des allergènes (par exemple, acariens, squames d'animaux, blattes, pollen, moisissures), des irritants (par exemple, infections, fumée, produits chimiques, exercice, températures extrêmes, orages) ou d'autres déclencheurs (par exemple, rhinite, sinusite, reflux gastro-œsophagien, réactions aux aliments et aux médicaments, rire, changements hormonaux pendant l'adolescence).

**Nette amélioration des signes et symptômes avec les médicaments pour l'asthme** : le diagnostic de l'asthme chez les enfants et les adolescents est mieux étayé par la preuve de la réversibilité de l'obstruction du débit d'air obtenue en utilisant la spirométrie pré- et post-bronchodilatation chez ceux qui peuvent subir le test. Les enfants de 1 à 5 ans ne peuvent généralement pas subir de spirométrie et, dans ce groupe d'âge, une nette amélioration – ou, idéalement, une résolution complète – des signes et symptômes peut être directement observée et documentée par un médecin

ou un autre clinicien formé. Un diagnostic clinique d'asthme peut être confirmé à la suite d'une amélioration de l'état découlant de la prise de médicaments contre l'asthme, sans doute clinique d'autre diagnostic (voir la définition ci-dessous). Une nette amélioration des signes et symptômes peut être observée chez les enfants présentant des épisodes récurrents ( $\geq 2$ ) d'aggravation des signes et symptômes de type asthmatique, sur la base des éléments suivants :

- **Respiration sifflante lors de l'examen** : l'observation directe d'une amélioration de l'état de l'enfant après l'utilisation d'un bronchodilatateur inhalé (avec ou sans corticostéroïdes oraux) constitue la méthode préférée pour confirmer le diagnostic.
- **Aucune respiration sifflante lors de l'examen, avec des symptômes fréquents ou une aggravation modérée ou sévère** : penser à un essai de médicament d'une durée de trois mois avec une dose moyenne de CSI prise chaque jour et, au besoin, un BACA. L'autre méthode utilisée pour confirmer le diagnostic comporte l'amélioration évidente et constante de la fréquence et de la gravité des symptômes ou des exacerbations.
- **Aucune respiration sifflante lors de l'examen, avec des symptômes peu fréquents et de légères exacerbations** : surveiller et réévaluer l'état lorsque la personne sera symptomatique. Une autre solution consiste à donner un essai de médication avec BACA selon les besoins et à utiliser un rapport convaincant des parents indiquant une réaction rapide et répétée au BACA comme méthode de diagnostic moins fiable.

**Autre diagnostic** : Un autre diagnostic devrait être envisagé chez les enfants et les adolescents symptomatiques, qui ne montrent pas d'amélioration nette des signes et symptômes avec les médicaments contre l'asthme et dont la spirométrie et d'autres tests de la fonction pulmonaire sont normaux. Cela comprend, mais ne se limite pas à, ce qui suit :

- anomalies des voies aériennes (par exemple, trachéomalacie, bronchomalacie);
- maladies cardiaques congénitales (par exemple, cardiopathies congénitales);
- affections caractérisées par des difficultés respiratoires (par exemple, essoufflement, hyperventilation, anxiété, essoufflement à l'effort en raison d'une mauvaise condition cardiopulmonaire);
- affections pulmonaires congénitales (par exemple, fibrose kystique, dyskinésie ciliaire primitive (DCP));
- troubles digestifs (par exemple, reflux gastro-œsophagien, maladie gastro-intestinale éosinophilique);
- infections (par exemple, pneumonie bactérienne, coqueluche, tuberculose, dysfonction immunitaire);
- maladie pulmonaire obstructive chronique sévère (par exemple, bronchectasie);
- infections des voies aériennes supérieures (par exemple, rhumes et toux récurrents, rhinovirus);
- dysfonction des cordes vocales (par exemple, fonction paroxystique des cordes vocales).

S'il y a une incertitude diagnostique persistante, une orientation à un spécialiste devrait être envisagée (voir l'Énoncé de qualité 5).

## Justification

En Ontario, le nombre de spirométrie et d'autres tests de la fonction pulmonaire pour diagnostiquer l'asthme est en augmentation, mais pas encore de manière systématique. Selon les données administratives disponibles sur la santé, environ la moitié des personnes de 7 ans et plus reçoivent un test de fonction pulmonaire dans l'année précédant ou dans les 2,5 ans suivant la date de leur incident pour confirmer leur diagnostic<sup>42</sup>. La majorité des enfants de 6 ans et plus peuvent subir une spirométrie (le test de fonction pulmonaire préféré pour diagnostiquer l'asthme). Tout doit être mis en œuvre pour confirmer le diagnostic d'asthme par des tests de la fonction pulmonaire, en particulier si des changements dans l'état de l'enfant suggèrent qu'il pourrait être en mesure de subir des tests.

L'asthme est souvent diagnostiqué en fonction des symptômes et des antécédents, sans spirométrie ni autre test de la fonction pulmonaire<sup>17,19</sup>. Il existe un risque de mauvais diagnostic lorsque l'obstruction réversible du débit d'air n'est pas confirmée par un test de la fonction pulmonaire<sup>17,19</sup>. L'asthme est souvent mal diagnostiqué chez les adolescents qui présentent des symptômes liés à l'exercice physique qui peuvent être causés par d'autres maladies associées à des difficultés respiratoires ou à la toux<sup>41</sup>. Les enfants et les adolescents dont le diagnostic d'asthme n'est pas étayé par un test de la fonction pulmonaire sont moins susceptibles de recevoir un médicament approprié et pourront donc être plus exposés à une exacerbation de l'asthme si celui-ci n'est pas traité correctement<sup>10</sup>.

Chez les enfants de 1 à 5 ans qui présentent des symptômes récurrents de type asthmatique ou des exacerbations, même si ceux-ci sont déclenchés par des infections virales, le diagnostic de l'asthme doit être envisagé<sup>5</sup>. Chez ces enfants, il peut être difficile de diagnostiquer l'asthme, car ils sont souvent incapables de subir le test de la fonction pulmonaire et parce que les symptômes respiratoires épisodiques (c'est-à-dire respiration sifflante et toux) liés à d'autres maladies respiratoires sont fréquents dans cette tranche d'âge<sup>28,41</sup>. Le diagnostic de l'asthme chez les enfants de ce groupe d'âge doit être établi en fonction des signes ou des symptômes d'obstruction des voies respiratoires observés et documentés et d'une réponse clinique cohérente aux médicaments contre l'asthme suggérant une nette amélioration des signes et symptômes, en l'absence de doute clinique d'un autre diagnostic<sup>5,10</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents soupçonnés d'être atteints d'asthme

Si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus et qu'il est essoufflé, a une sensation de serrement à la poitrine ou une respiration sifflante ou qu'il tousse, le clinicien doit s'assurer que votre enfant a subi un test de la fonction pulmonaire avant d'établir un diagnostic d'asthme. Comme il se peut que vous deviez attendre un certain temps pour ces tests, votre enfant pourra peut-être devoir commencer à

prendre des médicaments immédiatement pour l'aider à respirer. Une fois que les résultats de votre enfant sont disponibles, le clinicien de soins primaires de votre enfant les examinera avec vous.

Si votre enfant a moins de 6 ans, il se peut qu'il ne soit pas en mesure de faire les tests de fonction pulmonaire. Pour savoir si votre enfant est atteint d'asthme, le clinicien qui s'occupe de votre enfant fera ce qui suit :

- vérifier sa respiration et ses symptômes;
- prescrire un médicament contre l'asthme pour voir si cela aide votre enfant;
- vérifier si ses symptômes sont dus à autre chose que l'asthme.

## Pour les cliniciens

Administrer ou demander une spirométrie pour les enfants et les adolescents de 6 ans et plus qui sont soupçonnés cliniquement d'être atteint d'asthme afin de confirmer un tel diagnostic. En raison de la faible sensibilité de la spirométrie dans le diagnostic de l'asthme, il faut envisager la nécessité d'effectuer des tests supplémentaires de la fonction pulmonaire tels que le test de provocation à la méthacholine ou le test de la FeNO si la spirométrie n'est pas concluante. Les tests doivent être effectués le plus rapidement possible, idéalement dans un délai maximal de trois mois après qu'une personne ait demandé à être soignée en raison de symptômes respiratoires. Une fois les résultats disponibles, ils doivent être examinés avec les patients et leurs partenaires de soins. Des délais d'attente plus longs ne devraient pas dissuader les cliniciens d'ordonner et de demander des tests appropriés de la fonction pulmonaire pour confirmer un diagnostic d'asthme. Documenter les signes et les symptômes d'une obstruction variable du débit d'air tirés des antécédents cliniques, des examens physiques et des mesures objectives comme base de diagnostic de l'asthme<sup>9</sup>.

En général, les enfants de moins de 6 ans ne sont pas en mesure d'effectuer un test de fonction pulmonaire précis<sup>12</sup>. Pour confirmer un diagnostic d'asthme chez des enfants 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, il faut observer et documenter les signes ou symptômes d'obstruction du débit d'air (c'est-à-dire essoufflement, pression à la poitrine, respiration sifflante ou toux) et les améliorations qu'apportent les médicaments contre l'asthme pendant deux ou plusieurs épisodes d'aggravation des symptômes avec signes semblables à ceux de l'asthme.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les tests de fonction pulmonaire soient disponibles et accessibles localement pour les enfants et les adolescents de 6 à 15 ans. Veiller à ce que les cliniciens dans les établissements de soins primaires et communautaires soient au courant de la disponibilité locale des tests de la fonction pulmonaire<sup>9</sup> et puissent demander les tests appropriés pour les enfants et les adolescents soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme, y compris la spirométrie, le test de la FeNO et les tests de provocation, sans avoir à consulter d'abord pour obtenir des soins spécialisés pour l'asthme. Assurer la disponibilité locale du test de la FeNO pour une utilisation de concert avec la spirométrie<sup>35</sup>. Veiller à ce que la spirométrie soit effectuée dans le cadre d'un programme d'assurance qualité par des cliniciens qualifiés<sup>9,13</sup>. S'assurer que les cliniciens de soins primaires aient les connaissances et les compétences nécessaires pour diagnostiquer cliniquement l'asthme chez les enfants de 1 à 5 ans.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de  $\geq 6$  à  $\leq 15$  ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme qui ont subi des tests de la fonction pulmonaire dans les trois mois suivant la prise en charge de leurs symptômes respiratoires
- Pourcentage d'enfants âgés de  $\geq 1$  à  $\leq 5$  ans soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme dont le diagnostic d'asthme est confirmé après la documentation de signes ou de symptômes d'obstruction des voies respiratoires et une amélioration claire de ces signes ou symptômes avec un médicament contre l'asthme
- Disponibilité locale des tests de la fonction pulmonaire

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 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.

Sources : British Thoracic Society, National Institute for Health and Care Excellence et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2024<sup>9</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2021a<sup>5</sup>, 2021b<sup>6</sup> | National Heart, Lung, and Blood Institute et National Institutes of Health, 2020<sup>34</sup> | Santé Ontario, 2024<sup>35</sup> | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004<sup>12</sup>

## Définitions

**Évaluation structurée pour déterminer le niveau de contrôle de l'asthme** : Les paramètres de contrôle de l'asthme chez les enfants et les adolescents comprennent des mesures des symptômes et de la fonction pulmonaire.

### *Contrôle des symptômes*

Le contrôle des symptômes au cours des quatre semaines précédentes doit être évalué au moins une fois par an à l'aide de questionnaires et d'outils de contrôle des symptômes validés (par exemple, le Asthma Quiz for Kidz<sup>43</sup>, ACT<sup>11</sup>, ACQ<sup>44</sup>) afin d'évaluer les critères suivants<sup>5</sup> :

- symptômes diurnes (objectif :  $\leq 2$  jours par semaine pour les enfants de 6 ans et plus;  $< 2$  jours par semaine pour les enfants de moins de 6 ans);
- symptômes nocturnes (objectif :  $< 1$  nuit par semaine, et des symptômes légers);
- fréquence du besoin de médicaments de sauvetage ou de secours (objectif :  $\leq 2$  doses par semaine pour les enfants de 6 ans et plus;  $< 2$  doses par semaine pour les enfants de moins de 6 ans);
- activité physique (objectif : normale);
- absence du travail ou de l'école en raison de l'asthme (objectif : aucune).

La fréquence et la gravité des exacerbations (objectif : peu fréquentes et légères) doivent être évaluées depuis la dernière consultation médicale pendant laquelle elles ont été constatées<sup>5,45</sup>.

## **Fonction pulmonaire**

Pour les enfants de 6 ans et plus, la fonction pulmonaire doit être évaluée grâce à la spirométrie et à d'autres tests de la fonction pulmonaire selon les besoins (1) au début du traitement; (2) après trois à six mois de traitement afin de déterminer et de documenter la réponse au traitement et le meilleur VEM<sub>1</sub> de la personne; et (3) annuellement pour une évaluation continue du contrôle de l'asthme et du risque d'exacerbation<sup>11</sup>. Il est très courant d'observer une fonction pulmonaire normale chez les enfants entre deux exacerbations. Ceux qui ont un bon contrôle des symptômes avec une fonction pulmonaire anormale persistante doivent être orientés vers des soins pédiatriques spécialisés dans l'asthme<sup>46</sup>. Les mesures suivantes de la fonction pulmonaire doivent être évaluées :

- VEM<sub>1</sub> (objectif  $\geq 90$  % du meilleur résultat personnel);
- Si la spirométrie ne peut être utilisée, la variation dans la mesure du DME diurne peut être utilisée pour les enfants et les adolescents de 12 ans et plus (objectif :  $< 10$  % à  $15$  %)<sup>5</sup>.

Sur la base des preuves et des technologies actuelles, le test de la FeNO n'est pas recommandé pour surveiller le contrôle de l'asthme et le risque d'exacerbations<sup>5,9,35</sup>.

**Au moins une fois par an** : le contrôle des symptômes et les raisons éventuelles d'un mauvais contrôle doivent être évalués au moins une fois par année par une évaluation structurée, et même plus fréquemment, dans les cas suivants : (1) lors de chacune des consultations médicales liées pour de l'asthme; (2) après une grave exacerbation des symptômes; (3) lors d'un changement de traitement; (4) lorsqu'un schéma de surconsommation de BACA est décelé pendant l'année (défini comme  $> 2$  inhalateurs BACA utilisés dans un an)<sup>5</sup>; (5) avant la période pendant laquelle l'asthme du patient serait la plus symptomatique (c'est-à-dire alors qu'il serait susceptible d'être le plus exposé à des infections virales et à des allergènes) ou pendant cette période; et (6) en cas de besoins de santé complexes. Dans certains cas, une rencontre téléphonique ou virtuelle peut suffire pour évaluer le contrôle des symptômes de l'asthme. La fonction pulmonaire doit être évaluée au moins une fois par an, comme cela est décrit ci-dessus.

**Raisons d'un mauvais contrôle** : Les cliniciens doivent examiner les raisons suivantes pour expliquer tout mauvais contrôle, puisque ces facteurs peuvent augmenter le risque d'exacerbations plus graves de l'asthme et contribuer à une mauvaise qualité de vie :

- une adhésion inadéquate à la médication de contrôle (par exemple, sous-utilisation des CSI en raison des effets secondaires, des attitudes et des objectifs du traitement de l'asthme ou coût trop élevé);
- une technique d'inhalation incorrecte;
- l'exposition à des déclencheurs d'allergies et à des irritants (par exemple, rhumes, fumée de cigarette ou de feu de forêt, vapeurs de cigarettes électroniques, cannabis inhalé, parfums ou senteurs, produits chimiques);
- des comorbidités symptomatiques (par exemple, rhinite, rhinosinusite chronique, reflux gastro-œsophagien, obésité, apnée obstructive du sommeil, dépression, anxiété)<sup>5,11</sup>;

- les répercussions des déterminants sociaux de la santé et les difficultés d'accès à l'aide pour faire face à ces répercussions (par exemple, l'éducation, l'emploi, l'ethnicité et la culture, le soutien familial et social, le logement, la situation géographique, le revenu, le transport et l'accès aux soins).

**Risque de futures exacerbations :** Les personnes présentant un des facteurs de risque suivants courent un risque significativement plus élevé d'exacerbation de l'asthme<sup>5,6,11</sup> :

- Antécédents d'une exacerbation sévère de l'asthme nécessitant des stéroïdes systémiques, une visite aux services d'urgence ou une hospitalisation;
- Asthme incontrôlé;
- Surconsommation de BACA (utilisation de > 2 inhalateurs en 1 an);
- Consommation actuelle de tabac ou vapotage.

## Justification

Le contrôle de l'asthme et le risque de futures exacerbations devraient être évalués au moins une fois par an en soins primaires<sup>5,6,9</sup>. L'évaluation du contrôle est une lacune importante dans la prise en charge des personnes atteintes d'asthme. Un audit longitudinal de la pratique des soins primaires en Ontario en 2012 et 2013 a révélé que seulement 15 % des patients (âgés de 16 ans ou plus) avaient subi une évaluation afin de déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme au moins une fois pendant la période de l'audit<sup>47</sup>. Les cliniciens ont évalué le contrôle des symptômes de l'asthme avec au moins une question tirée des recommandations des lignes directrices dans seulement 6 % des consultations (261 sur 4 122 consultations). Dans de tels cas, ils ont posé en moyenne 1,6 des cinq questions recommandées. Ils ont posé des questions sur les symptômes diurnes dans 61 % des consultations avec évaluation du contrôle de l'asthme, sur la fréquence à laquelle le médicament de secours est utilisé (45 %), sur les symptômes nocturnes (27 %), sur les limitations imposées à l'activité physique (23 %) et sur l'absentéisme scolaire ou professionnel (4 %). Les cinq questions n'ont été posées que dans 1,5 % (n = 4) de ces consultations<sup>47</sup>.

L'écart se creuse également entre la pratique actuelle et l'évaluation annuelle recommandée de la fonction pulmonaire (voir la définition dans cet énoncé). Le pourcentage de personnes atteintes d'asthme (6 ans et plus) ayant reçu des soins pour l'asthme et ayant subi un test de la fonction pulmonaire pendant la même année a diminué de plus de la moitié en Ontario, passant de 10,3 % en 2000/01 à 4,5 % en 2022/23<sup>42</sup>. (Les données pour l'exercice 2022/23 peuvent être incomplètes en raison de l'algorithme utilisé sur 2 ans pour identifier l'asthme, ce qui signifie que les chiffres peuvent changer. De plus, en raison de la sous-utilisation observée des services de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19 qui a débuté en 2020/21, les données saisies pendant cette période peuvent être sous-estimées).

En plus des taux élevés de soins à l'urgence et d'hospitalisations, l'asthme non contrôlé chez les enfants est également associé à une réduction de la santé cardiovasculaire, à des absences à l'école et à une moins bonne qualité de vie en raison de l'état de santé<sup>28</sup>. Bon nombre de raisons d'un contrôle insuffisant peuvent être corrigées puisque l'asthme non contrôlé est le plus souvent associé à

l'inobservance du traitement avec médicaments, à une mauvaise utilisation de l'inhalateur, à l'absence de diagnostic objectif (voir l'Énoncé de qualité 1) et à une mauvaise gestion des comorbidités<sup>5,6</sup>. Ces raisons, et d'autres, peuvent être déterminées et réglées afin d'aider les enfants et les adolescents à contrôler et à gérer leur asthme. Les enfants et les adolescents considérés comme susceptibles d'être atteints d'asthme non contrôlé doivent également faire l'objet d'une évaluation précise de la gravité de leurs symptômes, suivie d'une orientation appropriée (par exemple, vers des soins d'urgence, un rendez-vous de suivi ou des soins spécialisés pour l'asthme, y compris des tests d'allergie [voir l'Énoncé de qualité 5])<sup>5,12</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Un clinicien devrait voir votre enfant au moins une fois par an pour vérifier son asthme. Si votre enfant a une grave crise d'asthme ou s'il change de médicament, il se peut que son clinicien doive le voir plus souvent. Lors de ces rendez-vous, il doit expliquer comment votre enfant devrait se sentir lorsque son asthme est bien contrôlé et vous poser à vous et à votre enfant des questions à propos des éléments suivants :

- les symptômes d'asthme de votre enfant et ce qui les aggrave;
- l'utilisation des médicaments de votre enfant;
- toute autre chose qui pourrait affecter la façon dont votre enfant se sent.

Vous pouvez contribuer en faisant un suivi de ces détails entre les rendez-vous.

### Pour les cliniciens

Aviser les patients qu'ils peuvent s'attendre à vivre sans symptômes lorsque l'asthme est bien contrôlé. Évaluer régulièrement et au minimum une fois par an le contrôle des symptômes de l'asthme selon les critères recommandés. L'évaluation structurée doit déterminer le niveau de contrôle des symptômes de l'asthme de la personne, toutes les raisons d'un mauvais contrôle et le risque de futures exacerbations afin qu'ils puissent être traités avant de penser à modifier la médication (voir l'Énoncé de qualité 3). Dans la mesure du possible, s'assurer que la spirométrie et les autres tests de la fonction pulmonaire nécessaires sont effectués de la façon décrite ci-dessus.

L'asthme peut apparaître pour la première fois à l'adolescence (généralement au début des menstruations), ou s'aggraver ou s'améliorer, au milieu des changements physiques, émotionnels, cognitifs et sociaux rapides qui se produisent pendant cette période. Par conséquent, une surveillance étroite est nécessaire afin que le dosage des médicaments puisse être modifié pour conserver le contrôle de l'asthme au dosage efficace le plus bas possible<sup>41</sup>.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les personnes atteintes d'asthme soient informées qu'elles peuvent s'attendre à vivre sans symptômes lorsque leur asthme est bien contrôlé. Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les établissements de soins primaires et

communautaires pour que les cliniciens puissent évaluer, au moins une fois par année et selon les critères recommandés, le contrôle des symptômes de l'asthme, les raisons d'un mauvais contrôle et le risque de futures exacerbations. Assurer la disponibilité et l'accessibilité locales des tests de la fonction pulmonaire afin de surveiller le contrôle de l'asthme.

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme ayant fait l'objet d'une évaluation structurée au cours des six derniers mois
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents de  $\geq 6$  à  $\leq 15$  ans atteints d'asthme ayant subi une exploration fonctionnelle respiratoire au cours des douze derniers mois

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 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.

Sources : British Thoracic Society, National Institute for Health and Care Excellence et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2024<sup>9</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2021a<sup>5</sup>, 2021b<sup>6</sup>

## Définitions

**Médicaments et appareils appropriés** : tous les enfants et adolescents dont le diagnostic d'asthme est confirmé doivent se voir offrir des médicaments adaptés à leur niveau actuel de contrôle de l'asthme ainsi que les inhalateurs et les aérochambres les plus appropriés pour répondre à leurs besoins. (Une aérochambre est un long tube muni d'une valve qui peut être fixé à un aérosol-doseur pour faciliter la prise du médicament sous forme inhalée). Des inhalateurs à faible émission de carbone (p. ex. inhalateur de poudre sèche) contenant des médicaments ayant une efficacité comparable devraient être envisagés lorsque qu'ils sont disponibles<sup>7,8</sup>. Une approche de prise de décision partagée qui tient compte de la sécurité, du coût et des avantages environnementaux des solutions de rechange aux aérosols-doseurs émetteurs de gaz à effet de serre puissants, ainsi que de la technique d'inhalation du patient et du débit ou de la pression inspiratoire requis pour une délivrance adéquate du médicament, devrait être adoptée. Les enfants doivent passer à une aérochambre avec embout buccal dès que leur niveau de développement le leur permet (par exemple, à partir de 4 ans)<sup>12</sup>. La technique d'utilisation de l'inhalateur doit être évaluée (par exemple, en utilisant l'IDAT)<sup>48</sup> pour identifier les besoins changeants au fur et à mesure que les enfants et les adolescents grandissent et se développent<sup>12</sup>.

Les doses de médicaments que prennent les enfants et les adolescents qui présentent un ou plusieurs des critères pour l'asthme non contrôlé doivent être augmentées afin de les aider à reprendre le contrôle, mais seulement après avoir tenu compte des raisons ayant entraîné le mauvais contrôle (par exemple, en donnant des conseils sur l'élimination de l'exposition à la fumée du tabac et du cannabis, la prévention ou l'abandon du tabac et l'évitement des allergènes ou l'immunothérapie [si elle est indiquée]). Les raisons d'un mauvais contrôle comprennent, sans s'y limiter, les symptômes de comorbidité, l'exposition aux déclencheurs (par exemple, les allergènes du rhume, la fumée de cigarette, la vapeur des cigarettes électroniques), une mauvaise technique d'utilisation de l'inhalateur, une dépendance excessive au médicament de secours ou de soulagement avec une utilisation inadéquate ou intermittente des médicaments de contrôle.

L'utilisation intermittente de stéroïdes inhalés à faible dose ou à dose moyenne uniquement lors d'exacerbations déclenchées par un virus chez les enfants et les adolescents n'est pas recommandée en raison du manque de preuves que cette stratégie soit la meilleure méthode pour maintenir le contrôle de l'asthme<sup>5</sup>. Si l'asthme reste incontrôlé après le passage aux CSI à dose moyenne (quotidienne) pour les enfants de 1 à 11 ans, ou de dose moyenne régulière des CSI avec un BALD ou des CSI avec un ARL pour les adolescents de 12 ans et plus, il faudra penser à consulter un spécialiste pour l'asthme pédiatrique ou à orienter le patient vers un tel spécialiste<sup>5</sup>.

Une fois que l'enfant ou l'adolescent atteint d'asthme a réussi à contrôler sa maladie en prenant quotidiennement son médicament de contrôle pendant au moins trois mois, sa médication doit ensuite être réduite à la plus faible dose efficace nécessaire pour garder le contrôle sur la maladie, prévenir les exacerbations et minimiser les effets secondaires.

Les médicaments doivent être offerts à un niveau plus ou moins élevé, selon le cas, de la façon suivante :

### ***Enfants âgés de 1 à 5 ans***

- **Étape 1** : les enfants qui ont des symptômes légers et peu fréquents (< 8 jours par mois) et aucune exacerbation ou de légères exacerbations (c'est-à-dire qui n'ont pas à utiliser de corticostéroïdes oraux de secours, n'ont pas besoin de se rendre à l'urgence ou d'être hospitalisés et dont les exacerbations ne durent ni quelques heures ni quelques jours) devraient se voir offrir un médicament de soulagement, au besoin, sous forme d'un BACA<sup>5</sup>.
- **Étape 2** : les enfants qui ont des symptômes persistants ( $\geq$  8 jours par mois) ou des exacerbations modérées à graves (c'est-à-dire une aggravation des symptômes lorsqu'ils prennent un BACA seulement qui exige la prise de corticostéroïdes oraux doivent se rendre à l'urgence ou être hospitalisés) doivent se voir offrir un anti-inflammatoire en inhalation régulier (quotidien) sous forme de CSI à faible dose avec un BACA de soulagement au besoin<sup>5</sup>.
- **Étape 3** : si l'enfant n'obtient pas une réponse appropriée avec un CSI quotidien à faible dose, il devrait se voir offrir un CSI à dose moyenne avec un BACA de soulagement au besoin. Si la réponse reste inadéquate, envisagez un ARL, également connu sous le nom de montélukast, en plus de la dose moyenne de CSI. Donner l'ARL pour une période d'essai de 8 à 12 semaines (sauf s'il y a des effets secondaires), puis arrêter si cela s'avère inefficace<sup>9</sup>. Une orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique devra être envisagée si la réponse reste insuffisante.

### ***Enfants âgés 6 à 11 ans***

- **Étape 1** : les enfants qui présentent des symptômes moins de deux fois par semaine et qui n'ont aucun facteur de risque d'exacerbation peuvent utiliser, au besoin, un médicament inhalé de secours à courte durée d'action sous forme d'un BACA<sup>5,6</sup>.

- **Étape 2** : les enfants qui présentent des symptômes deux fois par semaine ou plus pendant la journée ou qui répondent à d'autres critères pour l'asthme non contrôlé doivent se voir offrir un anti-inflammatoire régulier (quotidien) inhalé sous forme de CSI à faible dose avec BACA de soulagement au besoin<sup>5,6</sup>. L'utilisation quotidienne d'un anti-inflammatoire oral sous forme d'un ARL avec un médicament de soulagement BACA au besoin constitue un traitement de deuxième intention de l'étape 2 moins efficace<sup>49</sup>.
- **Étape 3** : les enfants dont l'asthme n'est pas contrôlé et qui prennent déjà un traitement anti-inflammatoire inhalé au quotidien sous forme de CSI à faible dose devraient se voir offrir un CSI quotidien à dose moyenne avec un BACA de soulagement au besoin<sup>5,6</sup>. Une orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique devra être envisagée si la réponse reste insuffisante.
- **Étape 4** : si l'enfant n'obtient pas une réponse suffisante avec un CSI quotidien à dose moyenne, il devrait se voir offrir une des deux options suivantes dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'asthme pédiatrique (ou en consultation avec un tel établissement) : (1) passer à un traitement quotidien combiné avec anti-inflammatoires inhalés et médicaments de secours à longue durée d'action sous forme de CSI et de BALD à dose moyenne; ou (2) continuer à prendre un CSI à dose moyenne et ajouter un anti-inflammatoire oral quotidien sous forme de ARL.

### **Adolescents de 12 ans et plus**

- **Étape 1** : Les adolescents qui présentent des symptômes moins de deux fois par semaine, ont par ailleurs un asthme bien contrôlé et qui n'ont aucun facteur de risque d'exacerbation peuvent utiliser, au besoin, un médicament inhalé de secours à courte durée d'action sous forme d'un BACA<sup>5,6</sup>.
- **Étape 2** : Les adolescents qui présentent des symptômes deux fois par semaine ou plus ou qui répondent à d'autres critères pour l'asthme non contrôlé doivent se voir offrir un anti-inflammatoire régulier (quotidien) inhalé sous forme de CSI à faible dose avec un médicament de soulagement BACA au besoin<sup>5,6,9,50</sup>. Un bud/form au besoin peut être une autre option aux CSI à faible dose avec des BACA au besoin pour les adolescents qui éprouvent des difficultés à respecter une faible dose quotidienne de CSI malgré l'éducation et le soutien à l'autogestion<sup>6</sup>. L'utilisation quotidienne d'un anti-inflammatoire oral sous forme d'un ARL avec un médicament de soulagement BACA au besoin constitue un traitement de deuxième intention de l'étape 2<sup>5,6</sup>.
  - Pour les adolescents dont l'asthme est bien contrôlé, mais qui présentent un risque d'exacerbation significativement plus élevé, le bud/form au besoin est considéré comme une solution de rechange équivalente à un faible dosage de CSI avec un médicament de soulagement composé de BACA au besoin pour la thérapie de première ligne à cette étape<sup>6</sup>.

- **Étape 3** : Les adolescents dont l'asthme n'est pas contrôlé par l'utilisation quotidienne d'un anti-inflammatoire inhalé sous forme de CSI à faible dose doivent se voir offrir une combinaison quotidienne d'anti-inflammatoire inhalé et de médicament de soulagement à longue durée d'action combiné à faible dose (c'est-à-dire un CSI/ BALD) avec un médicament de soulagement BACA au besoin. Ceux qui ont un asthme incontrôlé tout en utilisant le bud/form au besoin peuvent également passer à une utilisation quotidienne de ce médicament. Les thérapies de deuxième intention de l'étape 3 comprennent la prise quotidienne continue d'un CSI à faible dose et l'ajout d'un ARL quotidien ou le recours à un CSI à dose moyenne<sup>5,6</sup>.
- **Étape 4** : Les adolescents dont l'asthme n'est pas contrôlé par une combinaison quotidienne d'anti-inflammatoire inhalé et de médicament de soulagement à longue durée d'action sous forme de CSI/BALD à faible dose doivent se voir offrir un CSI/BALD quotidien à dose moyenne avec un BACA au besoin, ou peut être changé en thérapie de maintenance et de soulagement par bud/form à la même dose de CSI de maintien. Les thérapies de deuxième intention de l'étape 4 comprennent la prise quotidienne continue d'un CSI/BALD à faible dose et l'ajout quotidien d'un ARL ou la prise quotidienne continue d'un CSI/BALD à faible dose et l'ajout quotidien de tiotropium<sup>5,6</sup>.
- **Étape 5** : Les adolescents dont l'asthme n'est pas contrôlé même s'ils utilisent quotidiennement les médicaments de l'étape 4 doivent se voir offrir un CSI/BALD à forte dose pris quotidiennement (avec BACA ou bud/form au besoin en tant que médicament de soulagement) et doivent être orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme, comme un spécialiste peut prescrire des médicaments connus qui transforment une vie comme étant des produits biologiques (voir l'Énoncé de qualité 5)<sup>5,6</sup>.

La réduction du dosage des médicaments peut être tentée une fois que la personne atteinte d'asthme a gardé le contrôle pendant au moins trois à six mois.

Les enfants et adolescents, y compris les jeunes enfants, soupçonnés cliniquement d'être atteints d'asthme, mais dont la maladie n'a pas encore été confirmée par un test de la fonction pulmonaire, peuvent se voir prescrire un essai de médicament si les tests ne peuvent être effectués de manière fiable ou rapide, mais le test de fonction pulmonaire devrait tout de même être effectué le plus rapidement possible, quel que soit le résultat de cet essai (voir l'Énoncé de qualité 1)<sup>5</sup>.

**Contrôle de l'asthme** : Les paramètres comprennent la mesure des symptômes et de la fonction pulmonaire, comme ils sont décrits dans l'Énoncé de qualité 2.

**Risque de futures exacerbations** : Cela inclut les facteurs de risque spécifiques au patient tels que décrits dans l'Énoncé de qualité 2.

# Justification

La gestion de l'asthme vise à contrôler la maladie et, ce faisant, à prévenir ou à minimiser le risque de complications et de décès à court et à long terme<sup>5</sup>. Puisque l'asthme non contrôlé est généralement associé à une dépendance excessive aux médicaments de secours ou de soulagement et à une utilisation inadéquate des médicaments de contrôle, la prestation de soins conforme aux recommandations d'augmentation de la dose des médicaments peut contribuer à améliorer le contrôle de l'asthme.

Cependant, la médication appropriée en tant que composante de la gestion de l'asthme dépend souvent d'autres éléments clés d'un traitement de haute qualité comme l'évaluation régulière du contrôle de l'asthme, des raisons d'un mauvais contrôle et le risque de futures exacerbations (voir l'Énoncé de qualité 2) et l'utilisation de plans d'action pour l'asthme combiné à l'éducation sur l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 4)<sup>11</sup>. Par conséquent, les discussions à propos des médicaments et des appareils entre la personne atteinte d'asthme, ses partenaires de soins et son clinicien devraient favoriser l'autonomisation du patient, les décisions partagées et l'autogestion. Il peut s'agir de discussions sur les préférences du patient et de ses partenaires de soins, comme ses objectifs, ses croyances et ses préoccupations en ce qui concerne l'asthme et les médicaments, ses préférences à propos des stratégies qui lui permettront de bien contrôler sa maladie et de réduire le risque d'exacerbation de l'asthme (tout en tenant compte des caractéristiques ou du phénotype individuels), ainsi que sur des questions pratiques comme la technique à utiliser avec l'inhalateur, le contrôle de l'observance du traitement et le caractère abordable des médicaments<sup>11</sup>. Des facteurs dont l'importance varie au fur et à mesure que les enfants grandissent peuvent influencer sur les types de médicament et d'inhalateur prescrits. Ces facteurs comprennent la commodité, le prix, la facilité d'utilisation de l'appareil, la portabilité, la stigmatisation de l'asthme, l'influence des pairs et la préférence personnelle ou culturelle pour un appareil spécifique. Les adolescents courent un risque particulièrement élevé de mal contrôler leur asthme s'ils ont du mal à accepter la nécessité de prendre des médicaments de contrôle<sup>12</sup>.

La nécessité d'améliorer les connaissances des prescripteurs à propos de l'augmentation ou de la réduction optimale de la dose de médicament contre l'asthme continue à être un élément important d'une prescription appropriée. En dépit des recommandations en ce qui concerne le début précoce d'un traitement anti-inflammatoire inhalé et l'augmentation ou la diminution de la dose de médicament anti-inflammatoire en fonction du niveau de contrôle de l'asthme du patient, un audit longitudinal de la pratique en Ontario a révélé d'importantes lacunes dans les médicaments offerts aux adultes atteints d'asthme<sup>47</sup>. Il est probable que des lacunes similaires existent dans la prise en charge des enfants et des adolescents atteints d'asthme.

## La signification de cet énoncé de qualité

### **Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme**

La plupart des personnes atteintes d'asthme peuvent vivre sans symptômes si elles utilisent régulièrement leur inhalateur de contrôle et évitent autant que possible les déclencheurs. Le clinicien qui s'occupe de votre enfant devrait travailler avec vous et votre enfant pour décider quels

médicaments et appareils pour l'asthme seraient les plus efficaces pour lui. Pendant cette discussion, il devrait :

- expliquer à votre enfant à quel moment il doit utiliser son inhalateur et lui montrer comment s'en servir;
- demander à votre enfant de lui montrer comment il utilise ses inhalateurs pour s'assurer que vous et votre enfant avez confiance lorsque l'enfant les utilise.

Il existe de nombreux types de médicaments contre l'asthme. Si les symptômes d'asthme de votre enfant persistent malgré vos médicaments actuels, demandez au clinicien de soins primaires de votre enfant ou à un autre clinicien d'essayer une autre dose ou un autre médicament contre l'asthme. Au moment d'exécuter les ordonnances, le pharmacien vous apprendra à vous et à votre enfant à utiliser le médicament et répondra à toutes vos questions. Il est important que votre enfant prenne son médicament de contrôle tous les jours, si le clinicien de soins primaires l'a ainsi prescrit.

Votre enfant doit toujours avoir son inhalateur de secours avec lui. Parlez à ses enseignants, aux autres éducateurs à l'école ou au personnel de l'école ou du service de garde de l'asthme de votre enfant et des médicaments dont il a besoin.

## Pour les cliniciens

Prescrire des médicaments selon le niveau de contrôle de l'asthme de la personne et le risque de futures exacerbations, et prescrire une aérochambre si des médicaments doivent être administrés à l'aide d'un aérosol-doseur. N'augmenter le dosage du médicament, selon les étapes décrites dans les définitions de cet énoncé, qu'après avoir tenu compte des autres raisons d'un mauvais contrôle (voir l'Énoncé de qualité 2)<sup>5,6</sup>. Commencer par un CSI à faible dose comme médicament de contrôle régulier pour les enfants et d'adolescents âgés de 1 à 16 ans ayant un diagnostic d'asthme confirmé qui présentent des symptômes d'asthme deux fois ou plus par semaine ou qui répondent à d'autres critères pour l'asthme non contrôlé<sup>5,6</sup>. Les enfants de 12 ans et plus, qui ont de la difficulté à respecter un traitement quotidien de CSI à faible dose malgré l'éducation et le soutien en matière d'autogestion, peuvent se voir prescrire un bud/form à utiliser au besoin comme solution de rechange. Pour les adolescents dont l'asthme est bien contrôlé, mais qui présentent un risque considérablement plus élevé de futures exacerbations, le bud/form au besoin est considéré comme une solution de rechange équivalente à une faible dose de CSI avec un médicament de soulagement composé de BACA au besoin pour le traitement de première ligne.

Au moment de prescrire de donner des médicaments contre l'asthme, donnez des instructions claires à propos du moment et de la façon d'utiliser la médication et le système de distribution de façon appropriée. Enseigner la bonne technique d'utilisation de l'inhalateur et d'une aérochambre lorsqu'un aérosol-doseur est prescrit et demander aux gens de montrer comment ils utilisent leur inhalateur pour s'assurer qu'ils utilisent une technique appropriée. (Cette technique d'éducation des patients est appelée la « réexplication »). Un outil de conversation validé au point de service, tel que l'[outil d'aide à la prise de décision](#), peut être utilisé avec des patients de 12 ans et plus atteints d'asthme léger et leurs partenaires de soins pour soutenir la prise de décision partagée lors du choix entre un traitement quotidien de CSI à faible dose et un traitement au besoin avec bud/form.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les établissements de soins primaires et communautaires pour que les cliniciens puissent prescrire les médicaments et les appareils appropriés selon le niveau de contrôle de l'asthme. Veiller à ce que les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme puissent avoir accès aux médicaments et aux appareils les plus appropriés pour l'enfant et avoir les moyens d'y accéder.

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui présentent une ou plusieurs indications appropriées et auxquels on a prescrit un traitement (quotidien) régulier avec anti-inflammatoire inhalé
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents dont l'asthme n'est pas contrôlé et pour qui toutes les raisons de leur mauvais contrôle ont déjà été abordées
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents dont l'asthme n'est pas contrôlé et dont le dosage des médicaments a été augmenté après que les raisons ayant entraîné leur mauvais contrôle aient été abordées

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 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.

Sources : British Thoracic Society, National Institute for Health and Care Excellence et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2024<sup>9</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2021a<sup>5</sup> | L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004<sup>12</sup>

## Définitions

**Éducation sur l'autogestion** : éducation adaptée aux besoins d'apprentissage de la personne et donnée par un clinicien qualifié. Elle devrait comprendre de l'information et du soutien à propos des questions suivantes<sup>13</sup> :

- l'observance du traitement (par exemple, les effets secondaires, attitudes et objectifs associés au traitement de l'asthme, le caractère abordable des médicaments et des appareils);
- l'appareil utilisé pour administrer les médicaments et la technique à utiliser avec l'inhalateur;
- la façon de déterminer et d'éviter ou de réduire l'exposition aux déclencheurs d'allergies et aux irritants (par exemple, squames d'animaux, moisissures, rhume, émanations, fumées, pollution de l'air, températures extrêmes, produits chimiques, parfums et odeurs);
- la prévention et l'abandon du tabagisme pour la personne atteinte d'asthme et les autres personnes qui vivent avec elle (par exemple, vapotage, tabac, cannabis);
- les répercussions des comorbidités sur les symptômes de l'asthme et l'importance de les gérer (par exemple, rhinite, rhinosinusite chronique, reflux gastro-œsophagien, obésité, apnée obstructive du sommeil, dépression, anxiété)<sup>5,11</sup>;
- l'éducation des enfants plus âgés et des adolescents afin qu'ils prennent en charge de manière autonome tous les soins possibles, selon leur âge, et le soutien offert aux partenaires de soins pour qu'ils transmettent progressivement la responsabilité de la prise en charge à l'enfant;
- l'utilisation de débitmètres pour débit de pointe lorsque cela est indiqué pour les enfants de 12 ans et plus.

Pour que les personnes soient en mesure de gérer elles-mêmes leur asthme, les cliniciens qui donnent de l'éducation et du soutien sur l'autogestion doivent tenir compte des déterminants sociaux de la santé et de la situation de chacune des personnes (par exemple, l'éducation, l'emploi, l'origine ethnique et la culture, le soutien familial et social, le logement, la situation géographique, le revenu, le transport et l'accès aux soins). L'éducation à l'autogestion peut être dispensée en personne ou virtuellement, et peut être soutenue davantage par des systèmes d'aide à la décision informatisés adaptés à l'utilisation par les patients, comme [Electronic Asthma Management System](#) (eAMS) (en anglais seulement)<sup>9</sup>.

**Plan d'action pour l'asthme** : un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme (parfois appelé PAA) est fourni en même temps que l'éducation sur l'autogestion. Ce plan comprend généralement trois « zones » (semblables aux couleurs des feux de circulation, soit vert, jaune et rouge) pour décrire le niveau de contrôle de l'asthme. Il comprend un ensemble d'instructions qui ont été écrites en collaboration avant d'être expliquées et remises à la personne atteinte d'asthme ou à son ou ses partenaires de soins pour leur fournir de l'aide à propos des éléments suivants :

- comment évaluer le contrôle de l'asthme (autosurveillance);
- comment garder un bon contrôle et prévenir les exacerbations de l'asthme en utilisant régulièrement des médicaments de contrôle;
- comment reconnaître les signes, symptômes ou le débit de pointe indiquant un asthme non contrôlé;
- que faire pendant les périodes d'asthme non contrôlé, par exemple ajouter des médicaments ou augmenter la dose des médicaments, la quantité de médicaments à prendre et pendant combien de temps, et comment et à quel moment demander de l'aide (par exemple, quand appeler son clinicien ou se rendre à l'hôpital).

**Révision régulière** : le plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme doit être revu lors de chacune des consultations associées à l'asthme, après une grave exacerbation des symptômes, lorsqu'il y a un changement dans le niveau de contrôle ou dans le traitement, ou au moins une fois par an.

**Clinicien** : de nombreux types de cliniciens peuvent jouer un rôle dans l'élaboration et la révision des plans d'action pour l'asthme et dans l'éducation sur l'autogestion. Les plans d'action peuvent être fournis par des cliniciens de soins primaires, comme les médecins de famille ou les infirmiers praticiens, ou par des pneumologues, des pédiatres, des allergologues et d'autres médecins. Les infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens et tout autres cliniciens qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme peuvent également examiner les plans d'action pour l'asthme et fournir une éducation sur l'autogestion.

## Justification

Fournir de l'éducation sur l'autogestion à propos de la technique à utiliser avec l'inhalateur, tout comme les plans d'action personnalisés écrits sur l'asthme qui renforcent la compréhension des médicaments et sont régulièrement revus par un clinicien, peut améliorer grandement la gestion de

l'asthme et les effets sur la santé<sup>5,16,51</sup>. Dans la pratique actuelle, l'éducation sur l'autogestion est peu utilisée et les patients se voient rarement remettre des plans d'action écrits pour l'asthme<sup>16,52</sup>. Ainsi, lors d'une enquête effectuée en 2004, seuls 22 % des médecins canadiens avaient déclaré remettre régulièrement des plans d'action écrits pour l'asthme, alors que 11 % des patients ont dit en avoir reçu un<sup>16</sup>. Lors d'un examen des dossiers de soins primaires en Alberta, seuls 2 % des patients avaient un plan d'action pour l'asthme<sup>53</sup>.

Les enfants plus âgés et les adolescents atteints d'asthme doivent être préparés, éduqués et responsabilisés par les cliniciens afin qu'ils puissent s'occuper eux-mêmes des soins associés à leur asthme et les partenaires de soins doivent obtenir du soutien afin de pouvoir transférer progressivement cette responsabilité à leur enfant.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Le clinicien qui s'occupe de votre enfant devrait vous aider, vous et votre enfant, à lui apprendre à gérer son asthme. Il doit travailler avec vous et votre enfant pour créer un plan d'action pour l'asthme. Ce plan décrit :

- les médicaments de votre enfant et la façon de les prendre;
- ce que votre enfant peut faire chaque jour pour rester en santé;
- ce que votre enfant doit si ses symptômes s'aggravent.

Vous pouvez partager une copie du plan d'action pour l'asthme de votre enfant avec tout autre clinicien et son école ou sa garderie.

### Pour les cliniciens

Au moment de prescrire des médicaments, donner de la formation sur l'autogestion de l'asthme aux enfants et aux adolescents atteints d'asthme et à leurs partenaires de soins, et travailler avec eux afin de créer un plan d'action écrit et personnalisé pour l'asthme qui tient compte de l'alphabétisation, de la facilité d'utilisation et du langage des utilisateurs. Veiller à ce qu'ils reçoivent de l'information sur les fournisseurs de services locaux et soient orientés vers ces derniers puisqu'ils peuvent les aider à apprendre comment éviter ou réduire l'exposition aux déclencheurs et améliorer leur capacité d'autogestion (par exemple, en les orientant vers l'éducation sur l'asthme, les soins fournis par l'équipe ou les services sociaux).

Lorsque vous donnez les médicaments à des enfants et des adolescents atteints d'asthme, assurez-vous qu'ils sont conformes au plan d'action pour l'asthme et examinez ce plan avec eux ou avec leurs partenaires de soins.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les établissements de soins primaires et communautaires pour que les cliniciens puissent fournir et revoir

les plans d'action pour l'asthme et l'éducation sur l'autogestion avec les enfants et les adolescents atteints d'asthme et leurs partenaires de soins. Veiller à ce que les enfants et les adolescents atteints d'asthme et leurs partenaires de soins aient accès à des cliniciens formés en matière d'autogestion de l'asthme et des plans d'action pour l'asthme, y compris, mais sans s'y limiter, les inhalothérapeutes et autres cliniciens qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme.

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui ont déjà reçu de l'éducation sur l'autogestion de l'asthme dispensée par un clinicien qualifié
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui ont reçu un plan d'action personnalisé par écrit pour l'asthme
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui disposent d'un plan d'action personnalisé par écrit et qui l'ont fait réviser au cours des douze derniers mois

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 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.

Sources : British Thoracic Society, National Institute for Health and Care Excellence et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2024<sup>9</sup> | Société canadienne de thoracologie, 2021a<sup>5</sup> | European Respiratory Society, 2021<sup>33</sup>

## Définitions

**Indications appropriées :** Une orientation vers des services spécialisés de traitement de l'asthme pédiatrique peut être envisagée pour l'une des raisons suivantes :

- l'incapacité de la personne à subir des tests de la fonction pulmonaire;
- l'incertitude diagnostique (par exemple, avoir une spirométrie obstructive, mais une réversibilité bronchodilatatrice négative, des symptômes qui suggèrent l'asthme, mais une spirométrie négative et une variabilité négative du débit de pointe)<sup>33</sup>;
- résultats anormaux persistants après les tests de la fonction pulmonaire malgré un bon contrôle des symptômes;
- comorbidité soupçonnée ou autre diagnostic nécessitant des soins spécialisés;
- absence de réaction à une augmentation de la médication de contrôle (par exemple, symptômes fréquents [ $\geq 8$  jours par mois] malgré une dose moyenne quotidienne de CSI [de 200 à 250  $\mu\text{g}$  pour les enfants de 1 à 5 ans, de 201 à 400  $\mu\text{g}$  pour les enfants de 6 à 11 ans ou de 251 à 500  $\mu\text{g}$  pour les enfants et les adolescents de 12 ans et plus] avec une technique d'inhalation correcte et une bonne observance du traitement)<sup>5,11</sup>;
- Toute hospitalisation,  $\geq 2$  exacerbations nécessitant des corticostéroïdes oraux, ou visites aux services d'urgence dans une période de 12 mois<sup>5,9</sup>;
- doute à propos d'un asthme sévère ou détection de celui-ci (c'est-à-dire avec des symptômes nécessitant un traitement avec CSI à dose élevée [ $> 400$   $\mu\text{g}$  par jour pour les enfants de 6 à 11 ans ou  $> 500$   $\mu\text{g}$  par jour pour les enfants de 12 ans et plus] et utilisation d'un deuxième médicament

de contrôle pendant l'année précédente ou le besoin de prendre un corticostéroïde oral d'entretien au quotidien);

- événement mettant la vie en danger, comme une admission aux soins intensifs;
- effets secondaires soupçonnés du traitement (par exemple, suppression des surrénales, réduction continue de la vitesse de croissance après 1 à 2 ans de traitement par CSI)<sup>11</sup>;
- mauvaise compréhension de l'autogestion de l'asthme (par la personne atteinte d'asthme ou son partenaire de soins);
- la nécessité d'effectuer des tests d'allergie pour évaluer le rôle éventuel des allergènes environnementaux;
- d'autres éléments comme l'anxiété des parents, le besoin d'être rassuré ou le besoin d'une éducation supplémentaire.

**Soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique :** Selon l'indication clinique, un ou plusieurs des professionnels suivants pourront fournir des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique :

- un pneumologue pédiatrique;
- un allergologue;
- un pédiatre possédant une expertise en asthme;
- un clinicien spécialisé dans l'asthme pédiatrique ou qui travaille dans une clinique spécialisée dans l'asthme pédiatrique, comme un médecin de famille, un infirmier praticien, un infirmier, un inhalothérapeute ou tout autre clinicien qui est éducateur accrédité en santé respiratoire ou éducateur certifié dans le domaine de l'asthme.

## Justification

La plupart des enfants et des adolescents atteints d'asthme peuvent gérer efficacement leur asthme grâce aux médicaments, à l'éducation sur l'autogestion et au soutien des soins primaires. Cependant, dans certaines situations cliniques, il peut être nécessaire de diriger les patients vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique afin d'obtenir des conseils d'experts sur le diagnostic ou la prise en charge<sup>5,11</sup>. Une étude qui examine les facteurs associés au fait, pour les enfants et les adolescents (de 0 à 17 ans), d'avoir vu un spécialiste de l'asthme lorsqu'ils se sont rendus à l'urgence pour leur asthme a révélé que l'autogestion était moins bonne chez ceux qui n'avaient pas vu de spécialiste<sup>54</sup>. En particulier, les parents de ces patients ont indiqué que leur enfant sous-utilisait les médicaments de contrôle (24 % contre 64 % chez ceux qui avaient consulté un spécialiste) et les plans d'action contre l'asthme (20 % contre 62 %)<sup>54</sup>.

En Ontario, les enfants et les adolescents, y compris les plus jeunes, peuvent devoir être orientés vers des soins spécialisés dans un centre régional d'asthme pédiatrique ou vers un programme de soins primaires pour l'asthme afin de confirmer un diagnostic d'asthme ou de continuer l'éducation sur l'autogestion<sup>5,55</sup>. Afin de promouvoir les soins axés sur le patient, le processus d'orientation devrait

inclure une approche intégrée comprenant collaboration, communication et partage des décisions entre les cliniciens et la personne atteinte d'asthme et ses partenaires de soins.

Une récente vérification des dossiers d'un échantillon de cliniques de soins primaires en Ontario a mis en évidence les données selon lesquelles les temps d'attente (la durée entre le moment où un médecin oriente son patient vers un spécialiste et sa consultation chez ce dernier) varient selon les spécialités cliniques (79 jours en moyenne pour les orientations non urgentes et 49 jours pour les orientations urgentes<sup>56</sup>). Les outils électroniques de consultation spécialisée comme les consultations électroniques et virtuelles peuvent être utilisés pour améliorer les temps d'attente avant de recevoir des soins pédiatriques spécialisés pour l'asthme pédiatriques.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Si votre enfant prend ses médicaments et évite autant que possible les déclencheurs, mais qu'il continue à avoir des symptômes d'asthme, ou si le clinicien de soins primaires de votre enfant a d'autres préoccupations, il doit consulter un spécialiste pour l'asthme ou orienter votre enfant vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique.

### Pour les cliniciens

Veiller à ce que les enfants et les adolescents atteints d'asthme soient orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique s'il existe des indications appropriées (voir la définition dans le présent énoncé). Après avoir vu le patient, le clinicien de soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique doit fournir au clinicien de soins primaires le plan de traitement et de suivi recommandé (au besoin). Dans certains cas, une consultation entre le clinicien de soins primaires et le clinicien de soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique peut être nécessaire ou suffisante, c'est-à-dire que le patient peut ne pas avoir besoin de se rendre chez le spécialiste.

Tous les cliniciens concernés doivent s'assurer que la collaboration, la communication et le partage des décisions entre les cliniciens, la personne atteinte d'asthme et ses partenaires de soins font partie du processus d'orientation.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les systèmes, les processus et les ressources soient en place afin que tous les enfants et les adolescents atteints d'asthme aient accès en temps voulu et au besoin à des soins spécialisés pour l'asthme pédiatriques sur recommandation de leur clinicien de soins primaires, notamment en utilisant l'orientation électronique, ainsi que les consultations électroniques et virtuelles. S'assurer que les cliniciens dans les établissements de soins primaires et communautaires soient au courant des services et des processus d'orientation en matière d'asthme dans leurs communautés<sup>13</sup>.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme sévère ou d'une ou plusieurs indications appropriées qui sont orientés vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'asthme qui se sont rendu au moins deux fois à l'urgence ou qui ont été hospitalisés à une ou à plusieurs reprises pour des problèmes d'asthme et qui ont ensuite consulté un médecin spécialiste dans les trois mois qui suivent l'événement déclencheur

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 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.

Source : Consensus du comité consultatif

## Définitions

**Exacerbation de l'asthme** : peut se produire chez les personnes ayant un diagnostic préexistant d'asthme (même s'il est léger ou bien contrôlé) ou, parfois, comme première manifestation de l'asthme. Il s'agit d'un épisode caractérisé par une aggravation progressive des symptômes, soit essoufflement, toux, respiration sifflante ou pression à la poitrine, et par une diminution progressive de la fonction pulmonaire. Les exacerbations de l'asthme représentent un changement suffisamment important par rapport à l'état habituel de la personne pour exiger une modification du traitement (par exemple, l'utilisation de corticostéroïdes oraux), de consulter un médecin à l'urgence ou d'être hospitalisé. Les exacerbations se produisent souvent en réponse à l'exposition à des déclencheurs irritants ou allergiques (par exemple, infection virale, bactérienne ou fongique dans les voies respiratoires supérieures ou inférieures, pollution de l'air, fumée, pollen) ou à une observance insuffisante des médicaments de contrôle. Cependant, un sous-ensemble de personnes continuera de présenter des exacerbations sans exposition aux déclencheurs.

**Évaluation de suivi** : les enfants et les adolescents doivent être évalués dans un établissement de soins primaires ou dans une clinique d'asthme dans les deux à sept jours après toute consultation à l'urgence ou tout congé de l'hôpital, et être réévalués régulièrement pendant les semaines suivantes jusqu'à ce qu'ils parviennent à contrôler leur asthme et à atteindre ou dépasser leur meilleure fonction pulmonaire personnelle (voir l'Énoncé de qualité 2). Le suivi initial peut être effectué par des cliniciens de soins primaires, comme des médecins de famille ou des infirmiers praticiens, ou par des pneumologues, des allergologues et d'autres médecins ou membres de l'équipe de soins, comme des infirmières, des inhalothérapeutes et des pharmaciens qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme. Dans certains cas, un suivi téléphonique ou virtuel peut être suffisant<sup>11</sup>.

L'évaluation de suivi doit être individualisée et associée aux détails de la consultation à l'urgence ou de l'hospitalisation. Les éléments de l'évaluation de suivi comprennent, sans s'y limiter, un examen des éléments suivants :

- compréhension de la personne ou de ses partenaires de soins de la cause de l'exacerbation de l'asthme;

- contrôle de l'asthme, raisons d'un mauvais contrôle et le risque de futures exacerbations (voir l'Énoncé de qualité 2);
- modification au besoin de la médication par les cliniciens de soins primaires prescripteurs, y compris l'arrêt des corticostéroïdes oraux (voir l'Énoncé de qualité 3);
- plan d'action pour l'asthme (voir l'Énoncé de qualité 4);
- éducation sur l'autogestion, y compris observance de la médication, technique d'inhalation et évitement ou réduction de l'exposition aux déclencheurs (voir l'Énoncé de qualité 4).

L'évaluation de suivi devrait également inclure une référence à un programme d'éducation sur l'asthme, et les enfants et les adolescents qui ont été hospitalisés (particulièrement s'ils ont nécessité un traitement en unité de soins intensifs) devraient être orientés vers des soins spécialisés en asthme pédiatrique (voir l'Énoncé de qualité 5)<sup>1,11</sup>.

## Justification

Les exacerbations de l'asthme peuvent être des situations d'urgence qui mettent la vie de la personne en danger et peuvent donc exiger des soins à l'urgence ou une hospitalisation<sup>11</sup>. La transition de l'hôpital à la maison peut compliquer les soins d'une personne, puisque les transitions représentent des périodes de vulnérabilité dans la prestation des soins de santé<sup>57</sup>. Chaque transition entraîne le risque que certaines informations soient perdues ou qu'il y ait une mauvaise communication entre les établissements de soins, ce qui peut accroître la vulnérabilité de la personne aux événements indésirables.

Pour les enfants atteints d'asthme, le besoin de soins aigus lors d'une consultation doit être vu comme un échec de prise en charge de l'asthme, et le retour aux soins primaires doit être l'occasion de combler les lacunes en matière de soins ou d'autogestion<sup>5</sup>. Les lacunes dans la qualité des soins hospitaliers peuvent également accroître la vulnérabilité aux événements indésirables. Par exemple, l'étude sur les variations régionales de l'asthme en Ontario a indiqué d'importantes lacunes dans les services d'urgence en Ontario, y compris la sous-utilisation des stéroïdes systémiques après le congé (chez environ 32 % des patients pédiatriques) et l'absence d'orientation des patients pédiatriques vers des soins spécialisés pour l'asthme (environ 1,8 %) ou d'autres services axés sur l'asthme (environ 2,8 %)<sup>58</sup>.

Un suivi rapide dans un établissement de soins primaires ou l'orientation vers une clinique d'asthme peuvent atténuer ces risques. Chez certains patients qui ont des maladies respiratoires ou chroniques autres que l'asthme, un suivi précoce a été associé à l'amélioration des résultats des patients et à la réduction des taux de réadmission, d'utilisation des services d'urgence et de décès<sup>59</sup>.

Pour plus d'informations sur la planification du congé et le suivi dans l'établissement de soins primaires après le congé, veuillez consulter la norme de qualité [\*Transitions entre l'hôpital et la maison\*](#)<sup>60</sup>.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Si votre enfant a dû se rendre à l'urgence ou a été hospitalisé en raison d'une crise d'asthme, le clinicien de soins primaires de votre enfant devrait vous voir dans les 2 à 7 jours qui suivent son congé de l'hôpital. Il vérifiera l'état de santé de votre enfant et apportera les changements nécessaires à ses médicaments et à son plan d'action pour l'asthme.

Dans certains cas, le suivi initial peut être effectué par un pneumologue, un allergologue ou un autre médecin, ou par d'autres membres de l'équipe de soins comme les infirmières, les inhalothérapeutes et les pharmaciens qui sont des éducateurs accrédités en santé respiratoire ou des éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme.

Lors de cette consultation, vous pouvez également poser des questions pour vous assurer de bien comprendre :

- ce qui a causé la crise;
- quels soins a reçu votre enfant;
- ce que votre enfant et vous pouvez faire pour prévenir les crises d'asthme.

## Pour les cliniciens

Avant qu'un enfant ou un adolescent qui a eu une exacerbation de son asthme ne reçoive son congé de l'urgence, l'équipe de soins doit dire à son partenaire de soins de prendre un rendez-vous de suivi des soins primaires. Si la personne a été 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. Le suivi des soins primaires est important pour s'assurer que le traitement de la personne se poursuit, que ses symptômes d'asthme sont bien contrôlés et que sa fonction pulmonaire atteint son meilleur niveau.

Après son congé de l'hôpital, penser à orienter l'enfant ou l'adolescent vers un programme d'éducation sur l'asthme ou vers des soins spécialisés pour l'asthme pédiatrique<sup>11</sup>.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que les systèmes, les processus et les ressources sont en place afin que tous les enfants et les adolescents aient un accès opportun au suivi des soins primaires après une consultation à l'urgence ou une hospitalisation associée à l'asthme. Il s'agit notamment de s'assurer que tous les enfants et les adolescents atteints d'asthme aient un clinicien de soins primaires, de prendre des dispositions pour une évaluation de suivi des soins primaires et de permettre une communication sans faille entre l'hôpital et les établissements de soins primaires.

# Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant eu une évaluation de suivi des soins primaires ou dans une clinique d'asthme dans les sept jours suivant une consultation à l'urgence ou une hospitalisation pour exacerbation de l'asthme

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

## Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

### Pour les partenaires de soins des enfants et des adolescents atteints d'asthme

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les enfants et les adolescents atteints d'asthme.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que partenaire de soins d'un enfant ou d'un adolescent atteint d'asthme.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur l'asthme pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de soins pour votre enfant ou adolescent.

### Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les enfants et les adolescents atteints d'asthme. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur l'asthme, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

## Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

# Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
<b>Cliniciens</b>	Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les inhalothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux et les orthophonistes.
<b>Clinicien de soins primaires</b>	Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires), un pédiatre ou un infirmier praticien.
<b>Domicile</b>	Lieu habituel de résidence d'une personne. Il peut s'agir de résidences personnelles, de résidences pour personnes âgées, de résidences avec services d'assistance, d'établissements de soins de longue durée, de centres de soins palliatifs et de refuges.
<b>Enfants et adolescents</b>	Personnes âgées de moins de 16 ans.
<b>Famille</b>	Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
<b>Médicament de contrôle</b>	Un inhalateur ou une pompe, qui préviennent les symptômes de l'asthme en réduisant le gonflement des voies respiratoires dans les poumons.
<b>Médicament de secours ou de soulagement</b>	Un inhalateur ou une pompe, qui soulage rapidement les symptômes de l'asthme en ouvrant les voies respiratoires.
<b>Partenaire de soins</b>	Une personne non rémunérée, qui fournit des soins et du soutien à titre non professionnel, comme un parent, un tuteur légal ou un autre membre de la famille légalement autorisé. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant familial », « aidant principal ».
<b>Prescripteur</b>	Un médecin, un infirmier praticien ou un dentiste, qui est autorisé à prescrire des médicaments.
<b>Soins primaires</b>	Un milieu où les gens reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) d'un clinicien auquel la personne peut accéder directement sans renvoi. Il s'agit habituellement du clinicien de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmière ou infirmier praticien ou d'un autre clinicien qui a la capacité de faire des renvois, de demander des tests de laboratoire et de prescrire des médicaments.

**Terme****Définition****Transitions dans les soins**

Ces cas se produisent lorsque les patients sont transférés entre différents établissements de soins (p. ex., hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et soins communautaires) ou entre différents cliniciens au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

# Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

## Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

## Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

### Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des Peuples autochtones et des personnes racisées partout au Canada, et s'efforcer de s'y attaquer. Ce travail consiste à être sensible aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux dommages physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les Autochtones et les personnes racisées, les familles et les communautés, et à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité utilise les sources de lignes directrices de pratique clinique existantes qui peuvent ne pas inclure des soins adaptés à la culture ou reconnaître les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels pertinents pour les Autochtones et les personnes racisées.

## Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [27 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement<sup>61</sup>.

## Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les enfants et les adolescents asthmatiques ainsi que leurs partenaires de soins devraient recevoir des services qui respectent leur genre, leur orientation sexuelle, leur statut socio-économique, leur logement, leur âge, leur origine (y compris leur origine culturelle, ethnique et religieuse auto-identifiée) et leur handicap. L'accès équitable au système de santé comprend également l'accès à des soins sécuritaires sur le plan culturel. La langue, un outil de communication de base, est une partie essentielle des soins sécuritaires et doit être prise en compte tout au long du parcours de santé d'une personne. Par exemple, dans des milieux majoritairement anglophones, les services devraient être offerts activement en français et dans d'autres langues.

## Autogestion des maladies chroniques

Les enfants et les adolescents atteints d'asthme et leurs partenaires de soins devraient recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion<sup>62,63</sup>. De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins<sup>64,65</sup>. Les enfants et les adolescents atteints d'asthme et leurs partenaires de soins devraient s'engager avec leurs cliniciens dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être<sup>62</sup>.

## Soins intégrés

Les enfants et les adolescents asthmatiques devraient recevoir des soins au moyen d'une approche intégrée et fondée sur l'équipe, qui facilite l'accès aux services interprofessionnels offerts par les cliniciens de soins primaires, les soins spécialisés en asthme pédiatrique et les programmes communautaires, en fonction des besoins du patient au fil du temps<sup>66</sup>. Les cliniciens devraient travailler avec les patients, leurs familles et leurs partenaires de soins, ainsi qu'avec les communautés pour offrir des soins de la plus haute qualité<sup>67</sup>. La collaboration interprofessionnelle, la prise de décision partagée, la coordination des soins dans différents milieux au sein et au-delà du secteur de la santé, et la continuité des soins (y compris les soins de suivi) sont les caractéristiques de cette approche axée sur le patient<sup>66</sup>.

## Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins<sup>68,69</sup>. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions)<sup>70,71</sup>. Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme<sup>69-71</sup>.

# Remerciements

## Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (lieu de travail lors de l'élaboration de la norme initiale en 2020):

### **Samir Gupta (coprésident)**

Pneumologue pour adultes, Hôpital St. Michael; Professeur adjoint, Université de Toronto; Scientifique auxiliaire, Centre de recherche Keenan, Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael

### **Dhenuka Radhakrishnan (coprésidente)**

Spécialiste des troubles respiratoires infantiles et chercheuse clinique, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; Professeure adjointe, Département de pédiatrie, Université d'Ottawa; Scientifique auxiliaire, ICES

### **Janice Belanger**

Éducatrice respiratoire certifiée, Group Health Centre

### **Madonna Ferrone**

Coordonnatrice, gestionnaire de projet, éducatrice respiratoire certifiée, Asthma Research Group Inc. et Hôtel-Dieu Grace Hospital

### **Andrea S. Gershon**

Chercheuse principale, Sunnybrook Research Institute et ICES; Professeure agrégée, Université de Toronto; Pneumologue, Sunnybrook Health Sciences Centre

### **Carmela Graziani (2018–2020)**

Consultante en situation de vécu

### **Samim Hasham**

Pharmacienne clinicienne; Faculté, Adler College Toronto

### **Julie Hunter**

Infirmière praticienne, Centre de santé Lady Dunn

### **Alan Kaplan**

Médecin de famille; Président, Regroupement canadien des médecins de famille en santé respiratoire; Chargé d'enseignement clinique, Université de Toronto

### **Diane Loughheed**

Professeure de médecine, des sciences de la santé publique et des sciences biomédicales et moléculaires, présidente de la division de pneumologie, Université Queen's; Chercheuse adjointe principale, ICES

### **Kate Mulligan**

Consultante en situation de vécu; Directrice, Politiques et communications, Alliance pour les communautés en santé

### **Zoe Nugent**

Médecin membre du personnel et spécialiste des troubles respiratoires infantiles, Peterborough Regional Health Centre, The Peterborough Clinic

### **Delanya Podgers**

Infirmière praticienne – Asthme et MPOC, Kingston Health Sciences Centre

**Jessica Schooley**

Coordonnatrice d'établissement offrant le programme d'aide aux fournisseurs de soins primaires pour l'asthme et éducatrice respiratoire certifiée, clinique de l'asthme pédiatrique, Kingston Health Sciences Centre

**Ryan Smith**

Pédiatre membre du personnel, directeur médical, clinique de l'asthme pédiatrique, Orillia Soldiers' Memorial Hospital

**Christina Sperling**

Directrice, Respiratory Health Program, Lung Health Foundation

**Itamar Tamari**

Médecin de famille, Stonegate Community Health Centre; Directeur médical, Programme d'aide aux fournisseurs de soins primaires pour l'asthme

**Teresa To**

Professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; Chercheuse principale, The Hospital for Sick Children; Directrice, Ontario Asthma Surveillance Information System

**Christine Truong**

Pharmacienne clinicienne; Éducatrice respiratoire certifiée; équipe de santé familiale de North York

**Angelina Wiwczor**

Infirmière praticienne, éducatrice certifiée spécialisée en asthme, Health Sciences North – NEO Kids, Kids Care Centre

**Calvin Young**

Consultante en situation de vécu

# Références

- (1) Lung Health Foundation, Provincial Council for Maternal and Child Health. Clinical Handbook for Paediatric Asthma [Internet]2021 [cited 2025 Mar 7]. Available from: [https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/Clinical Handbook Paediatric Asthma Updated November 2021 May 2022 FINAL.pdf](https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/Clinical_Handbook_Paediatric_Asthma_Updated_November_2021_May_2022_FINAL.pdf)
- (2) Ontario Health. Asthma in adults: care in the community for people 16 years of age and older [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2025 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/asthma-in-adults>
- (3) Bhakta NR, Bime C, Kaminsky DA, McCormack MC, Thakur N, Stanojevic S, et al. Race and ethnicity in pulmonary function test interpretation: an official American Thoracic Society statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;207(8):978-95.
- (4) Stanojevic S, Kaminsky DA, Miller MR, Thompson B, Aliverti A, Barjaktarevic I, et al. ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. *Eur Respir J*. 2022;60(1):2101499.
- (5) Yang CL, Hicks EA, Mitchell P, Reisman J, Podgers D, Hayward KM, et al. Canadian Thoracic Society 2021 guideline update: diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Can J Respir Crit Care Sleep Med*. 2021a;5(6):348-61.
- (6) Yang CL, Hicks EA, Mitchell P, Reisman J, Podgers D, Hayward KM, et al. 2021 Canadian Thoracic Society guideline – a focused update on the management of very mild and mild asthma. *Can J Respir Crit Care Sleep Med*. 2021b;5(4):205-45.
- (7) Choosing Wisely Canada, Canadian Thoracic Society. Recommendations: respiratory medicine [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/respiratory-medicine/>
- (8) Gupta S, Couillard S, Digby G, Tse SM, Green S, Acheron R, et al. Canadian Thoracic Society position statement on climate change and choice of inhalers for patients with respiratory disease. *Can J Respir Crit Care Sleep Med*. 2023;7(5):232-9.
- (9) British Thoracic Society (BTS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN) [Internet]2024 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG245>
- (10) National Institute for Health and Care Excellence. Asthma. Quality standard [Internet]. London (UK): The Institute; 2013 (2018 update) [cited 2019 Mar]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs25/>
- (11) Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://ginasthma.org/reports/>
- (12) Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting asthma control in children [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2004 [cited 2019 Mar]. Available from: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting Asthma Control in Children.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Asthma_Control_in_Children.pdf)
- (13) Registered Nurses' Association of Ontario. Adult asthma care: promoting control of asthma [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2017 [cited 2019 Mar]. Available from: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Adult Asthma FINAL WEB.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Adult_Asthma_FINAL_WEB.pdf)

- (14) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma prevalence crude rates (per 100 Ontario population) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2024 [cited 2025 Feb 5]. Available from: [https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma\\_prevrt\\_2022.pdf](https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma_prevrt_2022.pdf)
- (15) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma incidence crude rates (per 1,000 Ontario population) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2024 [cited 2025 Feb 5]. Available from: [https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma\\_incrtr\\_2022-2.pdf](https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma_incrtr_2022-2.pdf)
- (16) FitzGerald JM, Boulet L-P, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: The Reality of Asthma Control (TRAC) study. *Can Respir J*. 2006;13(5):253-9.
- (17) The Lung Association. Moving the dial on the diagnosis and treatment of asthma [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2019 Jan [cited 2019 May 13]. Available from: [https://www.lung.ca/sites/default/files/MovingtheDial\\_WhitePaper.pdf](https://www.lung.ca/sites/default/files/MovingtheDial_WhitePaper.pdf)
- (18) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma, asthma-related, and all-cause mortality, from 2000 to 2018 [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2021 [cited 2025 Feb 5]. Available from: [https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2021/06/mortality\\_onpop\\_2000-2018\\_v2.pdf](https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2021/06/mortality_onpop_2000-2018_v2.pdf)
- (19) Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemiere C, et al. Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. *JAMA*. 2017;317(3):269-79.
- (20) To T, Simatovic J, Zhu J, Feldman L, Dell SD, Loughheed MD, et al. Asthma deaths in a large provincial health system. A 10-year population-based study. *Ann Am Thorac Soc*. 2014;11(8):1210-7.
- (21) Sadatsafavi M, Lynd L, Marra C, Carleton B, Tan WC, Sullivan S, et al. Direct health care costs associated with asthma in British Columbia. *Can Respir J*. 2010;17(2):74-80.
- (22) To T, Dell S, Dick PT, Cicutto L, Harris JK, MacLusky IB, et al. Case verification of children with asthma in Ontario. *Pediatr Allergy Immunol*. 2006;17(1):69-76.
- (23) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Health services use (data tables) [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2024 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <http://lab.research.sickkids.ca/oasis/data-tables/>
- (24) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma-related emergency department visits [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2024 [cited 2025 Feb 5]. Available from: [https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma\\_rel\\_ed\\_2022.pdf](https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma_rel_ed_2022.pdf)
- (25) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma-related hospitalizations [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2024 [cited 2025 Feb 5]. Available from: [https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma\\_rel\\_cihi\\_2022.pdf](https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/asthma_rel_cihi_2022.pdf)
- (26) Nunes C, Pereira AM, Morais-Almeida M. Asthma costs and social impact. *Asthma Res Pract*. 2017;3:1.
- (27) Ismaila AS, Sayani AP, Marin M, Su Z. Clinical, economic, and humanistic burden of asthma in Canada: a systematic review. *BMC Pulm Med*. 2013;13:70.
- (28) Canadian Institute for Health Information. Asthma hospitalizations among children and youth in Canada. Ottawa (ON): The Institute; 2018.
- (29) Gaffin JM, Castro M, Bacharier LB, Fuhlbrigge AL. The role of comorbidities in difficult-to-control asthma in adults and children. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10(2):397-408.

- (30) Smetanin P, Stiff D, Briante C, Ahmad S, Wong L, Ler A. Life and economic impact of lung disease in Ontario: 2011 to 2041 [Internet]. Toronto (ON): RiskAnalytica, on behalf of the Ontario Lung Association; 2011 [cited 2019 Apr]. Available from: <http://lungontario.ca/wp-content/uploads/2017/09/OLA-Final-Report-June-281.pdf>
- (31) Stonebridge C, Goldfarb D, Bounajm F, Hermus GT, Heriault L. Cost risk analysis for chronic lung disease in Canada [Internet]. Ottawa (ON): Conference Board of Canada; 2012 [Available from: <https://www.conferenceboard.ca/product/cost-risk-analysis-for-chronic-lung-disease-in-canada/>]
- (32) ICES. Only a third of children with asthma treated in an Ontario ED seek recommended follow-up care (news release) [Internet]. Toronto (ON): The Institute; 2012 [cited 2019 Mar]. Available from: <https://www.ices.on.ca/Newsroom/News-Releases/2012/Only-a-third-of-children-with-asthma>
- (33) Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S, Goutaki M, Holden KA, de Jong CCM, et al. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years. *Eur Respir J*. 2021;58(5):2004173.
- (34) National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. 2020 focused updates to the asthma management guidelines: a report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group 2020 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/resources/2020-focused-updates-asthma-management-guidelines>
- (35) Ontario Health. Fractional exhaled nitric oxide testing for the diagnosis and management of asthma: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2024; Jul; 1-24(5):[1-225 pp.]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Reviews-And-Recommendations/Fractional-Exhaled-Nitric-Oxide-Testing-for-the-Diagnosis-and-Management-of-Asthma>
- (36) Kitazawa H, Jiang A, Nohra C, Ota H, Wu JKY, Ryan CM, et al. Changes in interpretation of spirometry by implementing the GLI 2012 reference equations: impact on patients tested in a hospital-based PFT lab in a large metropolitan city. *BMJ Open Respir Res*. 2022;9(1).
- (37) Bowerman C, Bhakta NR, Brazzale D, Cooper BR, Cooper J, Gochicoa-Rangel L, et al. A race-neutral approach to the interpretation of lung function measurements. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;207(6):768-74.
- (38) Marciniuk DD, Becker EA, Kaminsky DA, McCormack MC, Stanojevic S, Bhakta NR, et al. Effect of race and ethnicity on pulmonary function testing interpretation: an American College of Chest Physicians (CHEST), American Association for Respiratory Care (AARC), American Thoracic Society (ATS), and Canadian Thoracic Society (CTS) evidence review and research statement. *Chest*. 2023;164(2):461-75.
- (39) Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, Barjaktarevic IZ, Cooper BG, Hall GL, et al. Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Technical Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(8):e70-e88.
- (40) Coates AL, Wanger J, Cockcroft DW, Culver BH, Diamant Z, Gauvreau G, et al. ERS technical standard on bronchial challenge testing: general considerations and performance of methacholine challenge tests. *Eur Respir J*. 2017;49(5).
- (41) National Asthma Council Australia (NACA). Australian Asthma Handbook [Internet]. South Melbourne (AU): The Council; 2022 [cited 2025 Mar 05]. Available from: <https://www.nationalasthma.org.au/health-professionals/australian-asthma-handbook>

- (42) Ontario Asthma Surveillance Information System, ICES. Asthma indicators for all of Ontario [Internet]. Toronto (ON): The Hospital for Sick Children (SickKids); 2022 [cited 2025 Mar 5]. Available from: [https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/ast\\_indicators\\_Ontario\\_2022.pdf](https://lab.research.sickkids.ca/oasis/wp-content/uploads/sites/6/2024/07/ast_indicators_Ontario_2022.pdf)
- (43) Ducharme FM, Davis GM, Noya F, Rich H, Ernst P. The Asthma Quiz for Kidz: a validated tool to appreciate the level of asthma control in children. *Can Respir J*. 2004;11(8):541-6.
- (44) Juniper EF, Bousquet J, Abetz L, Bateman ED. Identifying 'well-controlled' and 'not well-controlled' asthma using the Asthma Control Questionnaire. *Respir Med*. 2006;100(4):616-21.
- (45) Loughheed MD, Minard J, Dworkin S, Juurlink MA, Temple WJ, To T, et al. Pan-Canadian Respiratory Standards Initiative for Electronic Health Records (PRESTINE): 2011 national forum proceedings. *Can Respir J*. 2012;19(2):117-26.
- (46) McGeachie MJ, Yates KP, Zhou X, Guo F, Sternberg AL, Van Natta ML, et al. Patterns of growth and decline in lung function in persistent childhood asthma. *N Engl J Med*. 2016;374(19):1842-52.
- (47) Price C, Agarwal G, Chan D, Goel S, Kaplan AG, Boulet LP, et al. Large care gaps in primary care management of asthma: a longitudinal practice audit. *BMJ open*. 2019;9(1):e022506.
- (48) Davies B, Danseco E, Cicutto L, Higuchi KS, McConnell H, Edwards N, et al. Nursing best practice guidelines evaluation user guide: inhaler device assessment tool for promoting asthma control in children. Ottawa (ON): University of Ottawa Nursing Best Practice Research Unit; 2006.
- (49) Szeffler SJ, Baker JW, Uryniak T, Goldman M, Silkoff PE. Comparative study of budesonide inhalation suspension and montelukast in young children with mild persistent asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(5):1043-50.
- (50) Reddel HK, Busse WW, Pedersen S, Tan WC, Chen YZ, Jorup C, et al. Should recommendations about starting inhaled corticosteroid treatment for mild asthma be based on symptom frequency: a post-hoc efficacy analysis of the START study. *Lancet*. 2017;389(10065):157-66.
- (51) Burgess S, Sly P, Devadason S. Adherence with preventive medication in childhood asthma. *Pulm Med*. 2011;2011:973849.
- (52) Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke H, Greenhalgh T, Sheikh A, et al. Implementing supported self-management for asthma: a systematic review and suggested hierarchy of evidence of implementation studies. *BMC Med*. 2015;13(1):127.
- (53) Tsuyuki RT, Sin DD, Sharpe HM, Cowie RL, Nilsson C, Man SF. Management of asthma among community-based primary care physicians. *J Asthma*. 2005;42(3):163-7.
- (54) Agnihotri NT, Pade KH, Vangala S, Thompson LR, Wang VJ, Okelo SO. Predictors of prior asthma specialist care among pediatric patients seen in the emergency department for asthma. *J Asthma*. 2018:1-7.
- (55) Ministry of Health and Long-Term Care, The Lung Health Foundation. Primary Care Asthma Program (PCAP): program manual, version 2020 [Internet]. Toronto (ON): The Lung Health Foundation; 2020 [cited 2025 Mar 5]. Available from: <https://hcp.lunghealth.ca/wp-content/uploads/2020/12/Non-APNL-revSH2020.pdf>
- (56) Liddy C, Nawar N, Moroz I, McRae S, Russell C, Mihan A, et al. Understanding patient referral wait times for specialty care in Ontario: a retrospective chart audit. *Healthcare Policy*. 2018;13(3):59-69.
- (57) Naylor M, Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs*. 2008;108 Suppl 9:58-63.

- (58) Lougheed MD, Garvey N, Chapman KR, Cicutto L, Dales R, Day AG, et al. The Ontario Asthma Regional Variation Study: emergency department visit rates and the relation to hospitalization rates. *Chest*. 2006;129(4):909-17.
- (59) Health Quality Ontario. Effect of early follow-up after hospital discharge on outcomes in patients with heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2017;17(8):1-37. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series>.
- (60) Ontario Health. Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-all-Quality-Standards/Transitions-between-hospital-and-home/About>
- (61) Ministry of Health and Ministry of Long-Term Care. French language health services: *the French Language Services Act, 1986 (FLSA)* [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 Jan]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (62) Mack DP, Greenhawt M, Bukstein DA, Golden DBK, Settupane RA, Davis RS. Decisions with patients, not for patients: shared decision-making in allergy and immunology. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(10):2625-33.
- (63) The Electronic Asthma Management System (eAMS). Mild asthma decision aid and conversation aid [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 26]. Available from: <https://www.asthmadecisionaid.com/>
- (64) Clayman ML, Scheibler F, Rüffer JU, Wehkamp K, Geiger F. The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evid Based Med*. 2024;29(2):75-8.
- (65) National Institute for Health and Care Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. London (UK): The Institute; 2009 [cited 2025 Mar 5]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
- (66) World Health Assembly. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2025 Mar 05]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/252698>
- (67) Khalili H, Gilbert J, Lising D, MacMillan K.M, Xyrichis A. Proposed lexicon for the interprofessional field [Internet]: Interprofessional Research Global; 2021 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://interprofessionalresearch.global/wp-content/uploads/2021/10/InterprofessionalResearch.Global-IPECP-Lexicon-2021-Reprint.pdf>
- (68) Kuehn BM. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. *JAMA*. 2020;323(7):595-7.
- (69) Ravi A, Little V. Providing trauma-informed care. *Am Fam Physician*. 2017;95(10):655-7.
- (70) Dowdell EB, Speck PM. CE: trauma-informed care in nursing practice. *Am J Nurs*. 2022;122(4):30-8.
- (71) Fleishman J, Kamsky H, Sundborg S. Trauma-informed nursing practice. *Online J Issues Nurs*. 2019;24(2).

# À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

## Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [\*Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme\*](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez [OntarioHealth.ca/fr](https://OntarioHealth.ca/fr).

# Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter [hgontario.ca](http://hgontario.ca) ou communiquer avec nous à l'adresse [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca) pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

**Santé Ontario**  
500–525, avenue University  
Toronto, Ontario  
M5G 2L3

**Tél. sans frais :** 1-877-280-8538  
**Télétype :** 1-800-855-0511  
**Courriel :** [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca)  
**Site web :** [hgontario.ca](http://hgontario.ca)

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 978-1-4868-8866-5 (PDF)  
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025