Protocole de substitution des inhalateurs au Canada

Sanitaire

Date de publication : 27 août 2025

Généralités

Objectif :

Le but de toutes nos démarches est de minimiser l'utilisation de dispositifs en aérosol-doseur (AD) dans nos établissements, puisque très polluants.

Cependant, nous voulions nous assurer que les soins prodigués aux patients demeurent de grande qualité, et c'est pourquoi nous avons fait un protocole dans lequel l'inhalothérapeute est impliqué dans le processus, pour s'assurer que le changement de dispositif soit bien maîtrisé par le patient et que le choix soit adéquat pour sa situation. [NB : en France, la profession d'inhalothérapeute n'existe pas. L'éducation à la bonne utilisation et la vérification sont effectuées par le pneumologue, le kinésithérapeute, certaines IDE, des pharmaciens, mais elle demeure encore peu fréquente.]

Nous espérons ainsi que les prescriptions de départ des patients seront idéalement modifiées suite aux changements faits durant l'hospitalisation. Ce changement entraînerait donc une réduction de prescriptions d'inhalateurs de type AD.

Cette fiche est partagée par nos partenaires canadiens le Réseau d'action pour la Santé durable du Québec (RASDQ), l'initiative CASCADES et le Regroupement national des conseils régionaux de l'environnement du Québec (RNCREQ) depuis leur plateforme de bonnes pratiques : PhareClimat Santé

Un protocole de substitution a été élaboré afin de minimiser l'utilisation des inhalateurs en aérosol-doseur dans notre Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS).

Nous avons également restreint l'utilisation de l'inhalateur ipratropium (atrovent) au département de l'urgence et aux soins intensifs. La prescription sera d'emblée cessée pour les patients hospitalisés ou résidant en centre d'hébergement de longue durée.

Etapes de mise en oeuvre

- Pour ce faire, nous avons tout d'abord fait la demande d'ajouter certains inhalateurs en poudre sèche ou de bruine fine au formulaire de notre CISSS, afin d'avoir des alternatives intéressantes.
- Par la suite, nous avons établi un protocole de substitution pour tous les inhalateurs en aérosol-doseur à longue durée d'action. Ainsi, lorsqu'un inhalateur en aérosol-doseur à longue durée d'action est prescrit, il y a d'emblée une substitution automatique à la pharmacie, et un inhalateur substitut, en poudre sèche ou en bruine fine selon le protocole établi, est servi.
- L'inhalothérapeute [en France : le pneumologue, voir note supra] évalue ensuite le patient, et peut, si le débit inspiratoire est insuffisant (tel que mesuré par le dispositif In-Check DIAL), ou si le dispositif est inadapté aux capacités physico-motrices du patient, procéder à l'ajustement posologique ou à la substitution automatique en vigueur.
- Nous avons également retiré un inhalateur de notre formulaire, le fluticasone en aérosol-doseur (Flovent), puisque son équivalent, un autre corticostéroïde en inhalation sous forme AD (Ciclesonide – Alvesco), est moins polluant et sa posologie est uniquotidienne, ce qui minimise les visites des inhalothérapeutes au chevet.
- Enfin, nous avons mis sur pied une ordonnance collective qui permet aux inhalothérapeutes et aux pharmaciens d'adapter l'ordonnance de salbutamol en fonction de l'état clinique du patient, sans nécessiter de prescription médicale. Ainsi, par exemple, si le patient est stabilisé, sa prescription de salbutamol peut être diminuée d'emblée suite à leur évaluation. Ceci a été possible grâce à un protocole de substitution automatique intégré au logiciel du département de pharmacie, ainsi qu'à une ordonnance collective qui permet aux inhalothérapeutes et aux pharmaciens de faire l'ajustement des inhalateurs selon l'état clinique du patient.

Essaimage

Les principaux leviers

Bénéfices environnementaux et économiques.

Les principaux freins

S'assurer que les soins prodigués aux patients demeurent de grande qualité, c'est pourquoi nous avons fait un protocole dans lequel l'inhalothérapeute [En France : le pneumologue, voir notes supra] est impliqué dans le processus, pour s'assurer que le changement de dispositif soit bien maîtrisé par le patient et que le choix soit adéquat pour sa situation.

Contact

Une question ? Besoin d'informations ? Contacter l'établissement :

katia.carle-talbot@usherbrooke.ca

L'établissement

Date de mise en œuvre : 1 mars 2024

Durée du projet : 0 mois

Hôpital Charles-Le Moyne, Hôpital Du Haut-Richelieu (CISSS) J4V 2H1

Type de structure : Sanitaire / Public

Obligation réglementaire : Non

Déclenchement
L'impact carbone des inhalateurs aérosol-doseur, significativement supérieur à ceux en poudre. [Il faut compter 11 à 28 kg éq. CO2 par boîte pour un inhalateur pressurisé contre moins d'1 kg éq. CO2 pour un inhalateur à poudre ou un brumisateur.]

La mise en oeuvre

Facilité de mise en oeuvre

5/10

Remplace une pratique existante

Les impacts

Sur l'environnement : Impacts positifs

Diminution des émissions de gaz à effet de serre en lien avec une diminution de l'utilisation des inhalateurs avec dispositif en aérosol-doseur.

Sur les professionnels : Non évalué

Sur les usagers : Non évalué

Sur l'organisation : Non évalué

Sur le médico-économique : Impacts positifs

Diminution des coûts liés à l'achat de l'inhalateur en aérosol doseur ipratropium (Atrovent).

Les ressources

Temps

A considérer

Personnel (équipe projet, déploiement...)

[En France: l'éducation à la bonne utilisation et la vérification est effectué par le pneumologue, le kinésithérapeute, certaines IDE, des pharmaciens]

Beaucoup

Des compétences en interne

Beaucoup

Des compétences externes (prestations externes)

Peu

Des équipements, du matériel

Peu

Des financements (internes et externes)

Peu

Parties prenantes associées

- [ ] Direction
- [ ] Administration
- [ ] Services techniques
- [x] Professionnels
- [x] Bénéficiaires
- [ ] Tutelles

Conditions de succès

Projet inscrit dans la politique de l'établissement