



CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES

Énoncé de position concernant les thérapeutes respiratoires et les équipes de soins primaires

Préambule

Au moins un Canadien sur trois vit avec une maladie chronique¹ et beaucoup vivent avec au moins deux maladies chroniques². Près de 20 % des Canadiens vivent avec une forme quelconque de maladie respiratoire grave³, dont beaucoup nécessitent des soins complexes, l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique touchant ensemble 5,8 millions de Canadiens⁴. Les troubles respiratoires comptent parmi les raisons les plus courantes pour lesquelles un patient consulte son prestataire de soins primaires⁵. Un système de soins primaires où les services sont fournis par une équipe multidisciplinaire améliore l'accès aux soins médicaux, les processus de traitement et les résultats cliniques^{6,7}.

La pandémie de COVID-19 a permis au public de mieux comprendre le rôle des thérapeutes respiratoires dans les soins intensifs ou aigus, où leur expertise en oxygénothérapie, ventilation mécanique et gestion des voies respiratoires a été largement utilisée. Le rôle et l'impact des thérapeutes respiratoires dans divers autres contextes de pratique sont moins largement reconnus.

L'expertise et le champ de pratique des thérapeutes respiratoires leur permettent de travailler tout le long du continuum des soins et dans des environnements externes aux soins intensifs ou aigus. Les thérapeutes respiratoires travaillent dans le domaine des soins primaires. Ils y prodiguent des soins à des patients de tous âges atteints de maladies respiratoires chroniques et d'affections nécessitant des soins complexes. En tant que membres des équipes de soins primaires collaboratives centrées sur le patient, les thérapeutes respiratoires utilisent des approches fondées sur des données probantes pour évaluer, prendre en charge et éduquer les patients atteints de maladies respiratoires ou ayant des besoins de soins complexes, ainsi que leurs familles^{8,9}.

Position

Le large champ de pratique des thérapeutes respiratoires leur permet de travailler de manière collaborative au sein d'équipes multidisciplinaires et primaires centrées sur le patient pour évaluer, gérer et éduquer les patients et les familles.

Recommandations

Afin de maximiser l'accès à des soins en temps opportun au Canada par les prestataires de soins de santé exerçant selon un modèle d'équipe :

1. Les prestataires et les équipes de soins primaires existants devraient envisager d'inclure des thérapeutes respiratoires au sein de leurs équipes et pratiques de soins.
2. Les gouvernements doivent soutenir le développement d'équipes de soins primaires collaboratives et interprofessionnelles comprenant des thérapeutes respiratoires.

Explication :

Les thérapeutes respiratoires possèdent les compétences nécessaires pour exercer un large éventail de fonctions au sein d'équipes multidisciplinaires de soins primaires. Ils possèdent une connaissance et une compréhension approfondies de la physiologie cardiorespiratoire, de l'évaluation cardiorespiratoire, de la pharmacologie et de l'éducation des patients¹⁰. Ils synthétisent et communiquent des données provenant de diverses sources pour coordonner les soins et élaborer en collaboration des plans de soins fondés sur des données probantes¹⁰.

Les thérapeutes respiratoires possèdent des compétences en communication et en résolution de conflits et comprennent les processus d'amélioration de la qualité¹⁰.

Les autres rôles spécifiques que jouent les thérapeutes respiratoires dans les soins primaires comprennent, sans s'y limiter :

Éducation et gestion des maladies chroniques

Les thérapeutes respiratoires possèdent une connaissance approfondie des maladies cardiopulmonaires chroniques, des médicaments cardiorespiratoires et de la gestion des maladies¹⁰. Ils comprennent les déterminants de la santé, de la promotion de la santé (y compris l'abandon du tabac), de l'éducation des patients ainsi que de l'élaboration et du suivi de plans de soins centrés sur le patient¹⁰. Ils travaillent selon des lignes directrices établies pour aider les personnes vivant avec des problèmes pulmonaires à gérer elles-mêmes leur maladie chronique. Les programmes de gestion des maladies employant des thérapeutes respiratoires ont signalé des améliorations de l'utilisation des ressources^{11,12}, des taux de réadmission¹²⁻¹⁴ et de la durée du séjour à l'hôpital¹². De plus, les thérapeutes respiratoires sont en mesure d'assurer le leadership et la gestion de cas dans le contexte des soins primaires¹⁵.

Ventilation à domicile¹⁰

Les thérapeutes respiratoires possèdent des connaissances et une expertise unique en ce qui concerne la ventilation à domicile. Ils amorcent et titrent la ventilation invasive et non invasive, déterminent les thérapies et équipements auxiliaires nécessaires; éduquent et soutiennent les patients, les soignants et les agences en ce qui concerne la ventilation à domicile; enfin, ils aident les patients et les équipes soignantes lors de la transition des patients entre des milieux de soins dans lesquels les ressources diffèrent souvent (p. ex., de l'hôpital au domicile, ou du domicile à l'hôpital).

Le diagnostic et la prise en charge des patients nécessitant de l'oxygène en communauté¹⁰

Les thérapeutes respiratoires possèdent une compréhension +

de l'oxygénothérapie, de ses indications et de ses complications. Ils effectuent les tests de diagnostic +*+3/pour l'oxygénothérapie; ils entament, titrent et contrôlent le traitement; et ils sensibilisent les patients et les familles à une utilisation sûre lors de l'exécution de diverses activités. En cas d'indication d'oxygène à domicile, ils sont en mesure de remplir les demandes de financement au besoin.

Administration des vaccins

Les thérapeutes respiratoires fournissent des médicaments par diverses voies, y compris par injection¹⁰. Ils ont joué un rôle déterminant dans la livraison rapide des vaccins contre la COVID-19 dès les premières étapes de leur déploiement. Ils sont également en mesure de fournir des vaccins contre la grippe et le pneumocoque¹⁶.

Spirométrie et tests de la fonction pulmonaire

Les lignes directrices pour le diagnostic de l'asthme¹⁷ et de la MPOC¹⁸ nécessitent une spirométrie, mais de nombreux patients ne subissent pas ce test de confirmation du diagnostic. Cela conduit à des diagnostics erronés ou à une sous-estimation de la gravité de la maladie¹⁹. Les raisons de l'insuffisance des tests sont multifactorielles¹⁹ et les protocoles basés sur les thérapeutes respiratoires ont considérablement augmenté les tests de spirométrie dans le cadre des soins primaires chez les enfants asthmatiques²⁰.

Lorsque des tests de la fonction pulmonaire plus détaillés sont requis, l'opérateur doit également démontrer un haut degré de compétences. Les thérapeutes respiratoires reçoivent une éducation et une formation spécifiques sur les lignes directrices et les normes en matière de spirométrie et d'examen de la fonction pulmonaire, les normes relatives à l'équipement et l'interprétation des résultats des tests de la fonction pulmonaire avant de faire leur entrée dans la pratique¹⁰. Ils sont compétents pour réaliser d'autres tests de la fonction respiratoire, tels que les tests d'oxymétrie, le prélèvement de sang artériel et les tests¹⁰.

Dépistage, tests et gestion des troubles du sommeil

Plus de 2 millions de Canadiens déclarent avoir reçu un diagnostic d'apnée du sommeil²¹, même si l'on pense que l'incidence réelle de l'apnée du sommeil est plus élevée²². Les thérapeutes respiratoires sont formés au dépistage et aux tests de l'apnée du sommeil et possèdent des connaissances et une expertise spécialisées dans l'initiation et le titrage de la ventilation mécanique non invasive dans la gestion de l'apnée du sommeil¹⁰.

Rééducation pulmonaire

La réadaptation pulmonaire est recommandée dans la prise en charge des maladies pulmonaires chroniques, notamment les maladies pulmonaires interstitielles, les bronchectasies et la MPOC. Il a en effet été démontré que la réadaptation pulmonaire réduisait la dyspnée, augmentait la tolérance à l'exercice et améliorait la qualité de vie^{23,24}. Malgré cela, seulement 0,4 % des personnes ayant reçu un diagnostic de MPOC au Canada ont accès à un programme de réadaptation pulmonaire²⁵. L'inclusion de thérapeutes respiratoires dans les cliniques de réadaptation pulmonaire améliore la connaissance et l'utilisation des lignes directrices sur les maladies pulmonaires chroniques et l'éducation des patients concernant l'évolution de leur maladie; elle offre en outre les avantages supplémentaires d'un meilleur accès et d'une meilleure qualité des tests de la fonction pulmonaire²⁶.

Au sujet de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR)

La SCTR est l'association professionnelle nationale qui représente les thérapeutes respiratoires de partout au Canada. La SCTR fait la promotion de la profession aux niveaux national et international. Elle

est aussi l'agence d'agrément des thérapeutes respiratoires qui exercent dans des régions non réglementées au Canada.

Contact :

Société canadienne des thérapeutes respiratoires
201-2460 chemin Lancaster
Ottawa, ON K1B 4S5
csrt@csrt.com

Approuvé par : conseil d'administration de la SCTR (octobre 2023)

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Quel est l'état de santé des Canadiens? Brève mise à jour (2019). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-38-no-10-2018/aperçu-santé-canadiens.html>
2. Roberts K, Rao D, Bennett T, Loukine L, Jayaraman G. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2015 Aug;35(6):87-94. doi: 10.24095/hpcdp.35.6.01. PMID : 26 302 227; PMCID : PMC4910465.
3. Association pulmonaire du Canada. Malgré une cote « B » en santé respiratoire au pays, trop de Canadien(ne)s meurent de maladies respiratoires <https://www.poumon.ca/malgr%C3%A9-une-cote-%C2%AB-b-%C2%BB-en-sant%C3%A9-respiratoire-au-pays-trop-canadiennes-meurent-maladies-respiratoires>
4. Gouvernement du Canada. L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/asthme-maladie-pulmonaire-obstructive-chronique-canada-2018.html>
5. Finley C, Chan D, Garrison S, Korownyk C, Kolber M, Campbell S, et al. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. Can Fam Physician. 2018 Nov;64(11):832-840. PMID: 30429181; PMCID: PMC6234945.
6. Okun S, Schoenbaum S, Andrews D, Chidambaram P, Chollette V, Ricciardi R, et al. Patients and health care teams forging effective partnerships (2014). ResearchGate: the national academy of science et al., editors. 2014. <https://doi.org/10.31478/201412f>
7. Schor A, Bergovoy-Yellin L, Landsberger D, Kolobov T, Baron-Epel O. Multidisciplinary work promotes preventive medicine and health education in primary care: a cross-sectional survey. Isr J Health Policy Res. 2019 Jun 6;8(1):50. doi: 10.1186/s13584-019-0318-4.
8. Rickards T, Kitts E. The roles, they are a changing: Respiratory Therapists as part of the multidisciplinary, community, primary health care team. Can J Respir Ther. 2018 Winter;54(4):10.29390/cjrt-2018-024. doi : 10.29390/cjrt-2018-024. Epub 2018 Feb 1. PMID : 31 164 789; PMCID : PMC6516139.
9. Gouvernement de la Colombie-Britannique. The role of respiratory therapists in primary care (2020). https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2020/12/Role-Description_RespiratoryTherpist.pdf

10. Alliance nationale des organismes de règlementation de la thérapie respiratoire (2016). National competency framework for the profession of respiratory therapy: Part 1 : Entry to practice competencies. https://www.csrt.com/wp-content/uploads/EN_Framework_2016_NARTRB_NCF_Part1.pdf
11. Kollef M, Shapiro S, Clinkscale D, Cracchiolo L, Clayton D, Wilner R, Hossin L. The effect of respiratory therapist-initiated treatment protocols on patient outcomes and resource utilization. *Chest*. 2000 Feb;117(2):467-75. doi: [10.1378/chest.117.2.467](https://doi.org/10.1378/chest.117.2.467). PMID: 10669692.
12. LaRoché K, Hinkson C, Thomazin B, Minton-Foltz P, Carlbom D. Impact of an Electronic Medical Record Screening Tool and Therapist-Driven Protocol on Length of Stay and Hospital Readmission for COPD. *Respir Care*. 2016 Sep;61 (9) : 1137-43. doi: [10.4187/respcare.04588](https://doi.org/10.4187/respcare.04588). Epub 2016 Jul 5. PMID: 27381203.
13. Silver P, Kollef M, Clinkscale D, Watts P, Kidder R, Eads B, et al. A Respiratory Therapist Disease Management Program for Subjects Hospitalized With COPD. *Respir Care*. 2017 Jan;62 (1) : 1-9. doi: [10.4187/respcare.05030](https://doi.org/10.4187/respcare.05030). Epub 2016 Nov 29. PMID: 27899531.
14. Truumees M, Kendra M, Tonzola D, Chiu S, Cerrone F, Zimmerman D, et al. The Impact of a Home Respiratory Therapist to Reduce 30-Day Readmission Rates for Exacerbation of COPD. *Respir Care*. 2022 Jun;67(6):631-637. doi: [10.4187/respcare.08125](https://doi.org/10.4187/respcare.08125). Epub 2022 Jan 5. PMID: 34987079.
15. Fascia W, Pedley J. Respiratory therapists in a primary role as disease manager. *Can J Respir Ther*. 2018;54(4). <https://doi.org/10.29390/cjrt-2018-23>
16. Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Vacciner (2022). <https://www.opiq.gc.ca/membres/activites-reservees/vacciner/>
17. Yang C, Hicks E, Mitchell P, Reisman J, Podgers D, Hayward K, Ramsey C. Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 5.6 (2021): 348-361. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2021.1945887>
18. Bourbeau J, Bhutani M, Hernandez P, Aaron S, Balter M, Beauchesne M, et al. Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline on pharmacotherapy in patients with COPD – 2019 update of evidence (2019) *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 3:4, 210-232, doi: [10.1080/24745332.2019.1668652](https://doi.org/10.1080/24745332.2019.1668652)
19. Gupta, S. Diagnosing asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian Family Physician* Jun 2022, 68 (6) 441-444; DOI: [10.46747/cfp.6806441](https://doi.org/10.46747/cfp.6806441)
20. Long H, Cobb K, Leisenring P, King S, Willis L, Pesek R, Berlinski A. Implementation of a Respiratory Therapist-Driven Protocol for Spirometry and Asthma Education in a Pediatric Out-Patient Primary Care Setting. *Respir Care*. 2023 Sep;68 (9) : 1195-1201. doi: [10.4187/respcare.10930](https://doi.org/10.4187/respcare.10930). Epub 2023 May 16. PMID : 37 193 600; PMCID : PMC10468161.
21. Statistique Canada. Apnée du sommeil au Canada, 2016 et 2017 (2018). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54979-fra.htm>
22. Finkel K, Searleman A, Tymkew H, Tanaka C, Saager L, Safer-Zadeh E, et al. Prevalence of undiagnosed obstructive sleep apnea among adult surgical patients in an academic medical center. *Sleep Med*. 2009 Aug;10(7):753-8. doi: [10.1016/j.sleep.2008.08.007](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.08.007). Epub 2009 Jan 30. PMID: 19186102.
23. Spruit M, Singh S, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188 : e13-64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
24. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society

Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390–1413. doi: [10.1164/rccm.200508-1211ST](https://doi.org/10.1164/rccm.200508-1211ST)

25. Camp P, Hernandez P, Bourbeau J, Kirkham A, Debigare R, Stickland M, et al. Pulmonary rehabilitation in Canada: A report from the Canadian Thoracic Society COPD Clinical Assembly. *Can Respir J*. 2015 May-Jun;22(3):147-52. doi: [10.1155/2015/369851](https://doi.org/10.1155/2015/369851). Epub 2015 Apr 7. PMID: 25848802; PMCID: PMC4470547.
26. Doyle D, Tommarello C, Broce M, Emmett M, Pollard C. Implementation and Outcomes of a Community-Based Pulmonary Rehabilitation Program in Rural Appalachia. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2017 Jul;37(4):295-298. doi: [10.1097/HCR.0000000000000247](https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000247). PMID: 28306684; PMCID: PMC5482560.