



## Traiter l'asthme persistant de l'adulte

En 2005, l'asthme a été diagnostiqué chez 8,3 % de la population générale de plus de 12 ans (ce qui représente 2,25 millions de Canadiens). Les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'asthme chronique persistant recommandent d'utiliser des corticostéroïdes en inhalation et des agonistes bêta<sub>2</sub> à action brève comme palliatifs de première ligne. Si les corticoïdes ne parviennent pas à bien contrôler l'asthme, les lignes directrices préconisent une polythérapie complémentaire d'agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action et de corticostéroïdes.

Le recours à cette polythérapie pour l'asthme persistant de l'adulte est pratique clinique courante. La polythérapie est subventionnée par les régimes d'assurance-médicaments publics des provinces, mais les critères de remboursement de ces régimes varient. Cela s'explique par les préoccupations que soulèvent, dans ce contexte de ressources limitées, la pertinence des soins cliniques et la durabilité du financement des médicaments.

Le rapport de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), intitulé *Long-Acting Beta<sub>2</sub>-Agonist and Inhaled Corticosteroid Combination Therapy for Adult Persistent Asthma: Systematic Review of Clinical Outcomes and Economic Evaluation*, évalue l'efficacité clinique, l'innocuité et la rentabilité de la polythérapie qui consiste à associer, dans les cas d'asthme persistant de l'adulte, un agoniste bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action à un corticostéroïde en inhalation. Les conclusions tirées de l'analyse clinique et de l'analyse coût-efficacité sont les suivantes :

- Les lignes directrices actuelles de pratique clinique se basent sur des données. La polythérapie associant les agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action à un corticostéroïde en inhalation ne devrait être prescrite qu'à l'adulte dont l'asthme n'est pas bien contrôlé par les corticoïdes en inhalation. Il n'y a pas de différences cliniques significatives entre les diverses polythérapies d'agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action et de corticostéroïdes en inhalation.

- Les changements dans la pratique clinique peuvent contribuer à réduire les coûts sans pour autant compromettre les résultats en santé. Les dépenses en médicaments pour l'asthme continuent d'augmenter. On pourrait réaliser des économies substantielles dans les listes provinciales des médicaments assurés, et ce, sans compromettre la santé de la population, si l'on augmente la dose des corticostéroïdes par inhalation dans la polythérapie associant des doses faibles ou moyennes de médicaments et dans la monothérapie par agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action.
- L'utilisation des agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action devrait être réservée au patient qui ne répond pas aux autres options de traitement. L'évaluation économique primaire conclut que la stratégie de traitement serait plus rentable si l'on introduit plus tard les agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action. La stratégie optimale de traitement serait d'introduire les agonistes bêta<sub>2</sub> à longue durée d'action chez l'adulte dont l'asthme n'est pas suffisamment contrôlé par des doses élevées de corticoïdes en inhalation.

Vous trouverez ce rapport et les documents à l'appui sur le site de l'ACMTS à [www.cadth.ca](http://www.cadth.ca).

*L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme national qui a pour but de fournir aux décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux en matière des soins de santé des informations et des conseils crédibles et impartiaux, fondés sur les données probantes, sur l'efficacité et l'efficacité des médicaments et d'autres technologies de la santé.*