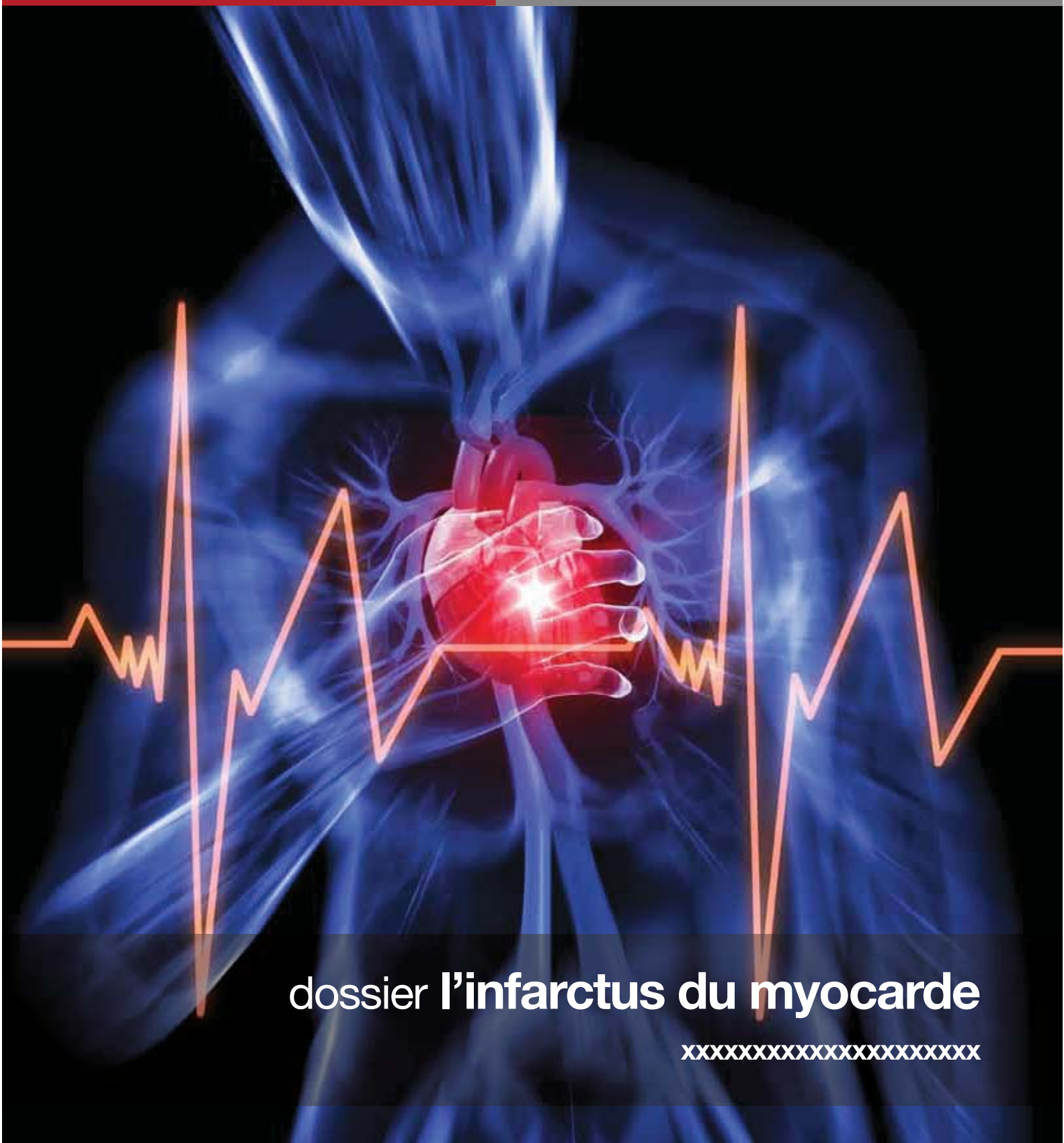


l'inhalo

Revue de
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
volume 27, numéro 2, juin 2010



dossier **l'infarctus du myocarde**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Même si vous quittez la chambre, nous sommes présents^{MS}



Système Patient SafetyNetTM de Masimo

Parce que les événements sentinelles arrivent
toujours quand on s'y attend le moins

Qu'un patient ne puisse pas rentrer chez lui à la suite d'un examen de routine à cause d'un événement sentinelle est la dernière chose que l'on souhaite. Malheureusement, l'augmentation des analgésiques contrôlés par le patient et la diminution de la surveillance directe en raison du manque de personnel soignant réduisent les chances qu'un clinicien soit présent lors d'un incident thérapeutique qui peut être évité. Avec le système Patient SafetyNet de Masimo, vous pouvez avoir l'esprit tranquille, car des alertes précises sont immédiatement envoyées aux cliniciens appropriés. Ce système rentable et flexible fonctionne avec votre système informatique. Le système Patient SafetyNet de Masimo est équipé de l'oxymètre de pouls SET[®], qui est l'appareil de référence pour prendre des mesures lors de mouvements et de perfusions lentes, ce qui permet de réduire les fausses alertes, et du système RadNet[®], qui sert à alerter les cliniciens et à surveiller les patients à distance. Ce système a permis à un important hôpital universitaire de réduire d'environ 50 % les transferts depuis le service de médecine générale vers l'unité de soins intensifs et de 70 % le délai d'intervention du personnel soignant.

Pour en savoir davantage sur la manière dont la plateforme RadNet et Rainbow[®] SET de Masimo peut être utilisée dans les initiatives de votre établissement concernant la sécurité des patients et la réduction des risques, composez le 1 800 257-3810 ou visitez le www.masimo.com.





Les personnes formées à l'étranger: une relève de qualité!

A l'instar de plusieurs professions, nous recevons un nombre croissant de demandes d'équivalence de personnes formées à l'étranger qui désirent accéder à la profession d'inhalothérapeute au Québec.

Cette réalité soulève plusieurs questionnements et inquiétudes. Ces personnes sont-elles aussi compétentes qu'un individu formé au Québec? Comment bien les intégrer aux réalités québécoises, etc.?

J'espère donc vous éclairer un peu avec ces quelques informations sur les différentes étapes qui mènent à l'obtention d'un permis de l'Ordre pour les personnes formées à l'étranger.

Ainsi, la personne formée à l'étranger qui présente une demande d'équivalence doit démontrer que son niveau de connaissances et d'habiletés équivaut à celui que possède le titulaire d'un diplôme québécois. Pour apprécier l'équivalence, le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) tient compte d'un ensemble de facteurs, dont la nature et le contenu des cours, la durée de l'expérience professionnelle, les stages cliniques de formation et le nombre d'années de scolarité. Après l'étude du dossier, des recommandations de stages et de cours sont adressées à la personne, laquelle doit y donner suite si elle souhaite accéder à la profession.

Puisque la grande diversité des formations données à travers le monde complique l'uniformisation des recommandations, toutes ces personnes, quel que soit leur pays d'origine, sont dirigées vers une maison d'enseignement où ils suivront la majorité des cours et des stages imposés pour l'obtention d'un permis. Au même titre que les étudiants réguliers au programme de Techniques en inhalothérapie, elles sont également soumises à l'Épreuve synthèse commune du programme.

L'Ordre a, en collaboration avec le Cégep de Rosemont et le soutien financier du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), développé un programme de formation d'appoint pour ces personnes. Considérant la diversité des profils de ces candidats, ce programme se présente en différents modules liés aux principaux secteurs d'activités de la profession. Au terme de ce programme, les étudiants obtiennent une attestation d'études collégiales (AEC). Ce nouveau programme permet de répondre aux exigences et ainsi d'obtenir un permis de l'Ordre, un an après le début de la formation. Toutes les personnes inscrites à ce programme doivent faire l'objet d'une recommandation de l'OPIQ. Vous aurez compris qu'il ne s'agit pas ici d'offrir un programme au rabais à qui désire devenir inhalothérapeute.

Beaucoup de confusion règne autour de cette attestation, car la plupart des employeurs exigent le diplôme et l'adhésion à l'OPIQ comme conditions d'embauche. Or, dans les faits, la seule chose qui doit être requise est le permis d'exercice délivré par l'OPIQ.

Ainsi, les personnes formées à l'étranger qui ont réussi tous les cours, les stages et l'examen possèdent les mêmes compétences que tous nos membres. Nous saluons de telles initiatives, car nous sommes convaincus que ce programme contribuera à offrir des soins et des services de qualité à la population québécoise et à amoindrir les effets de la pénurie de ressources en inhalothérapie. Aussi, je vous invite tous à relever le défi de la diversité et à les accueillir, à titre de stagiaire ou de collègue, au sein de vos équipes de travail.

Sur ce, je vous souhaite à tous un été énergisant, stimulant. Soyez fins prêts pour la rentrée et notre rendez-vous automnal à Charlevoix! 

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

sommaire

- 3** **Éditorial**
- 4** **Avant-propos**
- 6** **Mot de la présidente**
- DOSSIER LE DEUIL**
- 8** **Le deuil d'un patient vécu par les professionnels de la santé**
- 16** **La « juste proximité » facilite le deuil des professionnels**
- 20** **Deuil normal et pathologique**
- 24** **FINANCES**
Questions fiscales, fonds communs
- 25** **ACTUALITÉS**
Soumettre la candidature d'un collègue au prix Mérite du CIQ 2010? Pourquoi pas?
- 26** **L'histoire de la ventilation mécanique : des machines et des hommes**
- 34** **Conditions météorologiques et santé, faut-il s'en soucier?**
- 42** **Des inhalothérapeutes se démarquent**
- 38** **CRITIQUE ET PRATIQUE**
Une bouffée d'air frais contre les nausées et les vomissements postopératoires
- 40** **Campus OPIQ**
- 44** **Babillard**
- 46** **Questionnaire détachable pour la formation continue**

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

Nathalie Bérard, inh., Eric Cardin, inh., Réjean Duchesne, inh., Johanne Fillion, inh.,
Francine Gagnon, inh., Mylène Gauthier, inh., Mélanie Grondin, inh., Francine
LeHouillier, inh., Pascal Rioux, inh., Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Pauline Breton-Truchon, Araceli Fraga, Raymond Proulx

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

2^e vice-présidente

Nathalie Bérard, inh.

Trésorière

Francine LeHouillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^{re} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétrault, inh.

Coordonnatrice aux technologies de l'information et secrétaire à l'inspection

Francine Beaudoin

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'accueil et service aux membres

Marie Andrée Cova

Syndic

Joëlle Larivière, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Jasmine Beaudet, inh., D^e Claude Cyr, M^{re} Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh.,
Bernard Marin, Marise Tétrault, inh.,

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2010

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et archives nationales du Québec.

ISSN-1494-1945

Conception, réalisation, révision, correction d'épreuves et traduction

Fusion Communications et Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ

Sophie D'Ayron

Production graphique

Transcontinental Québec

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0

Tél.: (450) 227-8414 • Téléc.: (450) 227-8995

Courriel: info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes

désigne aussi bien les femmes que les hommes.

l'inhalo n'est associé à aucune publicité apparaissant dans ses pages.

avant-propos



Il fait 36 ° à l'ombre, l'indice Humidex est élevé, il y a une alerte au smog, bref sale temps pour les personnes souffrant de problèmes respiratoires et cardiaques, les urgences risquent d'être occupées!

Urgence cardiaque... Code bleu... Code 99, peu importe le vocabulaire, tous, nous savons alors que chaque seconde compte!

L'infarctus, parfois insidieux, parfois fulgurant, marque, on le sait, le myocarde de lésions irréversibles certes, mais qu'en est-il des séquelles

psychologiques? Se peut-il que le malade cardiaque présente une détresse différente de celle rencontrée dans d'autres maladies? « N'oublions pas que le cœur est le centre de la forge, le siège de l'amour et de la haine, de la joie et de la tristesse » et que, conséquemment, l'atteinte touche à plusieurs sphères de la vie (familiale, professionnelle, sexuelle, etc.) de la personne atteinte. Rappelez-vous cette publicité sur le cancer où les membres d'une famille prenaient la pose, heureux et souriants, puis la seconde suivante, tous tombaient à la renverse sous le choc de la nouvelle? C'est exactement la même chose pour les maladies cardiovasculaires: il ne s'agit pas que d'atteinte physique, pas plus que l'atteinte n'affecte que le seul individu. Si le premier article du dossier (page XX) se veut un rappel des notions importantes concernant l'infarctus, le second texte discute, quant à lui, des conséquences psychiques d'une atteinte cardiovasculaire. Il est signé Michel Grosbois, qui travaille en Suisse à titre de thérapeute en réadaptation cardiovasculaire. Il s'agit d'une première collaboration internationale, M. Grosbois ayant gentiment accepté que je reproduise un extrait de son mémoire de maîtrise. J'aurais tout aussi bien pu vous le présenter dans la revue d'avril dernier portant sur le deuil, puisqu'il s'intitule *Perte, Deuil et Renaissance dans les maladies cardiovasculaires*, mais je trouvais l'angle abordé très concret et collé au thème de cette édition. Curieux quand même... Il y a deux ans, à cette même date exactement (NDLR 25 mai), je souhaitais, en conclusion à mon avant-propos, un bel été à ma meilleure amie, qui se remettait tranquillement... d'un infarctus. Aussi, je lui dédie ce texte.

Toujours en mouvement! Vous avez certainement remarqué, joint à *l'inhalo*, le programme scientifique du 37^e congrès annuel de l'OPIQ. Cette année, les 15 et 16 octobre prochain, la magnifique région de Charlevoix sera l'hôte de notre événement, qui souligne aussi le 25^e anniversaire de la reconnaissance de notre profession et de son intégration au système professionnel québécois. Encore une fois, le contenu scientifique a été élaboré à partir de vos suggestions et, aussi, soucieux d'être au-devant des tendances, des nouveautés à venir. J'espère vous voir nombreux à cet incontournable rendez-vous d'automne.

Sur ce, je vous souhaite un merveilleux été. Profitez bien de ce temps d'arrêt tant attendu et mérité.



1 GROSBOIS, Michel. Gastlosenspit, 1996. *Perte, Deuil et Renaissance dans les maladies cardiovasculaires* écrit dans le cadre de la soutenance du diplôme universitaire de thanatologie sur le *Deuil*, p. 1.

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux communications

index des annonceurs

Association pulmonaire 23	Devilbiss 15	Masimo 2
Assurances La Capitale 21	Dräger Medical 48	M.D. Santé 33
BM enr. 39	Grass Technologies 19	RenaudExec 14
Bomimed 47	Hôpital Maisonneuve-Rosemont 29	RIIRS 18
Carestream Medical Ltd. 31	Laboratoires Biron 17	Soins direct 13
Covidien 11	Maquet-Dynamed 5	UQAT 43



VOUS VIVEZ ET RESPIREZ L'EXCELLENCE

Nellcor^{MC}
Mon-a-therm^{MC}
Puritan Bennett^{MC}
Airox^{MC}
Mallinckrodt^{MC}
DAR^{MC}
Shiley^{MC}
Sandman^{MC}

Nous également. Depuis des années, les plus grands fournisseurs de soins de santé se tournent vers ces marques préférées dans le monde entier pour leur fiabilité en matière de surveillance des patients, de ventilation, de traitement des voies respiratoires et de dispositifs de traitement du sommeil. Aujourd'hui, il leur suffit de se tourner vers Covidien. Venez découvrir pourquoi.



Le deuil

Le thème de cette parution m'a inspiré pour vous décrire l'évolution d'un de nos dossiers. Deuil, vocable tellement profond et empreint de toute une gamme d'émotions. Qui d'entre vous n'a pas vécu la perte d'un être cher : mère, père, enfant, ami ? Mais le deuil ne se limite-t-il qu'à la perte d'une personne significative ? Certes non. Le deuil revêt plusieurs formes et ce, à divers niveaux. On l'associe aussi à la perte d'un emploi, d'une capacité physique, à une amputation, à l'apparition

d'une maladie chronique, entre autres. Ici, celui dont je vous parle est la fin d'un projet dans lequel beaucoup d'énergie et d'espoir ont été investis avec le plus grand optimisme, autant de la part de la permanence que du Conseil d'administration. Il s'agit du dossier de l'intégration des perfusionnistes cliniques au sein de notre Ordre. Nous vous tenions informé de l'évolution de ce dossier, dans des parutions antérieures de *l'inhalo* ou lors de rencontres. Mais voilà maintenant que l'intégration, qui devait s'effectuer le 1^{er} avril 2010, ne se produira pas.

Pour résumer la situation, il nous faut mentionner que depuis les six dernières années, nous y avons travaillé avec énergie et que nous y croyions fermement. Une réflexion de fond, une analyse des impacts tant positifs que négatifs avaient été effectuées. La connexité d'une partie de nos champs de pratiques spécifiques nous avait rapidement convaincus de participer aux travaux présidés par l'Office des professions, et ce, dans le but d'intégrer les perfusionnistes. Nous étions convaincus, pour la protection du public, qu'ils devaient joindre le système professionnel, car leur pratique est à risque de préjudice.

Cette intégration demandait certains ajustements et changements, tel l'abolition d'un poste d'administrateur inhalothérapeute élu, afin de permettre la représentation d'un perfusionniste au sein du Conseil d'administration. Les administrateurs étaient même prêts à permettre à deux perfusionnistes de siéger, pendant une période dite d'acclimatation. Ici, il est pertinent de mentionner des chiffres, soit l'intégration d'une soixantaine de perfusionnistes avec les 3550 inhalothérapeutes. Afin de vivre une intégration harmonieuse, le CA était aussi prêt à retarder la révision de toute la réglementation, révision découlant de l'adoption du projet de loi 75, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives* et qui vise principalement à alléger la réglementation et son processus. Nous avons

pris la décision d'attendre l'intégration des perfusionnistes, afin qu'ils puissent participer activement à cet exercice de modifications, puisque ces règlements deviendraient désormais les leurs.

Au terme des travaux menés par l'Office, auxquels participaient des représentants du Collège des médecins, de l'Association des perfusionnistes et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, tous en étaient venus à un consensus, permettant la rédaction et la publication du projet de *Décret sur l'intégration des perfusionnistes cliniques à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*.

Dans ce décret, un champ descriptif ainsi que des activités réservées étaient évidemment libellés pour la pratique de la perfusion. Mais voilà qu'une réalité découlant de la rédaction de ces nouvelles activités, obligeait de définir plus spécifiquement la pratique professionnelle des inhalothérapeutes en ECMO¹ et en autotransfusion. Comprenez bien qu'ici, nous ne revendiquions aucunement une nouvelle pratique, mais qu'il fallait simplement mieux la cerner. Il y a donc eu deux « nouvelles » activités réservées aux inhalothérapeutes incluses dans le décret, nouvelles n'étant vraiment pas le qualificatif approprié, puisque les inhalothérapeutes occupaient déjà ces champs de pratique.

Pour des raisons qui nous échappent encore et malgré que la publication du décret soit échue, l'Association des perfusionnistes a manifesté son désaccord concernant les activités réservées aux inhalothérapeutes. Je vous fais grâce ici des faits d'intérêts secondaires pour simplement vous informer que faisant suite à cette volteface, le Conseil d'administration a, le 26 novembre dernier, résolu de mettre fin au processus d'intégration.

Tout comme un deuil, nous sommes passés par différentes étapes : le choc, le déni, le sentiment d'échec, le désabusement. Mais maintenant, nous regardons droit devant et nous consacrerons dorénavant nos énergies et nos ressources tant humaines que financières, dans l'avancement des dossiers reliés à la pratique professionnelle de l'inhalothérapie, pour répondre au mandat qui nous est dévolu, soit celui de la protection du public. 



Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente

¹ ECMO : Extra Corporal Membrane Oxygenation ou assistance cardiorespiratoire par oxygénation extracorporelle.

mot de la
présidente



Mourning

The underlying theme of this edition has inspired me to describe to you the evolution of one of our case files. Mourning, such a profound word coloured by a range of emotions. Who among us hasn't experienced the loss of a loved one: mother, father, child, friend? But is mourning reserved only for the loss of a significant person? Of course not. Mourning takes many forms at many different levels. It can be associated to job loss, to physical incapacity, to amputation, to the emergence of a chronic disease, among other things.

The mourning I am referring to is the cancellation of a proposal that had been invested of so much energy, hope, and optimism by the permanent staff as well as by the Board of directors. This proposal was the integration of the clinical perfusionnists to our Ordre. We were updating you on the evolution of this issue in past editions of *l'inhalo* or in our meetings. But now, the integration that was scheduled to become effective on April 1st, 2010 is not going to happen.

To summarize the present situation, we must mention that for the last six years, we worked at it with energy and we firmly believed in it. A fundamental discussion, an analysis of positive and negative impacts were conducted. The intersecting parts of our specific fields of practice have quickly convinced us to get involved in the work presided by the *Office des professions*, and this, with the goal of integrating the clinical perfusionnists. We were convinced, for the public good, that they needed to gain the status of profession because their practice poses a risk of prejudice.

This integration would have required some adjustments and changes like the abolition of one elected seat held by a respiratory therapist in order to allow a clinical perfusionniste to sit on the Board of directors. The administrators were even ready to allow two clinical perfusionnists to sit for the duration of an acclimatization period. It is essential here to speak of numbers, namely integrating about sixty clinical perfusionnists with 3550 respiratory therapists. In order for the integration to be harmonious, the Board was ready to postpone revising the regulations, revision ensuing from the adoption of Bill 75, the *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives* which aims, mainly, to simplify the regulation process. We had decided to wait until the clinical perfusionnists were integrated to allow them to participate actively in the modification process since these regulations would also become theirs.

At the end of the work done by the *Office*, at which took part representatives from the *Collège des médecins*, the *Association des perfusionnistes* and the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes*, everyone came to a consensus, allowing the *Décret sur l'intégration des perfusionnistes cliniques à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes* proposal to be written and published.

In this decree, a descriptive field as well as reserved activities were, of course, drawn up for the practice of clinical perfusionnists. But while drawing up the new activities, reality forced us to define more precisely the professional practice of respiratory therapists in regards to ECMO¹ and autotransfusion. You must understand here that we were absolutely not claiming a new practice field, but simply that we needed to outline it more precisely. Thus, two "new" activities reserved to respiratory therapists had been included in the decree, "new" not exactly being the right word since respiratory therapists were already working in these fields.

For reasons that still escape us and despite the fact that the publication of the decree is expired, the *Association des perfusionnistes* disagreed with the activities reserved to respiratory therapists. I dispense you of the secondary facts to simply inform you that, following this about-turn, the Board of directors has, this past November 26, resolved to terminate the integration process.

Just like mourning, we passed through different stages: shock, denial, sense of failure, disillusion. But now, we look straight ahead and from now on we will concentrate our energies and our resources, human as well as financial, in advancing the issues related to the professional practice of respiratory therapy, to honour the mandate that is ours, which is the protection of the public.

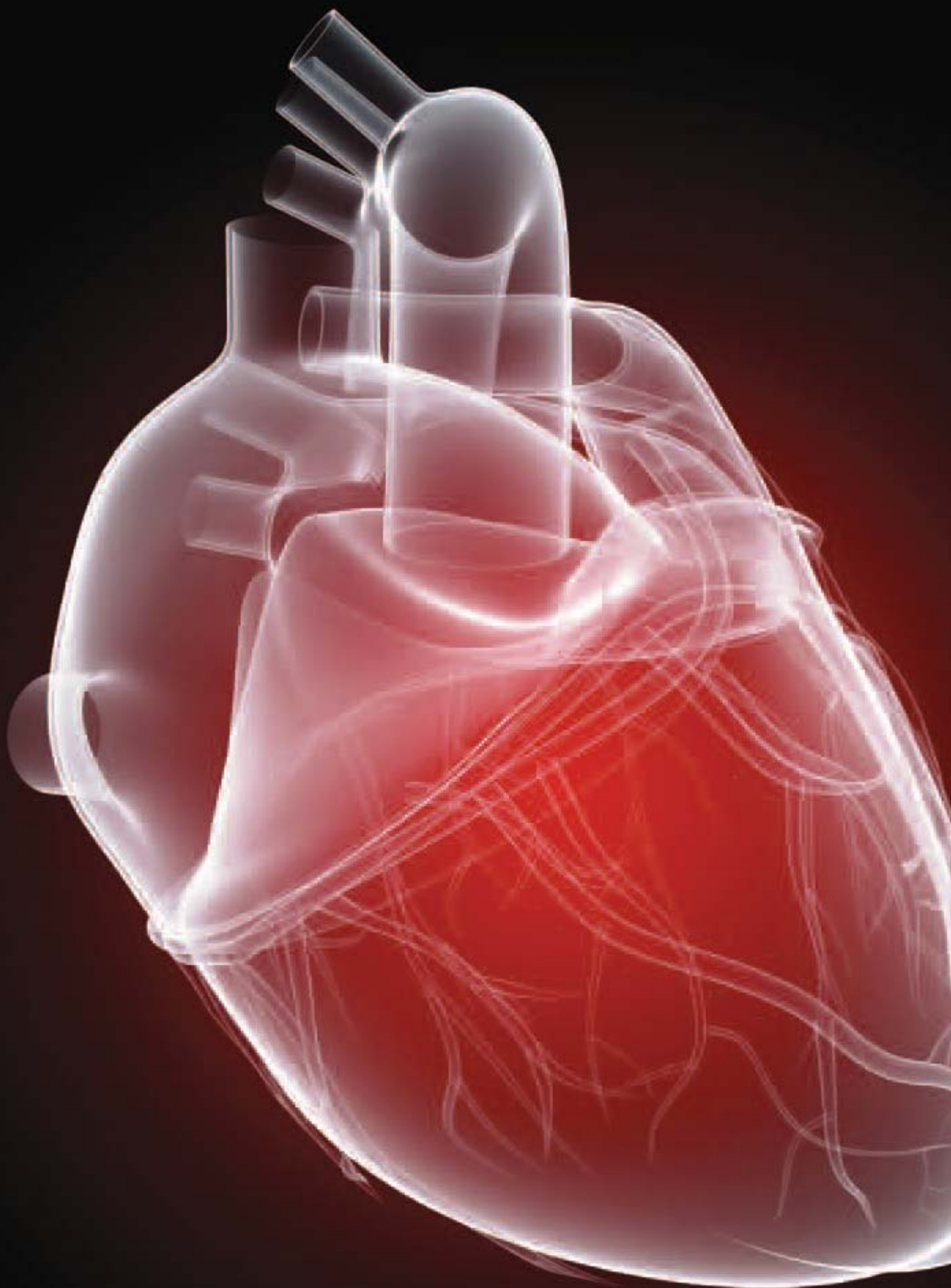


Céline Beaulieu, inh., B.A.
president

1 ECMO: Extra Corporal Membrane Oxygenation

a word from
the president





L'infarctus

Tout ce que vous devriez savoir...

par **Josée Gobeil**, inh., instructrice FMCC, enseignante, Cégep de Chicoutimi

Reconnaissez-vous cette situation ?

***I**l est 4 h du matin, M. X se présente à l'urgence. Il est en sueur, il se plaint d'une vive douleur au thorax, il est pâle et nauséeux. Il vous regarde et vous mentionne qu'il va mourir...*

Le présent article se veut un rappel des notions importantes sur l'infarctus du myocarde et votre rôle comme inhalothérapeute pour aider et traiter ces patients.

D'abord, dressons un portrait de M. X. :

- il a 55 ans;
- il a un surplus de poids;
- il préfère regarder le sport à la télé;
- le dernier bilan sanguin a révélé de l'hypercholestérolémie;
- son travail lui occasionne beaucoup de souci.

Que s'est-il passé ?

Lorsque la circulation sanguine vers le cœur est réduite ou interrompue par un blocage, c'est l'infarctus ou la « crise cardiaque ».

Dans 90 % des cas, le blocage est causé par un caillot sanguin. Il peut également se produire une restriction du flux sanguin des artères coronaires, causée par une accumulation sur une plaque athéromateuse ou un spasme vasculaire, privant ainsi le cœur d'oxygène.



Voici un tableau des différents facteurs de risques :

Facteurs de risques modifiables	Facteurs de risques non modifiables
Tabagisme	Âge
Sédentarité	Sexe
Hypertension	Antécédents familiaux de coronopathie précoce (< 60 ans)
Hypercholestérolémie	Origine ethnique
Embonpoint ou obésité	Affections inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde, lupus, psoriasis)
Diabète	

Environ 80 % des Canadiens présentent un facteur parmi :

- Tabagisme
- Inactivité physique
- Surplus de poids
- Hypertension
- Diabète

Et près de 11 % en présentent trois ou plus. Portrait peu reluisant, car les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de décès au Canada et une des principales causes d'hospitalisation.

Par contre, et c'est une bonne nouvelle, le taux de mortalité ne cesse de diminuer en grande partie grâce à une meilleure maîtrise des facteurs de risques, une meilleure prise en charge, et aussi grâce à l'amélioration des traitements.

Tabagisme

Le tabagisme augmente l'incidence de toutes les formes de maladies cardiovasculaires ; il s'agit du principal facteur de risque.

26 % de la population québécoise fume, ce qui représente 1,7 million de personnes. Le tabagisme réduit l'espérance de vie de 10 ans. Sur un suivi de 15 ans, les patients fumeurs présentaient un taux de mortalité de 83 % par rapport à ceux qui cessaient de fumer, dont le taux de mortalité chutait à 37 %... Il existe maintenant sur le marché plusieurs traitements pour l'abandon du tabagisme. Notre rôle comme inhalothérapeute pour informer et encourager les patients à cesser l'usage du tabac est donc important.

L'inactivité physique

La pratique régulière d'activité physique permet de réduire de moitié les risques d'un événement cardiaque. L'activité physique régulière permet de réduire le poids, améliorer le taux de cholestérol sanguin, la tension artérielle ainsi que le diabète. Nul besoin d'être un athlète olympique, la pratique d'une activité modérée à vigoureuse, de 30 à 60 minutes presque tous les jours (de préférence les jours de la semaine), contribue à réduire les maladies cardiovasculaires selon plusieurs études. En 2000, 56,5 % de la population était inactive!

L'excès de poids

La plupart des pays industrialisés font face à un problème de taille : l'embonpoint et le diabète.

Selon la Société canadienne de cardiologie, on s'attend à une augmentation des maladies cardiovasculaires dans la prochaine décennie, justement occasionnée par un mode de vie de plus en plus sédentaire, par l'obésité croissante et le diabète qui en découlent.

L'hypertension artérielle

Il s'agit d'un facteur de risque majeur. Elle fait augmenter de deux à trois fois les risques de maladies cardiovasculaires.

Hypercholestérolémie

L'usage de statines permet de contrôler le taux de cholestérol. Les nombreuses études pour prévenir l'athérosclérose ne s'entendent toujours pas sur un taux cible de LDL. Par contre, les données indiquent qu'un faible taux de LDL est associé à une diminution du risque de coronopathie.

Diabète

Il est l'un des facteurs responsables de la formation de plaque d'athérome et de sa progression. Le diabète est également associé à une augmentation de fibrinogène. Tout patient diabétique devrait bénéficier d'un traitement avec statines, permettant ainsi de réduire l'incidence de problèmes vasculaires.

L'âge

L'incidence augmente avec l'âge > 40 ans

Le sexe

L'infarctus se produit 2 fois sur 3 chez l'homme. Chez les femmes, 60 % des cas surviennent après 74 ans.

Chez la femme ménopausée, le risque se trouve accru, en raison des changements dans le bilan lipidique ainsi qu'une augmentation du taux de testostérone plasmatique.

Circonstances de survenue

La présence d'une variation circadienne fait en sorte que l'infarctus survient pendant les premières heures qui suivent le réveil.

Cela peut s'expliquer par :

- une augmentation de la fréquence cardiaque ;
- une augmentation de la tension artérielle qui survient au réveil et qui pourrait entraîner une rupture de la plaque d'athérome ;
- une augmentation de l'agrégation plaquettaire ;
- une augmentation de l'adhésion plaquettaire ;
- une augmentation de la viscosité du sang ;

Et favoriser la formation d'un thrombus...

Des études allemandes ont démontré que les infarctus sont plus fréquents les lundis, occasionnés par le stress du retour au travail à la suite d'une fin de semaine de repos.

On constate également une hausse des infarctus l'hiver, en raison de l'augmentation des facteurs de coagulation qui favorise la thrombose.

Selon la Société canadienne de cardiologie, l'adoption d'un mode de vie sain demeure la pierre angulaire de la prévention de la maladie cardiovasculaire.

Le diagnostic

Comme inhalothérapeute, vous aurez peut-être l'occasion de réaliser des électrocardiogrammes (ECG), chez des patients présentant des douleurs thoraciques persistantes depuis plus de 30 minutes. L'ECG demeure un test essentiel pour confirmer la présence d'un infarctus, sa localisation et son étendue. Il permet également de rechercher les signes d'ischémie myocardique, à savoir un sus ou un sous décalage du segment ST.

L'élévation des enzymes cardiaques (signe de mort cellulaire et de nécrose cardiaque) comme la CPK, LDH, SGOT, ne vient que confirmer la présence de l'infarctus. Les CPK et la troponine sont les premières enzymes dont le taux augmente. Elles ne sont cependant pas détectables avant la 6e heure, pour atteindre un pic à la 24e heure. On comprendra alors qu'il est hors de question d'attendre les résultats des analyses sanguines avant d'entreprendre une thrombolyse ou une angioplastie.

Toutefois, le dosage de la troponine I et T qui sont des protéines spécifiques du myocarde, constitue une avancée majeure dans la détection précoce. Elles sont très sensibles à l'ischémie, ce qui permet de distinguer rapidement si le patient présente une angine instable ou un infarctus du myocarde.

Les traitements

Les traitements reposent sur **la rapidité d'intervention** et sur la reconnaissance rapide des signes et des symptômes.

Le diagnostic doit être fait en moins de 30 minutes devant une douleur thoracique résistante à la nitroglycérine. Sachez qu'une

personne sur deux décède avant l'arrivée des secours... D'où l'importance de la formation en RCR chez le grand public.

Le rôle des services préhospitaliers est de première importance. Ils peuvent débiter les interventions rapidement : mesure de la TA, fréquence cardiaque, ECG, oxygénation, défibrillation et réanimation s'il y a lieu.

Plusieurs études américaines ont déjà évalué les avantages de débiter la thrombolyse en préhospitalier. Par contre, de ce côté-ci de la frontière, cette stratégie de traitement n'est pas encore applicable en raison des différences dans le système médical préhospitalier.

La thrombolyse est un traitement de premier ordre qui permet de sauver des vies. Elle doit être débiter dans les 2 heures suivant l'apparition des signes et symptômes. Il s'agit de la perfusion d'agent activateur de la plasminogène qui, en contact avec la fibrine du caillot, se transforme en plasmine. La plasmine peut alors dissoudre le thrombus. Au-delà de 12 heures, il n'y a plus de bénéfice à entreprendre la thrombolyse.

La streptokinase (Streptase®) d'origine bactériologique et l'altéplase (Activase®) d'origine humaine sont deux substances largement utilisées.

Malgré tous les bienfaits de la thrombolyse, il existe tout de même certaines contre-indications : antécédents d'hémorragie cérébrale, intervention cérébrale récente, AVC de moins de 12 mois, intervention chirurgicale de moins de 6 semaines en sont quelques exemples.

On note que mondialement, la thrombolyse s'avère la thérapie la plus utilisée par rapport à des stratégies plus invasives : elle est

Vos assurances : c'est réglé.



Exclusivement réservé aux membres

Obtenez **10 % de rabais** sur vos primes d'assurance automobile, habitation et véhicules récréatifs.

Concours

Par ici Paris!

Demandez une soumission et courez la chance de gagner

Règlements disponibles à la Vice-présidence marketing.

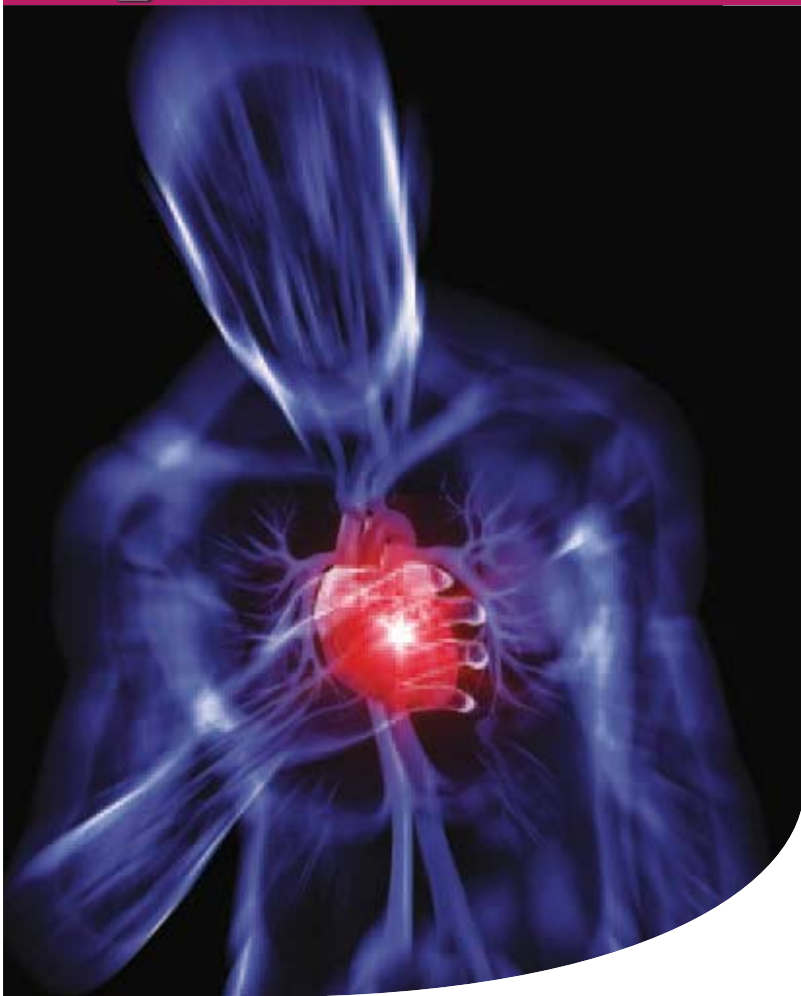


Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec



La Capitale
assurances générales
Cabinet en assurance de dommages

1 800 322-9226 • www.lacapitale.com



disponible dans tous les hôpitaux, il n'y a aucun délai de transport et le coût est moindre.

L'angioplastie constitue un autre traitement efficace, mais plus invasif. De nombreuses études ont démontré que l'angioplastie entraînait des résultats supérieurs à la thrombolyse au niveau de la reperfusion et du pronostic. Elle consiste à la désobstruction de l'artère au moyen d'un ballonnet avec ou sans endoprothèse (stent). Ceci permet de traiter le caillot et le vaisseau par la même occasion. Son taux d'efficacité est environ 95 %. Par contre, l'angioplastie n'est pas disponible dans tous les centres hospitaliers. C'est un acte médical complexe, souvent réalisé chez des patients présentant une instabilité hémodynamique. L'allergie à l'iode ou l'insuffisance rénale sont des contre-indications de l'angioplastie. La formation d'un hématome au point de ponction représente une des complications les plus fréquemment rencontrées.

Il faut se rappeler que le meilleur traitement est celui qui peut être disponible le plus rapidement possible. La reperfusion du myocarde se trouve directement proportionnelle à la rapidité d'action.

On constate également que **l'aspirine** (AAS) a un effet bénéfique. Il s'agit d'un antiplaquettaire peu coûteux et efficace en prévention secondaire de l'infarctus du myocarde. Lors des premiers symptômes, le patient doit croquer de 160 à 325 mg d'AAS. Ceci permet d'inhiber l'agrégation plaquettaire et de prévenir la réocclusion. En cas d'allergie ou d'intolérance gastrique, l'AAS peut être remplacée par le clopidogrel (Plavix®). Certaines études ont démontré la supériorité du **clopidogrel** 75 mg par rapport à l'AAS 325 mg/jour, il présente aussi moins d'effets secondaires.

La douleur thoracique est très anxiogène chez le patient. Donc, une des premières mesures est de commencer un traitement anxiolytique et antalgique avec de la morphine. **L'oxygénothérapie** est également de mise. Qui de mieux que l'inhalothérapeute pour appliquer ce traitement ?!

Autre médication de choix : **la nitroglycérine**. Celle-ci a pour effets de :

- diminuer la précharge et la postcharge;
- diminuer la consommation d'oxygène du myocarde;
- diminuer le retour veineux occasionné par la vasodilatation veineuse.

Les bêtabloquants

Ils permettent d'abaisser la consommation d'oxygène du myocarde en diminuant la fréquence cardiaque ainsi que la contractilité. Ils présentent aussi d'autres aspects intéressants tels la réduction de la taille de l'infarctus, la diminution des troubles de rythme et des risques de rupture myocardique.

Traitements des complications

La fibrillation ventriculaire représente la principale cause de mortalité pouvant survenir avant l'arrivée des premiers secours. La décharge électrique externe est le seul traitement rapide et efficace en cas de fibrillation ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire. Cet acte est maintenant enseigné à tous ceux qui suivent une formation en RCR. Au Québec, l'implantation de défibrillateur externe automatisé (DEA) dans les endroits publics s'effectue lentement mais sûrement.

L'insuffisance cardiaque aigüe, le choc cardiogénique, la rupture myocardique sont quelques complications pouvant survenir à la suite d'un infarctus.

Rôles de l'inhalothérapeute

En tant que professionnel spécialisé en santé cardiorespiratoire, vous serez appelés à intervenir auprès de patients présentant un infarctus, soit pour :

- évaluer la condition cardiaque en réalisant un électrocardiogramme;
- vérifier la condition cardiaque par un test à l'effort après l'infarctus;
- participer à la réanimation cardiorespiratoire (ventilation, massage cardiaque);
- enseigner et informer sur la modification des facteurs de risques (arrêt tabagique)
- prodiguer une assistance à anesthésique lors d'intervention chirurgicale au bloc opératoire;
- instaurer la ventilation mécanique aux soins intensifs et en faire le suivi clinique.

En conclusion

L'infarctus demeure encore à l'heure actuelle une importante cause d'hospitalisation et de mortalité. La prévention concernant les différents facteurs de risques, l'information à la population sont toujours d'actualité pour sensibiliser cette dernière à prendre soin de sa santé. En tant que professionnel de la santé cardiorespiratoire, l'inhalothérapeute contribue à promouvoir un mode de vie sain.

Pour en savoir un peu plus sur votre état de santé, visitez le site de la Fondation des maladies du cœur. Remplissez le questionnaire disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.fmcoeur.qc.ca>, sous l'onglet «évaluation du risque cardiaque». 

Référence

- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR. Mise à jour. [En ligne] [<http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>] (Consulté en décembre 2009).
- GENEST, J. et al. 2009. «Lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte. Recommandations de 2009».
- Canadian Journal of Cardiology. Vol 25, p. 1 à 14.
- INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL. Mise à jour 2009. [En ligne] [<http://www.icm-mhi.org/fr/maladies-coeur.html>] (Consulté en décembre 2009)
- AKOUDAD, H. et H. BENAMER. 2004. «Physiopathologie et étiopathogénie de l'infarctus de myocarde». Encyclopédie Médico-chirurgicale Cardiologie, Paris, Elsevier, Tome 2.1, 11-030, p. 5.
- BAUDOUY, P.Y. et P. BEAUFILS. 1998. «Diagnostic de l'infarctus du myocarde aigu», Encyclopédie Médico-chirurgicale Cardiologie, Paris, Elsevier, Tome 2.1, 11-030, p.10.
- DUJARDIN, J.-J. et O. FABRE. 2008. «Complications de l'infarctus de myocarde. Évolution et pronostic», Encyclopédie Médico-chirurgicale Cardiologie, Paris, Elsevier, Tome 2.1, 11-030, p. 15.
- BRAMI, M. et Y. LAMBERT. 2007. «Traitement des syndromes coronaires aigus avec et sans sus-ST», Encyclopédie Médico-chirurgicale Cardiologie, Paris, Elsevier, Tome 2.1, 11-030, p. 20.



Sans contrat
d'exclusivité,
je peux **maintenant**
mieux
respirer



+ www.mieuxrespirer.com +



Première canadienne : Nouvelle technique de déblocage des artères obstruées à l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec

par **Denis Méthot**, journaliste

Source : L'actualité médicale, mars 2010, Vol. 31, No 4. [En ligne] [<http://www.professionsante.ca/medecins/magazines/lactualite-medicale/vol-31-no-4/premiere-canadienne-nouvelle-technique-de-deblocage-des-arteres-obstruees-a-linstitut-de-cardiologie-et-de-pneumologie-de-quebec-5640>] (Consulté le 4 mai 2010).

Une équipe de spécialistes en cardiologie d'intervention de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), menée par le cardiologue Stéphane Rinfret, a réussi une autre première canadienne : elle est parvenue à débloquer des artères du cœur complètement obstruées depuis des années grâce à une nouvelle technique de recanalisation par voie rétrograde mise au point au Japon.

Doctor Claude Cyr was in a bind because he couldn't find a speaker to talk about the grief felt by professionals for a conference on mourning. He was its scientific manager (Sherbrooke University, 2006). "So, I dove in. After all, being a pædiatrician in an intensive care unit encompasses more than tubes, CPR, or medication!" So much so that in the following years he developed an expertise. Interview.

Cette méthode de déblocage d'occlusions complètes et chroniques d'artères coronariennes offre d'encourageantes possibilités de traitement aux patients atteints d'angine réfractaire et laisse entrevoir une réduction des chirurgies cardiaques, des visites médicales et des hospitalisations pour de l'angine réfractaire. Le Dr Rinfret espère que cette méthode, qu'il a utilisée avec succès sur trois patients de l'IUCPQ, sera adoptée et étendue à toute la province.

Les occlusions chroniques sont présentes chez 30 % des patients qui ont des artères coronariennes malades, dit

« *Le cardiologue de Québec entrevoit des taux de succès d'environ 90 %, alors que moins de 50 % des méthodes antérieures réussissaient à débloquent les artères.* »



Voici le nouveau petit cathéter Corsair utilisé par le cardiologue Stéphane Rinfret afin de débloquent les artères coronariennes obstruées depuis des années.

le Dr Rinfret. La technique, qui a été mise au point par des médecins japonais, est destinée aux individus qui ne sont pas assez malades pour recevoir des pontages, mais chez qui les médicaments ne fonctionnent pas très bien, explique-t-il.

La médication est souvent décevante, car l'angine persiste.

L'angioplastie par technique régulière n'est pas la solution appropriée non plus, car le chemin d'origine n'existe plus et le passage d'un fil régulier s'avère très difficile. Les cardiologues choisissent souvent de ne pas tenter la recanalisation en raison des risques-bénéfices.

« Les blocages sérieux et complets des artères coronariennes ont toujours constitué un défi important pour la médecine et s'avèrent un peu décourageants en cardiologie d'intervention, souligne le Dr Rinfret. Nos tentatives se soldaient souvent par des échecs, car les petits guides métalliques n'arrivaient pas à trouver le chemin de l'artère. Avec les techniques de recanalisation antégrades, les risques de complications, de perforations et de faux trajets sont présents. »

La solution japonaise

Il y a sept ans, des Japonais ont mis au point une nouvelle technique d'approche rétrograde. Cette technique avancée est facilitée par les

nouveaux microcathéters Corsair, disponibles au Canada depuis janvier. Leur extrémité ressemble à une vis sans fin, très lubrifiée, qui permet de progresser facilement à travers la coronaire en tournant, et ce, sans briser les petits pontages. « Cette technique nous permet d'avancer de petits fils très souples et des cathéters spécialisés pour nourrir l'artère bouchée, afin de la débloquent par l'extrémité distale du blocage par voie rétrograde, en plus de son extrémité proximale », décrit le Dr Rinfret.

Le cardiologue de Québec entrevoit des taux de succès d'environ 90 %, alors que moins de 50 % des méthodes antérieures réussissaient à débloquent les artères. Le recours à cette technique permet de soulager les patients, de faire disparaître l'angine, d'améliorer leur qualité de vie et peut-être même de prolonger leur vie, ce que devront toutefois confirmer des études.

Amélioration

Le Dr Rinfret a apporté une amélioration à cette technique. Les médecins japonais passent par l'artère fémorale. Le cardiologue québécois emprunte plutôt la voie des poignets, plus proche du cœur et donc plus efficace, selon lui.

Les trois premières recanalisations rétrogrades ont été réalisées en janvier par une équipe de médecins de l'IUCPQ. Le premier patient, un homme de 75 ans qui avait subi des pontages en 1987 et en 1992, présentait trois artères coronaires occluses et il était non réopérable. Une tentative de recanalisation antégrade avait échoué. Un autre patient de 57 ans souffrait d'une angine de novo et avait une occlusion ostiale de l'IVA. Les trois personnes ont été traitées par voie biradiale, une technique utilisée exceptionnellement en Amérique pour les occlusions chroniques, mais assez fréquente à l'IUCPQ. Ces trois premières interventions ont été réalisées avec succès.



Reproduit avec autorisation.

LES SOINS DU SOMMEIL VOUS INTÉRESSENT?

Biron-Soins du sommeil, chef de file dans le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil au Québec, est à la recherche d'inhalothérapeutes motivés à joindre une équipe dynamique et en pleine croissance.

Vous êtes intéressés par ce domaine d'expertise? **Nous désirons vous rencontrer!**

Les candidats retenus se verront offrir une formation sur mesure afin de débiter leur nouvelle carrière dans un cadre valorisant la qualité des soins et le travail d'équipe.

Veuillez faire parvenir votre CV au service des ressources humaines soit par courrier électronique à rh@groupebiron.ca, par télécopieur au **514 315-9998** ou encore par courrier au : 4105-F boul. Matte, Brossard, Qc, J4Y 2P4

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le www.groupebiron.ca

Biron

Soins du sommeil





Perte, Deuil et Renaissance dans les maladies cardiovasculaires

par **Michel Grosbois**, thérapeute en réadaptation cardiovasculaire, conseiller en affections respiratoires et tuberculeuses avec brevet fédéral. Coordonnées: Ch. des Laurelle 17, Gland, Suisse

Source: Texte tiré de GROSBOIS, Michel. 1996. Perte, Deuil et Renaissance dans les maladies cardiovasculaires écrit dans le cadre de la soutenance du diplôme universitaire de thanatologie sur le Deuil, travail validé par l'université de Paris-Nord – France (unité de formation et de recherche – médecine – biologie humaine). Reproduction gracieusement autorisée par l'auteur.

Je vais essayer tout au long de ce travail, de faire passer le message suivant:

Une atteinte cardiaque est plus qu'une atteinte classique... « C'est l'essence même du deuil », l'être est meurtri... Dans sa chair, dans son mental. Cela touche aussi sa vie professionnelle, sa vie familiale et sexuelle, sa relation avec ses enfants...

J'ai tenté, tout au long de cette étude, et aussi par rapport à ma pratique professionnelle de trouver un fil conducteur me permettant de découvrir l'énorme machine qui tourne autour de la personne atteinte dans l'intégrité de son fonctionnement cardiaque.

Chaque aurore risque d'avoir une autre saveur. Et finalement si cela n'était qu'un signe en direction de l'éveil, qu'un signal d'alarme pour dire:

«change ! Maintenant !»

Mais, il s'agit d'une longue route avec un merveilleux espoir de renaissance pour le patient et ses proches...

Quatre années de vie professionnelle au sein d'un service de réadaptation cardiovasculaire m'ont permis de traiter de nombreux patients ayant subi une opération du cœur. S'ils étaient d'âge, de sexe, de conditions de vies différentes, tous présentaient cette même détresse face à la maladie cardiaque; détresse présente à chaque suite d'intervention chirurgicale, mais plus violente que pour une autre chirurgie. N'oublions pas que le cœur est le centre de la forge, le siège de l'amour et de la haine, de la joie et de la tristesse.

[...]

« Une atteinte cardiaque est plus qu'une atteinte classique... « C'est l'essence même du deuil », l'être est meurtri... Dans sa chair, dans son mental. »

Le déni émotionnel

La psychologie du malade cardiaque

« Qu'aucune pensée ne naisse et les dix mille choses sont inoffensives. »

—Seng-Tsan

L'importance de l'interaction entre l'équilibre psychologique et la santé cardiovasculaire est une réalité bien connue par les cardiaques eux-mêmes qui n'hésitent pas à incriminer le stress, les soucis de leur vie quotidienne, voire la survenue d'événements vitaux plus éprouvants, à l'origine d'un infarctus du myocarde, d'une douleur angineuse, d'une poussée hypertensive ou d'un trouble du rythme cardiaque. Il n'est pas rare d'ailleurs que les patients aient une idée précise sur les effets qu'ont produit leurs émotions ou leurs conflits personnels sur leur santé, sans forcément communiquer une telle idée au corps médical, par peur de ne pas être pris au sérieux, par manque d'arguments scientifiques, ou par gêne de faire référence à leur vie privée dans un contexte médical, dominé par la technicité et un souci de performance. Pourtant, de très nombreux travaux épidémiologiques et expérimentaux viennent confirmer de nos jours les intuitions des patients et d'une partie du corps médical et donnent à penser que la psychologie influence au moins autant la santé cardiovasculaire que l'hérédité, le tabac, une hypercholestérolémie ou une hypertension.

1. Psychisme... ce qui nous brise le cœur

Le risque d'infarctus du myocarde croît, surtout dans des situations de charge émotionnelle psychique et sociale : les soucis nous rendent malades, la tristesse peut littéralement nous briser le cœur.

Aujourd'hui, on donne un rôle de plus en plus significatif aux influences psychiques et sociales. Au cours des dernières années, la recherche psychosomatique s'est fait une image beaucoup plus précise des facteurs psychiques qui accroissent le risque lié à l'infarctus. C'est pourquoi depuis longtemps l'infarctus n'est plus considéré comme une

maladie de *manager* et le style de travail typique pour ce dernier — stress, ambition, impatience — n'est pas obligatoirement dangereux pour chacun. Toute une série d'autres attributs et modes de comportement sont apparemment beaucoup plus dangereux.

Les soucis nous rendent malades, que nous les cachions ou que nous les exprimions. Les irascibles, les « soupes au lait », incapables de maîtriser leur colère, ont un risque d'infarctus beaucoup plus élevé (on l'évalue à sept fois) que celui des gens calmes. L'animosité et la méfiance ferment peu à peu le cœur lorsqu'elles prennent la main sur la pensée et les émotions d'un individu.

Le risque d'infarctus augmente même davantage (huit fois) chez les gens qui souffrent de fortes dépressions. J'ai dit plus haut que la tristesse pouvait littéralement nous briser le cœur. En effet, le système nerveux autonome, celui qui règle le rythme cardiaque, est gêné dans son fonctionnement par des « idées noires » constantes et subit une sorte de stress permanent. Ici, la compréhension et l'affection de ses semblables sont souvent bénéfiques, et ont parfois aussi valeur d'une psychothérapie.

Le surmenage incessant, l'épuisement et la fatigue chronique ouvrent souvent la route à un infarctus. Celui qui se réveille déjà « à plat », qui se traîne épuisé à son travail et se sent au bout du rouleau tout au long de la journée, celui-là vit plus dangereusement (estimé à six fois) qu'une personne reposée.

Pour prévenir l'infarctus du myocarde, il ne suffit donc pas de modifier ses habitudes alimentaires et son mode de boire ou d'éviter l'obésité. Il est plus important de développer une hygiène raisonnable du stress et des soucis. En d'autres termes, se protéger contre les émotions négatives chroniques et abaisser à un niveau tolérable le seuil des charges au travail et dans la famille.

L'impact du soutien psychologique

Au rôle capital des facteurs psychologiques en amont des problèmes de santé cardiovasculaires fait pendant la place, tout aussi importante (mais plus facile à concevoir) du vécu, de la qualité de vie, des répercus-



CAREstream
Medical Ltd.

(T) 1.888.310.2186

(F) 1.888.310.2187

info@carestream.com

www.carestream.com

novalung®

— Soufflez sur Lang Falung —



ILA VENTILATEUR À MEMBRANE®

iLA Ventilateur à Membrane® est un système respiratoire extrapulmonaire qui respire pour le patient hors du corps et qui vise en tout premier lieu la protection des poumons. Il sert à l'élimination du dioxyde de carbone et est à cet effet irrigué par le cœur comme un organe naturel.

L'échange gazeux s'effectue à travers une membrane de diffusion revêtue d'héparine et étanche au plasma qui est appliquée de façon artério-veineuse fémorale à l'aide de deux canules NovaPort®.

iLA Ventilateur à Membrane® est indiqué dans le cas d'une thérapie contre l'acidose respiratoire lors d'une défaillance pulmonaire primaire ou hypercapnique. Une indication rationnelle existe également dans le cas de patients hypercapniques avec une BPCO exacerbée et en tant que support lors du sevrage respiratoire. iLA Ventilateur à Membrane® peut être implanté au patient pendant une période allant jusqu'à 29 jours.



sions émotionnelles, consécutifs à la survenue ou à l'évolution d'un problème de santé. Les suites d'un infarctus du myocarde en constituent un exemple flagrant.

Ces deux versants de la question sont pourtant interdépendants l'un de l'autre. La psychologie du patient, sa façon habituelle de gérer le stress et de faire face aux coups durs de son existence peuvent éclairer les réactions émotionnelles, les répercussions relationnelles et socioprofessionnelles d'un accident cardiaque ou de la chirurgie cardio-vasculaire ; cela reste vrai même dans certains cas où la personnalité du cardiaque semble transformée par l'accident de santé, par exemple lorsque s'installe une dépressivité, un sentiment d'échec, une attitude d'intolérance auxquels le patient n'avait pas habitué son entourage avant de tomber malade ; c'est qu'un différence de taille oppose les difficultés existentielles abordées souvent avec combativité et courage dans le passé, et l'épreuve constituée par la maladie cardiaque. Celle-ci en effet prend généralement de court la prévoyance du patient, instaure un sentiment de précarité durable et oblige à remettre en question un certain nombre d'habitudes de vie auxquelles il n'est pas facile de renoncer.

L'effet de surprise produit par un premier infarctus du myocarde est variable d'un individu à un autre, l'accident coronarien étant redouté par les uns et paraissant difficilement imaginable pour les autres : certains patients se sentent fautifs de ce qui leur arrive, lorsque par exemple des moyens préventifs médicamenteux ou hygiéno-diététiques ont été négligés ; d'autres se sentent comme injustement frappés par le sort, lorsque rien ne permettait de prévoir un tel accident. Malgré de telles différences, l'expérience prouve que la plupart des patients qui font un jour un infarctus

entretenaient jusque-là la croyance magique qu'une « crise cardiaque ne peut arriver qu'aux autres ». Une telle mise à distance d'une pensée perturbatrice constitue indubitablement un mécanisme de défense salutaire qui permet à tout un chacun de poursuivre sa vie quotidienne et de continuer à être intellectuellement efficace, a fortiori lorsqu'il existe un contexte de « risques cardio-vasculaires ».

Le problème de l'approche médicale, éducative et psychologique du coronarien, après l'infarctus, sera de préserver un tel mécanisme de mise à distance, tout en évitant que la mentalité ou les comportements du patient puissent l'amener à prendre des risques supplémentaires : au lieu d'avoir un effet protecteur, la mise à distance des pensées préoccupantes finirait dans ce cas par précipiter le patient dans des complications fâcheuses, voire fatales.

Les auteurs qui se sont penchés récemment sur la valeur pronostique du déni dans les suites d'un infarctus du myocarde, insistent sur la nécessité de distinguer le déni de la maladie (répudiation par le patient de l'idée de la maladie et de ses conséquences thérapeutiques), du déni de l'impact de la maladie (évacuation de l'angoisse et intellectualisation dans l'évocation de la maladie) : le premier aurait un effet protecteur, alors que le second prédirait un meilleur équilibre émotionnel, mais aussi une plus forte mortalité. Il semble donc plus rassurant chez le cardiaque, même quand ce dernier refuse d'endosser le statut de « malade », que persiste un minimum d'expressivité émotionnelle...

Les perturbations émotionnelles les plus fréquemment retrouvées dans les suites d'un infarctus sont des signes d'irritabilité et d'impatience, une fatigabilité anormale, une émotivité inhabituelle, voire une dépressivité dont la fréquence est diversement appréciée selon les critères ou instruments de mesure utilisés (entre 30 et 60% des cas environ). Que de telles perturbations émotionnelles, lorsqu'elles sont intenses et persistantes, puissent prédire une mauvaise qualité de vie et des troubles de la réinsertion socioprofessionnelle, ou bien encore une difficulté à retrouver une vie de loisirs satisfaisante après un an, cela est bien compréhensible. Ce qui est remarquable cependant, c'est que certaines des caractéristiques psychologiques notées dès le stade des suites d'infarctus, ont une valeur pronostique quant à la morbidité et à la mortalité coronarienne ultérieure.

De nombreux travaux ont tenté de définir, aussi bien chez des individus en bonne santé que chez des sujets présentant déjà des lésions coronariennes, un « profil de comportement à risque cardio-vasculaire ». Ce profil, appelé « profil de type A », est censé favoriser ou précipiter la survenue de lésions coronariennes, au même titre que les autres facteurs de risques classiques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, tabac, diabète, hérédité cardiovasculaire, etc.).

Le comportement de type A regroupe un ensemble d'attitudes et de réactions émotionnelles face aux sollicitations de l'environnement, qui s'accompagnent d'une hyperréactivité cardiovasculaire au stress.

Les sujets de type A sont portés à accomplir de plus en plus de choses en un temps de plus en plus court. Ils aiment la compétition, s'engagent dans le travail ou les jeux pour gagner et convoitent la performance. Ils sont vifs, marquent fréquemment des signes

d'impatience et supportent mal les temps morts, ou tout obstacle venant différer l'atteinte de leurs objectifs. Ils sont particulièrement stimulés par les échéances à tenir et expriment cette disposition à agir et cette combativité en puissance, aussi bien à travers une tension permanente de leur musculature faciale qu'à travers leur façon de parler (rythme rapide, voix explosive, anticipation des paroles de l'interlocuteur lorsque ce dernier cherche ses mots).

Diverses études longitudinales ont montré que les individus de type A présentaient approximativement un risque deux fois plus élevé de faire un jour un infarctus que les individus de type B, caractérisés par une relation plus décontractée au temps et à la compétition sociale. Le profil de type A, ainsi que la propension au déni, jouent aussi un rôle dans la variabilité des attitudes des coronariens face à la nécessité de se soigner. Avant leur premier accident cardiaque, les sujets de type A ont tendance à méconnaître leur fatigue et à banaliser les signes annonciateurs d'un infarctus, d'où d'ailleurs une augmentation du délai entre l'apparition des premiers symptômes et l'instant où de tels patients finissent par envisager leur diagnostic.

Deux caractéristiques psychologiques méritent tout particulièrement de retenir l'attention dans les suites d'un infarctus du myocarde : d'une part la propension chez certains patients à réagir au stress de leur existence par des pensées, des émotions ou des comportements hostiles, propension qui témoigne de difficultés à aborder les conflits avec pondération et qui traduit une sensibilité excessive aux pressions de l'environnement ; d'autre part, la survenue d'une dépression, même mineure, dans ce contexte de remise en question personnelle que constitue la maladie cardiaque — surtout si l'infarctus du myocarde a été précédé par une période de fatigabilité et d'irritabilité anormales ainsi que de troubles du sommeil (état appelé par certains auteurs « syndrome d'épuisement vital »), peut signifier le débordement des défenses physiologiques dont il témoigne. Hostilité excessive, dépressivité, épuisement vital, sont des facteurs de mauvais pronostic, car ils peuvent contribuer à la survenue de troubles du rythme graves, ou à d'autres complications post-infarctus. Ils doivent donner lieu à des mesures appropriées d'accompagnement psychosocial, par les



« Vapotherm à combiner dans un seul appareil ; performance, sécurité et facilité d'utilisation pour des résultats optimaux chez vos patients. Precision Flow^{MD} est le seul appareil de thérapie à haut débit qui incorpore humidification, mélange des gaz, contrôle du débit et une gamme complète d'alarmes/indicateurs pour l'administration de gaz inspirés par canule nasale. »

VOUS VOULEZ EN SAVOIR PLUS ?

CONTACTEZ VOTRE REPRÉSENTANT POUR CÉDULER UNE PRÉSENTATION SUR LA THÉRAPIE
À HAUT DÉBIT ET COUREZ LA CHANCE DE GAGNER L'APPAREIL PRECISION FLOW^{MD} !

(LE TIRAGE SERA EFFECTUÉ LORS DU 37^{ÈME} CONGRÈS DE L'OPIQ.)

PRECISIONflow[®]

Contrôle de précision de facteurs clés :

- Régulateur de débit intégré (de 1 à 40 l/min)
- Mélangeur électronique pour la gestion de la FiO₂
- Humidité relative pouvant atteindre 100 %
- Contrôle de la température (de 33 à 43°C)
- Pile de secours
- Circuit patient jetable
- Gamme complète d'alarmes et d'indicateurs

**Trudell Médical
Marketing Limitée**
Distributeur exclusif au Canada

Composez le 1.800.361.9210



www.tmml.com

cardiologues et médecins traitants des patients ou par des spécialistes de l'approche psychologique.

Position hostile ou méfiance à l'égard des soins, dépression et pessimisme pour l'avenir, peuvent aussi contribuer à une moins bonne observance, de la part du coronarien, des règles hygiéno-diététiques et des prises médicamenteuses, et influencer ainsi sur la morbidité ultérieure. Les répercussions de l'infarctus du myocarde sur l'équilibre émotionnel du conjoint sont parfois considérables. Cela est particulièrement le cas lorsque, après le retour du coronarien à domicile, le conjoint se trouve affecté d'un rôle de soignant, de médiateur éventuel entre le coronarien et ses enfants, voire de souffre-douleur, sans avoir la liberté d'extérioriser sa propre revendication affective ou sa propre agressivité, par peur d'être à l'origine d'un stress supplémentaire et d'une récurrence d'infarctus chez le partenaire. La difficulté à trouver une issue favorable aux conflits, la communication bloquée, les sentiments de culpabilité peuvent ainsi être à l'origine de réactions anxieuses ou dépressives chez le conjoint, réactions qui sont en principe transitoires et suivent les fluctuations des troubles caractériels du partenaire coronarien.

Des perturbations des relations sexuelles du couple accompagnent généralement les difficultés de reprise d'une vie relationnelle sereine. La crainte d'un nouvel accident coronarien au cours de l'effort physique et du stress émotionnel accompagnant un échange conduit de nombreux couples à raréfier les occasions de rapports ou est à l'origine de dysfonctionnements de type impuissance érectile ou de frigidité. La réalisation d'une épreuve d'effort satisfaisante, dans le cadre d'un programme de réadaptation, ainsi qu'une information éclairée dispensée au coronarien et à son conjoint, à l'initiative des soignants, peuvent avoir un rôle rassurant majeur et débloquent des situations frustrantes et douloureuses.

Outre la prescription d'anxiolytiques, mais aussi d'antidépresseurs, souvent utiles dans les suites d'infarctus, les techniques de relaxation, en groupe ou en thérapie individuelle, peuvent apporter au coronarien, dès le stade de la réhabilitation cardiaque, un confort supplémentaire incontestable et une ouverture sur une vie imaginaire souvent négligée jusqu'alors. Ces techniques ont l'intérêt d'apprendre à des malades tendus, impatientes et souvent incapables de prendre soin de leurs besoins corporels ou de tenir compte de leur sensation de fatigue, à mieux se décontracter et à mieux connaître les effets physiologiques des émotions. Elles ont aussi l'avantage de contraster avec l'aspect pragmatique et souvent très « discipliné » des techniques de rééducation physique ; elles incitent, dans les meilleurs cas, les coronariens à élargir leurs activités de loisirs ou à envisager des investissements culturels, capables d'alimenter leur univers imaginaire sans les maintenir obligatoirement plongés dans l'action. Il a même été montré que des programmes psycho-comportementaux destinés à changer d'une manière durable le mode de vie des coronariens pouvaient faire régresser, certes dans des limites discrètes, le degré de sténose coronarienne.

L'effet bénéfique de toutes ces techniques centrées sur l'équilibre émotionnel ou le comportement du cardiaque souligne en définitive trois notions :

- d'une part le poids non négligeable des facteurs psychosociaux dans le pronostic cardiologique proprement dit, la survenue et le maintien de troubles émotionnels ayant indubitablement un effet aggravant sur des lésions anatomiques déjà constituées ;
- d'autre part l'importance d'une préservation de la « qualité de vie » du cardiaque, en tant qu'objectif thérapeutique, à côté de la prévention des récurrences ou des complications de la maladie coronarienne ;
- enfin, l'influence paradoxalement positive que peut avoir l'accident coronarien chez certains patients, cet événement de santé servant de prétexte à repenser à la hiérarchie des valeurs de la vie et à trouver un épanouissement inconnu dans le passé : une telle réévaluation de l'accident cardiaque n'est cependant concevable que si le projet médical est capable de promouvoir des changements de vie sous forme d'acquisitions nouvelles et d'un assouplissement des modes d'existence, et non pas uniquement de privations ou de restrictions.

Conclusion

De temps en temps vivre dans notre temps... Et si l'affection cardiaque n'était tout simplement que le manque d'écoute de notre pendule intérieure !

—Gil Baillod

Nous consultons notre montre pour nous conformer au rythme des événements extérieurs. C'est ainsi que nous nous contrainsons, sourds à nos pulsions intérieures à vivre contre nature !

Nous ne respectons rien de notre garde-temps biologique même pas quand, telle une horloge parlante, il nous dit qu'il est l'heure d'aller au lit pour dormir, rêver ou s'aimer...

Notre rapport au temps détermine pour une part essentielle notre perception de la vie et de la mort. Or, depuis deux mille ans, nous vivons dans une conception judéo-chrétienne du temps, un temps linéaire, avec un début et une fin.

Le temps cyclique prévaut dans la pensée bouddhique et grecque. Il charme l'Orient par la course immuable de l'ombre du gnomon sur le cadran solaire, temps éternel qui préserve du désespoir.

La médecine occidentale était installée dans la notion du temps irréversible, où la vie sous toutes ses formes commence à la naissance et se termine par la mort. Elle enregistrait quelques changements de l'organisme au moment de l'adolescence et à l'automne de l'existence, saisons variables, s'il en est, d'un individu à l'autre. Mais pour autant, à travers les étapes importantes de notre existence, elle n'assignait pas d'autres rôles à nos organes que celui d'assurer aveuglément et uniformément le déroulement linéaire de la vie.

Depuis les années cinquante, l'Occident découvre et confirme ce que l'Orient sait depuis des millénaires, à savoir que tout ce qui vit et respire sous l'écaïlle ou l'écorce, le poil et la plume, la peau et le feuillage obéit à des rythmes variables dans la journée, le mois ou l'année.



Des algues unicellulaires à la grande complexité de l'organisme humain, la chronobiologie nous dit que les existences sont régies par un rythme biologique. Il est amusant d'observer, au passage, la racine commune entre organe et organiser, vérité originelle que le vocabulaire véhicule!

Si la vie organique est rythmée par une horloge biologique, en fait des gènes, rien ne sert de vouloir l'assujettir aux diktats de notre temps planifié. [...]

L'infarctus du myocarde se produit le plus souvent vers dix heures du matin et, le plus fréquemment, en février-mars dans les régions du nord de l'Europe. C'est notre biorythme qui en décide et qui organise mille autres événements de notre existence auxquels nous ne sommes pas attentifs, l'œil rivé sur nos montres.

« Prendre du bon temps » ne veut rien dire d'autre que vivre en harmonie avec son propre rythme biologique. Il suffit d'écouter notre pendule intérieure qui ne se lasse pas de nous dire l'heure de quoi faire pour vivre harmonieusement. L'harmonie, n'est-ce pas le terreau du bonheur? 🦋

Note de l'auteur: En 2010 je travaille toujours en réadaptation cardiaque, l'accélération des exigences de la vie a conforté les observations et réflexions citées ci-dessus il y a 14 années. Actuellement, le nombre de patients cardiaques ayant besoin d'un soutien psychologique pour pathologies associés de types: stress, burnout, dépression, etc. est en augmentation constante, engendrant un autre drame à l'affection cardiaque; celui de la réinsertion professionnelle.

Reproduit avec autorisation.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL	BM enr.
Perfectionnement en milieu hospitalier Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour. Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps. Nous traitons des sujets variés, par exemple : • Hémodynamie et monitoring • Mise à jour en anesthésie • Intubation difficile. N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser. Brigitte Morin Inhalothérapeute Bac en enseignement professionnel Tél. : (418) 824-3430 morin.brigitte@videotron.ca	



Le nombre d'ordonnances de varénicline
a baissé en 2009 après l'emballlement de 2008

La nicotine médicinale regagne du terrain perdu

par **Pierre Croteau**, rédacteur principal

Source : info-tabac, avril 2010, No 82, [En ligne] [<http://www.info-tabac.ca/revue82/nicotine.htm>] (consulté le 17 avril 2010)

En 2009, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), en vertu du régime général d'assurance-médicaments, a remboursé 91 735 prescriptions médicales de tartrate de varénicline (vendue au Canada sous la marque brevetée Champix®) à des personnes qui tentaient d'arrêter de fumer. Ce chiffre, huit fois supérieur aux 11 425 prescriptions de 2007, l'année où le programme de remboursement a été étendu au Champix®, est cependant de 29 % inférieur au résultat de 2008, lequel était de 128 757 prescriptions.

L'ensemble des ordonnances médicales de Champix® honorées par les pharmacies au Québec est passé, selon les données de l'agence IMS Health, de 323 346 prescriptions en 2008 à 226 145 en 2009, soit une chute comparable de 30 %. Qu'ils soient couverts par l'assurance-médicaments de la RAMQ, ou qu'ils jouissent d'un plan d'assurance-santé privée couvrant leurs achats de médica-

ments, les candidats québécois à l'arrêt tabagique ont donc avalé moins de comprimés de varénicline que l'année précédente. Dans l'ensemble du Canada, un phénomène comparable a été observé : 1163 013 ordonnances de varénicline avaient été délivrées par les pharmacies en 2008, alors que 883 564 l'ont été en 2009, soit 24 % de moins.

Regain d'intérêt pour les TRN

Bien que les timbres transdermiques de nicotine et la gomme de nicotine soient des produits de désaccoutumance au tabac qui sont disponibles sans ordonnance, contrairement à la varénicline, ils font toutefois partie de l'éventail d'aides pharmacologiques qu'un médecin peut prescrire à son patient qui veut arrêter de fumer. Et il semble bien que les médecins et leurs patients fumeurs s'en sont souvenus. Certes, au Québec, le nombre des prescriptions de thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) délivrées par les pharmacies est aujourd'hui de moitié inférieur à ce qu'il était à son sommet de popularité en 2002, mais il est tout de

« *Le cardiologue de Québec entrevoit des taux de succès d'environ 90 %, alors que moins de 50 % des méthodes antérieures réussissaient à débloquer les artères.* »

même repassé de 399 523 en 2008 à 473 526 en 2009, ce qui correspond à 18,5 % d'augmentation en un an. L'année 2009 marque donc une première augmentation depuis le discret rebond de 2006.

Dans l'ensemble du Canada, toujours selon les données d'IMS Health, les ordonnances de nicotine médicinale ont aussi connu récemment un certain retour en vogue, croissant de 17,7 % en nombre, entre 2008 et 2009.

Pourquoi ce basculement

Yves Campbell, un intervenant en arrêt tabagique à l'Hôpital du Sacré-Cœur, à Montréal, estime que les « prescripteurs pourraient avoir reçu comme une douche froide » l'avis de Santé Canada émis en janvier 2009 invitant à un surcroît de précautions avec le Champix®. Chez une infime fraction des utilisateurs, on a observé en 2007 et 2008 des dépressions et des suicides, qui pourraient avoir été causés par le simple fait d'être sevrés du tabac, mais dont on ne peut pas encore exclure qu'ils soient aussi en partie dus à la varénicline. Le médecin doit s'assurer que le patient et son entourage immédiat sont prévenus, recommande la monographie de mai 2008 du Champix®. Par comparaison, les effets secondaires des TRN ont pu paraître plus prévisibles.

Pneumologue clinicien et professeur de médecine de l'Université de Montréal, Alain Desjardins croit aussi qu'une certaine « peur des problèmes » a tiré vers le bas le nombre des prescriptions de varénicline en 2009. Le Dr Desjardins ajoute cependant que la découverte de la plus grande efficacité antitabagique des combinaisons de TRN, lorsque la cure est suivie méthodiquement, peut aussi expliquer un certain rééquilibrage des prescriptions d'aide pharmacologique en faveur des TRN.

Le Dr André Gervais, médecin-conseil à la Direction de santé publique de la région de Montréal, juge normal qu'un médicament comme le Champix®, approuvé au Canada durant l'année 2007, ait connu en 2008 un engouement associé à sa nouveauté, et redescende, avant de se stabiliser.

Son de cloche similaire du côté de Lyne Simoneau, de chez Pfizer, le fournisseur du Champix®, qui croit qu'une fois retombée la poussière soulevée par le geste de Santé Canada, qui a joué son rôle normal, le Champix® tiendra une place de choix dans l'arsenal thérapeutique à la disposition des cliniciens. Le retour en grâce du Champix® pourrait même s'être amorcé durant la deuxième moitié de 2009. 

Reproduit avec autorisation.



TRN ou Champix® : cela vaut le coup

Une méta-analyse d'études cliniques, réalisée en 2008 sous la direction du Dr Michael Fiore pour le compte du ministère de la Santé des États-Unis, et figurant dans un document de références et de directives destinées aux thérapeutes, révèle que les taux de réussite des tentatives de sevrage sont encore plus élevés avec la combinaison timbres + gomme de nicotine, ou la combinaison timbres + vaporisations nasales de nicotine, qu'avec la varénicline, dont l'efficacité attire aussi l'attention.

C'est ainsi qu'un fumeur traité avec une dose de deux milligrammes de varénicline par jour durant le temps prévu multiplie par 3,1 fois ses chances d'être non-fumeur six mois après la cure, par comparaison avec un fumeur armé de sa seule volonté (puisque'il utilisait un placebo à son insu et à l'insu du thérapeute). En combinant timbres et gomme de nicotine, ou timbres et vaporisations nasales de nicotine, pendant au moins quatorze semaines, les chances que notre fumeur soit encore abstinent du tabac, six mois après la cure, sont 3,6 fois supérieures à celles du fumeur qui a reçu le placebo.



Le Dr André Gervais souligne que les directives données par le ministère américain de la Santé aux cliniciens font une place très grande au *counseling* en tant que ressource pour faciliter l'arrêt tabagique. Les drogues sont un atout pour réussir à cesser de fumer; mais additionnées aux conseils d'intervenantes spécialisées en arrêt tabagique, qui aident le fumeur à rompre avec sa dépendance psychologique au tabac, elles constituent une approche **encore plus efficace**.



Questions fiscales, fonds communs

par **Bernard Marin**, conseiller financier, ScotiaMcload

Voici un aperçu du traitement fiscal applicable aux parts de fonds communs de placement détenues dans des comptes enregistrés et non enregistrés.

Quel est le traitement fiscal applicable aux parts détenues dans un compte non enregistré?

Si vous détenez des parts d'un fonds commun dans un compte non enregistré, vous devez inclure dans le calcul de votre revenu votre quote-part des distributions de revenu net du Fonds et la fraction imposable de ses distributions des gains en capital nets (y compris les remises sur les frais de gestion). Cette règle s'applique que vous receviez ces distributions en espèces ou qu'elles soient réinvesties dans d'autres parts du Fonds.

Les distributions, y compris les remises sur les frais de gestion, peuvent comprendre un remboursement du capital. Lorsqu'un Fonds gagne moins de revenu et de gains en capital que le montant qui est distribué, la différence constitue un remboursement de capital, qui n'est pas imposable, mais qui réduira le prix de base rajusté de vos parts du Fonds.

Le prix unitaire d'un Fonds peut comprendre le revenu ou les gains en capital que le Fonds a gagné, mais qu'il n'a pas encore réalisés ou distribués. Si vous achetez des parts d'un Fonds juste avant qu'il fasse une distribution, vous aurez à payer de l'impôt sur la distribution, même si le Fonds a gagné le montant avant que vous deveniez propriétaire des parts. Par exemple, de nombreux Fonds font une seule, ou leur plus importante, distribution de revenu et de gains en capital en décembre. Si vous achetez des parts vers la fin de l'année, il se pourrait que vous ayez à payer de l'impôt sur le revenu et les gains en capital que le Fonds a gagnés pour l'année entière.

Vous recevrez tous les ans des relevés d'impôt qui vous indiqueront le montant de chaque type de revenu que le Fonds vous a distribué. Vous pouvez déduire tous les crédits d'impôt qui s'appliquent à ces bénéfices.

Quel est le traitement fiscal applicable aux parts détenues dans un régime enregistré?

Si vous détenez des parts dans un REER, un FERR, un REEE ou un autre régime enregistré, vous ne payez aucun impôt sur les distributions que le Fonds fait sur ces parts ou sur les gains en capital que reçoit votre régime enregistré à la vente ou à la substitution de parts. À la retraite, lorsque vous retirez de l'argent d'un régime enregistré, cette somme sera en général assujettie à l'impôt, à votre taux d'imposition marginal. Vous devriez consulter un spécialiste en fiscalité à propos des règles spéciales qui s'appliquent aux REEE.

Si vous retirez de l'argent de votre REER avant votre retraite, cette somme sera également assujettie à l'impôt. Cet impôt, qui sera payé en votre nom à l'Agence canadienne du revenu, est fonction du montant retiré.

« Notre pays est entré pleinement dans la récession mondiale uniquement quand les économies émergentes en déclin ont engendré l'effondrement des prix des ressources et des bénéfices liés aux exportations. Même à ce moment-là, l'érosion de l'emploi, de l'activité dans le secteur de l'habitation et des ventes d'automobiles s'est avérée moins grave que chez nos voisins du Sud. »

Comment puis-je savoir si mes gains en capital sont imposables?

En règle générale, vous devez aussi inclure dans le calcul de votre revenu la moitié de tout gain en capital que vous réalisez à la vente ou à la substitution de vos parts. Vous réaliserez un gain en capital si le produit de la vente, moins les coûts de vente, est supérieur au prix de base rajusté de vos parts. À l'inverse, vous subirez une perte en capital si le produit de la vente, moins les coûts de la vente, est inférieur au prix de base rajusté de vos parts. Vous pouvez affecter vos pertes en capital à la réduction de vos gains en capital.

Le prix de base rajusté de vos parts est calculé ainsi :

- placement initial dans le Fonds *plus* tout placement supplémentaire *plus* distributions réinvesties *moins* remboursement de capital compris dans les distributions *moins* tout rachat précédent.

Nous vous invitons à consulter un spécialiste en fiscalité pour obtenir des renseignements détaillés sur le traitement fiscal applicable à vos placements.



plan stratégique
2007-2011

À la croisée des chemins
Nos valeurs
L'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
veut être reconnu pour

Son respect...

...Parce que la valeur ajoutée d'une écoute active et d'une ouverture d'esprit est le gage de la considération que nous portons à ceux qui nous entourent.

Assemblée générale annuelle des membres

15 octobre 2010 à 8 h

Avis de convocation

Juin 2010

Cher(e)s membres,

Vous êtes convoqué(e)s à la prochaine assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec qui aura lieu le vendredi 15 octobre 2009 à 8 h, dans la salle Malbaie A-B de l'hôtel Fairmont Le Manoir Richelieu. Veuillez prendre note que conformément à l'article 42 du Règlement sur les affaires du Conseil d'administration (CA), du comité exécutif et les assemblées générales de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, vous pouvez amener une proposition à l'assemblée générale. Le libellé de ce règlement se lit comme suit :

« Pour être reçue à une assemblée générale, une proposition doit parvenir par écrit, au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire, au moins 5 jours avant la tenue d'une assemblée. »

Au plaisir de vous y rencontrer, acceptez, cher(e)s membres, l'expression de nos salutations distinguées.

La Secrétaire,

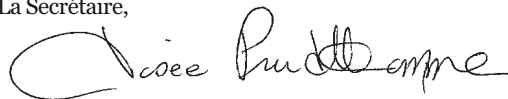


Josée Prud'Homme, inh., M. A. P.
Secrétaire de l'Ordre

Ordre du jour

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée;
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 2 octobre 2009;
4. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 2 octobre 2009;
5. Présentation du rapport annuel 2009-2010;
6. Nomination du vérificateur comptable;
7. Cotisation 2011-2012;
8. Divers;
9. Levée de l'assemblée.

La Secrétaire,



Josée Prud'Homme, inh., M. A. P.
Secrétaire de l'Ordre

**LE PRIVÉ GÈRE LES SOINS.
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ FERME LES YEUX.
LE COMPTEUR TOURNE.**



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

www.fiqsante.qc.ca



Asthme : quoi de neuf en 2010 ?

par **Louis-Philippe Boulet, M.D., FRCPC, FCCP.**

Présenté dans le cadre de la conférence La thérapeutique, FMOQ, avril 2009 et mis à jour le 8 mars 2010

Source : Le clinicien, avril 2010.

Que traitons-nous? Définition et cibles thérapeutiques

Les principales caractéristiques physiologiques de l'asthme sont l'obstruction bronchique variable, et généralement réversible, et l'hyperréactivité bronchique : elles serviront donc à confirmer le diagnostic. De plus, l'inflammation bronchique et les changements de la structure bronchique (remodelage) sont tenus responsables des manifestations cliniques. Le traitement visera donc à réduire autant que possible le processus inflammatoire et prévenir les changements structuraux permanents. Cela permettra d'atteindre les buts indiqués, qui incluent surtout l'atteinte et le maintien d'une bonne maîtrise de l'asthme (Figure 1, Tableaux 1 et 2) et des activités normales, la prévention des exacerbations, ainsi que de préserver une fonction respiratoire optimale.

Évaluation de l'asthme et plan de traitement

Le traitement de l'asthme est donc principalement axé sur l'obtention et le maintien de la maîtrise de l'asthme par l'éducation du patient (incluant un plan d'action [Encadré 1]), l'évitement des facteurs déclencheurs (particulièrement les facteurs inflamma-

toires allergiques ou autres) et un traitement pharmacologique individualisé.

Établir le diagnostic, évaluer la sévérité initiale et faire le diagnostic différentiel

L'histoire et l'examen physique doivent être complétés par la mesure des débits expiratoires par spirométrie préet postbronchodilatateur (test de premier choix) ou encore la mesure sériée des débits de pointe. Si ces tests sont normaux, un test de provocation bronchique (ex. : à la méthacholine) pourra être effectué pour révéler la présence d'une hyperréactivité bronchique. Le diagnostic d'asthme est suspecté par la présence des symptômes susmentionnés, mais il doit être confirmé par des tests objectifs indiquant la présence d'une obstruction bronchique variable ou d'une hyperréactivité bronchique. On doit faire également un diagnostic différentiel.

L'évaluation de la sévérité initiale de l'asthme se fait par l'évaluation de la fréquence et de l'intensité des symptômes et la mesure des débits expiratoires. La sévérité « à long terme » est surtout déterminée par la quantité de médicaments requise pour en obtenir une maîtrise adéquate et certains autres éléments, telle l'utilisation de soins d'urgence.

Encadré 1

Dernières recommandations du Consensus canadien sur l'asthme Plan d'action pour l'asthme

Les dernières recommandations du Consensus canadien sur l'asthme insistent sur l'établissement d'un diagnostic d'asthme basé sur des tests de fonction pulmonaire en plus de l'histoire médicale et sur la nécessité pour tous les patients de recevoir une intervention éducatrice adéquate incluant un plan d'action écrit.

Afin d'accéder au Plan d'action pour l'asthme proposé par le Conseil du médicament du Québec, vous pouvez consulter la version en ligne de cet article, sur notre site Web, au : <http://www.stacomunications.com/journals/leclinicien/index.html>.

Identifier les facteurs déclenchants et les comorbidités

L'asthme peut apparaître chez un individu préalablement non asthmatique à la suite d'une exposition répétée à des allergènes ou à des substances en milieu de travail, ou encore à la suite d'infections virales. Les éléments mentionnés peuvent aussi causer une aggravation d'un asthme préexistant. Certains irritants courants, comme les odeurs fortes, certains polluants, l'air froid ou la fumée peuvent également causer un bronchospasme selon le degré d'hyperactivité bronchique. Pour ce qui est des comorbidités, on documentera particulièrement la rhinosinusite, l'obésité, le reflux gastroœsophagien et l'apnée du sommeil.

Déterminer le besoin en médication et initier le traitement. Après l'évaluation du degré de sévérité initial de l'asthme, le traitement débuté doit permettre une maîtrise rapide des symptômes, puis on détermine le plus bas niveau de traitement qui permet de maintenir cette maîtrise à long terme (voir Tableau 3). Le traitement sera ajusté aux besoins de chaque personne et son efficacité sera régulièrement vérifiée.

Tableau 1

Critères de maîtrise de l'asthme – Guides canadiens (1999, 2003 et 2010)

- Symptômes le jour : < 4 jours/semaine
- Symptômes la nuit : < 1 nuit/semaine
- Activités : Normales
- Exacerbations : Légères, peu fréquentes
- Absentéisme : Aucun
- Besoin en agoniste β_2 : < 4 doses/semaine*
- Débits expiratoires : > 90 % de la valeur optimale
- Variation circadienne des débits expiratoires : < 1015 %

*Auparavant, on excluait une dose/jour avant l'exercice, mais le dernier consensus inclut ces doses.

Le traitement de l'asthme

Le traitement de base

Pour tous les patients asthmatiques, le traitement de base inclut (Figure 1) :

- des mesures d'assainissement de l'environnement ;
- l'éducation du patient (idéalement avec orientation de celui-ci vers un Centre d'enseignement sur l'asthme) ;
- l'identification et le traitement des comorbidités ;
- un plan d'action écrit sur la conduite à tenir s'il y a exacerbation de l'asthme ;
- une pharmacothérapie individualisée (Figure 1 et Tableau 3) ;
- un suivi médical et éducatif régulier.

Les bronchodilatateurs à action rapide

L'asthme très léger est traité au moyen d'un bronchodilatateur à action rapide, pris au besoin, aux doses et fréquences minimales. D'ailleurs, tout patient asthmatique doit avoir une médication de ce type en cas de symptômes incommodes occasionnels. Le bronchodilatateur peut aussi être pris en prévention du bronchospasme



Le RIIRS vous connaissez?

Le RIIRS est pour tous les infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, techniciens en circulation extracorporelle, perfusionnistes et puéricultrices retraités, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

Le RIIRS

- s'occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services-conseils et, par le biais d'un assureur, des services d'assurance, participe aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance-vie, il est essentiel que vous deveniez membre du Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

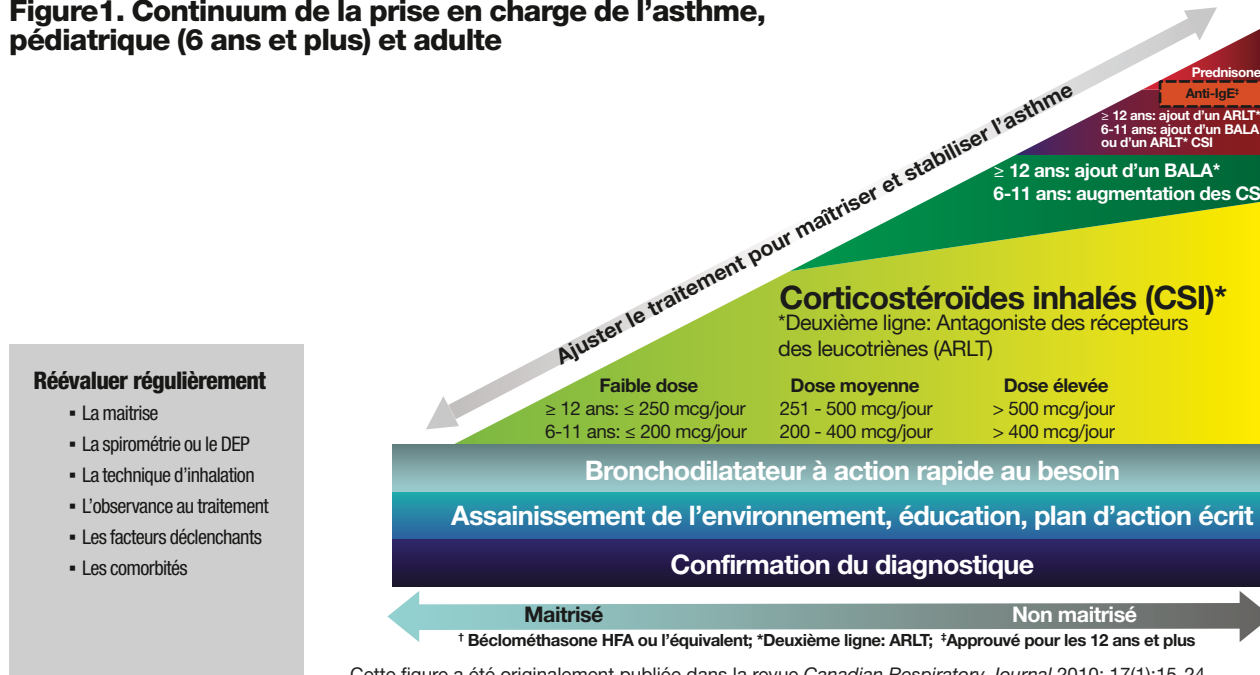
C'est simple et facile de devenir membre du RIIRS.

Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant au :

Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé

Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519
info@riirs.org • www.riirs.org

Figure 1. Continuum de la prise en charge de l'asthme, pédiatrique (6 ans et plus) et adulte



Cette figure a été originalement publiée dans la revue *Canadian Respiratory Journal* 2010; 17(1):15-24.

induit par l'exercice ou l'exposition à l'air froid (dans la demi-heure précédant ce type d'exposition).

Les corticostéroïdes

Si le besoin en bronchodilatateur à action rapide ou la présence de symptômes d'asthme deviennent réguliers (ex. : une à deux fois par semaine), ou s'il y a une réduction de la tolérance à l'effort attribuable à l'asthme, il faut ajouter un corticostéroïde en aérosol-doseur ou en poudre sèche à la dose quotidienne minimale

permettant de maîtriser l'asthme. À cet effet, les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) sont une médication de second choix.

L'association d'un bronchodilatateur à longue durée d'action et d'un À retenir en regard corticostéroïde inhalé (CSI)

Si l'asthme n'est pas maîtrisé adéquatement par des doses faibles de corticostéroïde inhalé, on suggère de prescrire l'association d'un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA) et d'un corticostéroïde inhalé, chez l'adulte, ou d'augmenter le CSI à une dose modérée avant l'ajout d'un ARLT ou d'un BDLA chez l'enfant de 6 à 11 ans. Pour l'association budésonide-formotérol administré avec un turbuhaler chez l'adulte, on peut prescrire cette médication régulièrement deux fois par jour (ex. : une à deux bouffées), le patient pouvant utiliser ce même inhalateur comme médication de secours (maximum de huit bouffées par jour, au total), le formotérol agissant aussi vite que le salbutamol. Avec l'association salmétérol-fluticasone, le salbutamol ou un autre agoniste β_2 à action rapide est prescrit comme médication de secours, le salmétérol ayant un début d'action plus lent. Au Québec, pour toute prescription des associations budésonide-formotérol turbuhaler ou salmétérol-fluticasone, il faut ajouter le code RE41 sur la prescription.

Si l'asthme n'est pas encore maîtrisé chez l'adulte avec cette thérapie, on peut augmenter la dose de corticostéroïde inhalé ou ajouter un ARLT.

Tableau 2

Exemples de changements de la médication sur les plans d'action lors de perte de maîtrise (exacerbation)	
Médication de base	Changement proposé
Bronchodilatateur seul	Introduire un corticostéroïde (CSI) inhalé
CSI seul	Quadrupler la dose quotidienne ou augmenter à un équivalent de 1 000 mcg de bécloéthasone HFA par jour
Budésonide-formotérol	Augmenter à 4 bouffées 2 f.p.j.
Salmétérol-fluticasone	Ajouter un corticostéroïde inhalé (ex. : équivalent de 250 mcg 2 bouffées 2 f.p.j. de bécloéthasone HFA)
Pour une durée de 10 à 14 jours. Si insuffisant ou déjà sous fortes doses de CSI: prednisone. Si détérioration rapide ou sévère, ou réponse insuffisante, ou suspicion d'infection respiratoire bactérienne (T [†] et expectoration purulentes): le patient doit consulter un médecin rapidement.	
Ces exemples pour asthmatiques adultes sont approximatifs et la recommandation devra tenir compte de la gravité de l'exacerbation et des caractéristiques de l'asthme.	

« Il est important de vérifier le degré de maîtrise de l'asthme qui peut être atteint et quels sont ses débits expiratoires optimaux. »

Tableau 3

À retenir en regard de la médication
▪ Réévaluer régulièrement la maîtrise de l'asthme, l'exposition à des facteurs déclenchants, l'observance au traitement, la technique de prise des inhalateurs et la présence de comorbidités. Une fois la maîtrise de l'asthme obtenue et la médication de maintien déterminée, la garder généralement pendant quelques semaines à quelques mois avant de tenter un sevrage progressif.
▪ Chaque traitement sera considéré comme un « essai thérapeutique » et la quantité et les doses de médicaments peuvent varier avec le temps.
▪ Les agonistes β_2 à courte action ne se prescrivent jamais à dose régulière (ex. : 4 f.p.j.), seulement au besoin et le moins souvent possible (un patient asthmatique ne devrait idéalement pas utiliser plus de deux inhalateurs de bronchodilatateur à action rapide par an).
▪ Il n'est aucunement nécessaire de faire précéder la prise du corticostéroïde inhalé (CSI) par celle d'un bronchodilatateur. Se rincer la bouche avec de l'eau après la prise du CSI, sinon le prendre avant un repas.
▪ Les corticostéroïdes inhalés constituent la médication de base pour maîtriser l'asthme, mais ils doivent être prescrits régulièrement à long terme et non de façon intermittente pour de brefs épisodes. On peut cependant en diminuer progressivement la dose afin de trouver celle qui est nécessaire pour préserver la maîtrise de l'asthme. En général, on perd les bénéfices du corticostéroïde inhalé dans les deux à quatre semaines suivant sa cessation. Il faut vérifier s'ils causent des effets locaux buccopharyngés et les traiter (chambre d'espacement, traitement de la candidiase, corticostéroïde avec moins d'effet buccopharyngé).
▪ Le montélukast a aussi un effet bénéfique sur la rhinite.
▪ On ne doit jamais utiliser un bronchodilatateur à longue durée d'action seul sans corticostéroïde inhalé.
▪ La cessation tabagique est essentielle chez l'asthmatique fumeur (le tabac, entre autres, réduit la réponse aux CSI et accélère le déclin de la fonction pulmonaire).

L'orientation du patient vers un spécialiste

Si l'asthme n'est pas maîtrisé par une dose modérée de corticostéroïde inhalé en association avec un bronchodilatateur à longue durée d'action, il serait bien d'adresser le patient à un spécialiste afin de vérifier si d'autres facteurs sont en cause dans cette mauvaise maîtrise. La prednisone doit occasionnellement être ajoutée dans le cas d'asthme grave. Pour les cas d'asthme grave allergique, un essai d'omalizumab peut être tenté en centre spécialisé.

Le suivi de la maîtrise de l'asthme

Après avoir atteint une maîtrise acceptable de l'asthme pendant plusieurs semaines ou mois, on réduira la médication progressivement tout en s'assurant que cette maîtrise est préservée.

- **Initier l'éducation du patient et l'orienter vers un éducateur en asthme.** L'enseignement doit être fait avec la participation active du patient asthmatique. La liste des Centres d'enseignement sur l'asthme au Québec peut être trouvée sur le site du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC, au http://www.rqam.ca/gpub/asthmece_gp.php.

- **Identifier quels sont les meilleurs résultats cliniques possibles (meilleure maîtrise possible) et si la maîtrise de l'asthme est insuffisante, rechercher pourquoi.** Il est important de vérifier le degré de maîtrise de l'asthme qui peut être atteint et quels sont ses débits expiratoires optimaux. Le traitement visera à les optimiser.
- **Établir un plan d'action écrit en cas d'exacerbation.** On peut toujours faire un plan d'action temporaire lors de la première visite, mais il est idéalement fait lorsqu'on a déterminé la médication minimale maîtrisant l'asthme adéquatement. Il comprend divers conseils sur la prévention des exacerbations en plus de la façon d'ajuster le traitement selon les critères de maîtrise (voir Encadré 1).
- **Assurer un suivi médical et éducatif adapté selon les besoins du patient.**
- **Vérifier certains éléments si l'asthme n'est pas maîtrisé après l'évaluation et le traitement.** Si l'asthme n'est pas maîtrisé, vérifier si le diagnostic est correct, si l'observance au traitement et la technique de prise des inhalateurs sont adéquates, s'il y a exposition à des allergènes, à des substances sensibilisantes au travail ou à des irritants, s'il y a présence de comorbidités ou de complications associées, si la prise d'une médication aggrave l'asthme ou s'il s'agit d'un asthme sévère réfractaire. Adressez en spécialité les patients dont l'asthme est difficile à maîtriser. 

D^r Boulet est pneumologue à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Il est également professeur titulaire de médecine à l'Université Laval et titulaire de la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval.





Tabac, nicotine, dépendances, compassion

Les fumeurs sont des déprimés qui s'ignorent, selon un psychiatre

par **Pierre Croteau**, rédacteur principal

Source : info-tabac, avril 2010, No 82, [En ligne] [<http://www.info-tabac.ca/revue82/controverses.htm>] (consulté le 17 avril 2010)

En janvier, un psychiatre à la retraite, le Dr Jean-Jacques Bourque, a publié un manifeste, intitulé **Écrasons la cigarette, pas le fumeur**, qui lui a valu une généreuse couverture par *Le Journal de Montréal*, *Le Soleil*, TVA, Radio-Canada, *The National Post*, et d'autres échos ailleurs.

Dans son livre, que le Dr Bourque adresse au grand public, et que le journaliste d'Info-tabac a lu, le psychiatre québécois se déclare « satisfait » de la chute de la prévalence du tabagisme dans la population. Pour celui qui était président de l'Association des psychiatres du Québec en 1984-88, les fumeurs encore parmi nous souffrent moins de fumer que d'être appelés à cesser de le faire; et ils ne sont pas loin d'être autant de déprimés qui s'ignorent, que la privation de nicotine risque de pousser au suicide, au point qu'on doive les prévenir du danger d'arrêter de fumer.

Une seule fois, à l'intérieur d'une des anecdotes invérifiables et souvent mélodramatiques que son livre contient, des anecdotes qui constitueraient la preuve d'une « croisade » pour écraser les fumeurs, le Dr Bourque laisse entrevoir, avec une soudaine timidité, que des fumeurs pourraient répondre à leur manque périodique de nicotine autrement qu'en fumant. Dépeignant la nicotinomanie comme une dépendance apparemment incurable, le psychiatre n'emploie cependant pas sa plume à prôner l'élargissement de l'accès à la nicotine « propre », mais à promouvoir un produit, le tabac, qui rend ses consommateurs malades, comme le répètent les autres médecins.

Nicotine et fumée: de la confusion

Jean-Jacques Bourque écrit sur le tabagisme comme si la fumée du tabac contenait exclusivement de la nicotine, et ne déroge à sa règle que dans les quelques lignes où il reconnaît le risque poten-

tiel du tabagisme passif. Il s'empresse toutefois d'encourager le lecteur au déni des dommages réels de la fumée secondaire, à coups d'anecdotes familiales et de demi-vérités statistiques ou en évoquant la pollution atmosphérique.

L'immense majorité des fumeurs mourront d'autres causes que le cancer du poumon, observe aussi le Dr Bourque, qui attribue ce fait à une possible prédisposition génétique qu'il faudrait posséder pour être atteint. Mais si la science établissait qu'il ne suffit pas de fumer, et qu'il faut aussi posséder le gène en cause, il faudrait encore remarquer que les non-fumeurs et les ex-fumeurs sont quand même moins souvent atteints du cancer que les fumeurs. Le compatissant médecin omet de le mentionner. Au-delà du « *Écrasons la cigarette* » du titre, le livre ne contient pratiquement rien qui motive quiconque à écraser la cigarette un bon jour.

À la décharge du Dr Bourque, on pourrait croire qu'il compte sur les organismes de lutte contre le tabagisme pour en faire connaître les dangers, alors que lui fait valoir les bénéfices. Or, le psychiatre reproche justement à Santé Canada de ne pas offrir une vue équilibrée des effets de la consommation de tabac dans ses mises en garde sur les paquets de cigarettes, un équilibre que lui ne trouve pas l'occasion d'assurer en 187 pages.

Le Dr Bourque préfère alimenter le scepticisme chez les fumeurs en les avisant que « *les médecins prescrivent régulièrement des médicaments plus toxiques que le tabac* » ou en affirmant qu'il fume lui-même la pipe. Dans le magasin de métaphores de Jean-Jacques Bourque, les fumeurs sont comme des sorcières sur leur bûcher; et les adversaires du tabac, l'Inquisition. Le journaliste n'invente pas ces métaphores historiques: elles sont dans le soi-disant « *cri du cœur* » du psychiatre, prêtes à être resservies.

Quant aux entreprises qui ont tout fait pour jeter le doute sur la nocivité de leurs produits, qui ont manipulé la teneur en nicotine pour augmenter la dépendance des fumeurs, et qui profitent de ce que des personnes se mettent à fumer et continuent, le livre du Dr Bourque n'en dit pas un mot.

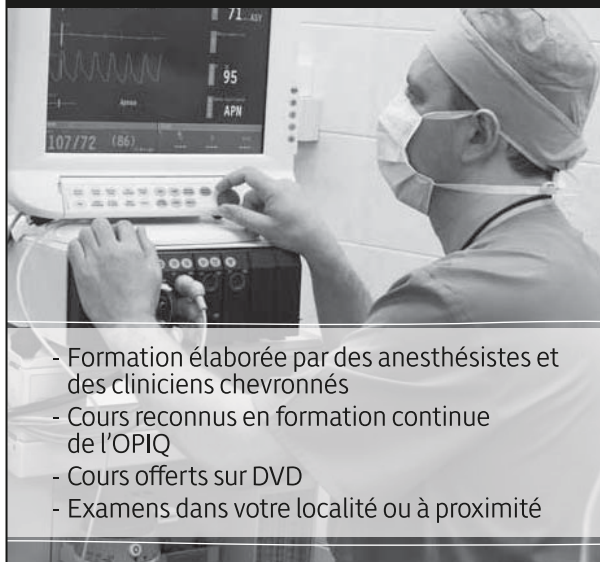


Le psychiatre Jean-Jacques Bourque

FORMATION À DISTANCE

Développez vos connaissances cliniques avec...

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



- Formation élaborée par des anesthésistes et des cliniciens chevronnés
- Cours reconnus en formation continue de l'OPIQ
- Cours offerts sur DVD
- Examens dans votre localité ou à proximité

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

- | | |
|---------|---|
| SCL1416 | Phénomène de la douleur |
| SCL2703 | Anesthésie et types de chirurgie |
| SCL2706 | Inhalothérapie dans des contextes d'urgence |
| SCL2707 | Le patient en soins intensifs |
| SCL2711 | Défaillances aiguës : prise en charge clinique (hiver 2010) |
| SCL3101 | Ventilation et intubation difficiles (1 cr.) |
| SCL3102 | Technologies avancées en ventilation mécanique I (1 cr.) |
| SCL3103 | Technologies avancées en ventilation mécanique II (1 cr.) |
| SCS2217 | Pharmacothérapie I |
| COM2708 | Communication, intervention et éthique |

2 cours optionnels (ces cours peuvent faire l'objet d'une reconnaissance des acquis à partir des cours de votre DEC)



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

Renseignez-vous!

1 877 870-8728, poste 2610
sc-sante@uqat.ca **uqat.ca**

Commentaires de médecins

Le Dr Yves Lamontagne, actuel président du Collège des médecins du Québec, a salué un auteur qui « a eu l'audace de dire qu'il faut arrêter d'écraser les fumeurs ». Dans sa préface au livre, le Dr Lamontagne écrit qu'il faut leur exprimer de la compassion et de l'empathie.

« De la compassion et de l'aide aux fumeurs, on en a en masse », a déclaré le directeur national de la santé publique au Québec, le Dr Alain Poirier, au quotidien Le Soleil. En 2009, par exemple,

163 914 consultations médicales spécifiquement en arrêt tabagique ont été accordées par les médecins québécois et couvertes par l'assurance-maladie. C'est en moyenne plus d'une consultation par médecin chaque mois, avec un fumeur différent chaque fois, à l'intérieur d'une année. L'assurance-médicaments publique a aussi payé des aides pharmacologiques à 88 068 fumeurs qui tentaient d'arrêter de fumer. Le fumeur peut également obtenir de l'aide pour vaincre sa dépendance psychologique, auprès des Centres d'abandon du tabagisme, un service public, ou auprès de la ligne télé-

phonique JARRETE, un service de la Société canadienne du cancer entièrement subventionné par le gouvernement du Québec.

Le Dr Martin Juneau, directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal, veut bien qu'on traite le fumeur avec respect et empathie, et ce souci colore la pratique de son institut, mais il déplore que le livre du Dr Bourque propage de vieilles illusions.

Le Dr Bourque mentionne une étude parue en 1996 et qui révélait que parmi les victimes d'un infarctus qui fumaient avant le tragique événement, le taux de survie six mois plus tard est plus élevé chez ceux qui ont continué que chez ceux qui ont arrêté de fumer. Or, de sévères critiques de ce genre de conclusions sont aussi parues, très vite, dans des revues médicales.

« Les études qui semblaient démontrer un effet protecteur du tabagisme après un accident cardiaque présentaient des failles méthodologiques importantes. En particulier, il faut noter que les fumeurs sont en général dix ans plus jeunes que les non-fumeurs au moment de leur infarctus. Leur maladie coronarienne est donc moins étendue et moins sévère », précise le Dr Juneau. Ce dernier reconnaît l'effet néfaste de la dépression qui survient parfois après un infarctus, mais il conclut : « Lorsque le facteur âge et tous les autres facteurs sont contrôlés, toutes les études démontrent sans équivoque que le fait d'arrêter de fumer diminue la mortalité et les risques de récurrence d'accidents cardiaques après un infarctus du myocarde. »

Psychiatre du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, à Québec, le Dr Marc-André Roy n'est pas, comme clinicien, du genre à insister pour sevrer de sa dépendance au tabac n'importe quel fumeur dont il est appelé à traiter la schizophrénie ou la dépres-

Selon le Dr Alain Poirier, directeur national de santé publique, le Québec ne se contente pas de compatir avec ses fumeurs, il leur offre de l'aide.



sion grave. Le Dr Roy ne considère cependant pas cette dépendance comme incurable chez les personnes dépressives ou psychotiques. En outre, il estime que la proposition du Dr Bourque d'ajouter sur les paquets de tabac des mises en garde contre le danger d'arrêter de fumer « est exagérée », « n'a pas de bon sens ».

Faut-il prévenir les fumeurs victimes de la maladie d'Alzheimer de ne pas cesser de fumer pour protéger leur mémoire, ce que propose le Dr Bourque ?

Professeur au Département de psychiatrie et neurosciences de l'Université Laval, à Québec, le Dr André Parent estime que la nicotine n'a aucun effet pratique sur les personnes atteintes d'Alzheimer, car les premiers symptômes apparaissent alors qu'environ 80 % des neurones sont déjà détruits. L'effet potentiellement protecteur de la nicotine reste à prouver. Mais nicotine et fumée sont deux choses, et le Dr Parent cite une récente méta-analyse de 43 études cliniques déjà réalisées en 2007 qui révèle que les gros fumeurs ont 1,72 fois plus de risque d'être un jour atteints d'Alzheimer que les personnes qui fument peu ou pas du tout. (Journal of Alzheimer's Disease 19 (2010) 465-480)

Même si c'est le caractère reproductible des résultats d'une recherche qui détermine sa fiabilité, les auteurs d'articles dans les revues scientifiques prennent souvent soin de déclarer qu'ils n'ont pas d'intérêt économique, par exemple dans la fabrication d'un médicament dont ils proclament l'efficacité. Les lecteurs de ces revues sont pourtant bien plus critiques et avertis que le grand public. Le Dr Fernand Turcotte, professeur émérite de médecine préventive et de santé publique de l'Université Laval, et le Dr André Gervais, médecin-conseil à la Direction de santé publique de la région de Montréal, auraient aimé que le Dr Bourque écrive dans son livre en toutes lettres qu'il n'a rien reçu et ne reçoit rien de l'industrie du tabac, si c'est bien le cas.



Reproduit avec autorisation.



En obtenant la une du *Journal de Montréal*, le livre du Dr Bourque a fait beaucoup parler de lui.

À qui parler à l'Ordre

Direction générale

Admission/ Équivalence de diplôme et de formation Gestion administrative Conseil d'administration/comité exécutif Exercice professionnel Loi sur l'accès à l'information	Josée Prud'Homme , directrice générale et Secrétaire de l'Ordre, poste 24 dg@opiq.qc.ca
Assurance responsabilité professionnelle Politiques et réglementation Cadre légal de l'exercice professionnel (Activités réservées/champ d'exercice) Dispense de formation continue Externes Exercice en société	Andrée Lacoursière , avocate, adjointe à la direction générale, poste 25 andree.lacoursiere@opiq.qc.ca

Présidence

Céline Beaulieu, poste 22
presidence@opiq.qc.ca

Bureau du syndic

Plaintes/manquement au Code de déontologie et à la réglementation de l'OPIQ/ Informations concernant la pratique illégale	Joële Larivière , syndic, poste 29 syndic@opiq.qc.ca
--	---

Amélioration de l'exercice

Surveillance générale de l'exercice/ Inspection professionnelle Réinscription au Tableau	Martine Gosselin , coordonnatrice à l'inspection, poste 28 martine.gosselin@opiq.qc.ca
Campus OPIQ Formation continue Demande de reconnaissance de formation	Marise Tétreault , coordonnatrice au développement professionnel, poste 26 marise.tetreault@opiq.qc.ca
Publications Congrès Promotion de la profession	Line Prévost , coordonnatrice aux communications, poste 30 line.prevast@opiq.qc.ca

Technologies de l'information

Système de gestion des membres/renouvellement en ligne de la cotisation Coordination du site Internet Réinitialisation du mot de passe Bulletin mensuel l'Ordonné	Francine Beaudoin , coordonnatrice aux technologies de l'information francine.beaudoin@opiq.qc.ca
--	---

SECRÉTARIAT

Accueil et services aux membres

Changement de statut Mise à jour dossier membre Demande nouveau permis ou duplicata Cotisation Abonnés et étudiants associés	Debiah Boumala , secrétaire à l'accueil et service aux membres, poste 21 info@opiq.qc.ca
--	---

Secrétaire de direction

Pour la présidente Pour la directrice générale	Clémence Carpentier , poste 27 clemence.carpentier@opiq.qc.ca
---	---

Secrétaire à l'inspection professionnelle

Correspondance inspection professionnelle Offres d'emploi Mise à jour du site Internet	Marie Andrée Cova , secrétaire à l'inspection professionnelle, poste 23 Marieandree.cova@opiq.qc.ca
--	--



La parlure

Le Québec dans toutes ses expressions

par **Annie Florent**

Source : L'actualité médicale, avril 2010, Vol. 31, No 7, « La parlure Le Québec dans toutes ses expressions ».

[En ligne] [<http://www.professionsante.ca/medecins/loisirs/la-parlure-le-quebec-dans-toutes-ses-expressions-6389/1>] (Consulté le 3 mai 2010).

Le québécois, il va sans dire, tire une grosse part de ses expressions du français européen dont il est issu. Cependant, le contexte climatique, économique, politique, spirituel et géographique de notre coin de pays l'a modelé pour en faire un parler distinct, marqué par notre histoire.

Si, comme bien d'autres, notre langue comporte son lot d'archaïsmes, de régionalismes et d'anglicismes, ce n'est pas là sa seule caractéristique. Penchons-nous sur quelques-uns des éléments qui l'ont forgée.

Manger: un souci quotidien

Le thème de l'alimentation, c'est indéniable, est très présent dans le parler québécois. C'est le cas, notamment, du verbe « manger », qu'on utilise à toutes les sauces : « manger une volée » (se faire tabasser), « manger ses bas » (s'en faire, quand ronger ses ongles ne suffit plus...), « se laisser manger la laine sur le dos » (se laisser abuser), « qu'est-ce que ça mange en hiver ? » (qu'est-ce que c'est ?)...

Les aliments y ont aussi la part belle. Par exemple, « chanter la pomme » (faire la cour – autrefois, en dansant, les hommes pressaient la paume de leur cavalière pour lui transmettre un message muet ; un possible glissement de sens aurait conduit à la pomme d'Adam et au chant), « faire patate » (manquer son coup) et « se paqueter la fraise » (se saouler – le mot « fraise » est souvent employé pour désigner le visage).

Toujours dans le registre de l'alimentation, il ne faut pas oublier les bêtes de la ferme et des bois. Avec le temps, des expressions qui sont nées par exemple de la chasse ont fini par connaître un sens nouveau pour des raisons parfois un peu tirées par les cheveux. Un bon exemple ? « Caller l'original », qui signifie aussi vomir, probable-

ment par analogie avec le bruit que fait le chasseur pour attirer la bête (enroué, le chasseur...). Une autre expression un peu particulière sur les animaux : « foquer – ou fourrer – le chien » (perdre son temps, se tromper) se passe de commentaire. Enfin, une dernière qui met en jeu l'ange déchu : « Le diable est aux vaches ». Explication ? On croyait naguère que l'agitation des vaches dans l'étable était le fait du diable et du mauvais temps tout proche. Il s'agit d'une référence à la discorde, au chaos qui s'instaure.

Le poids de la religion

Un peu de la même manière que, de l'autre côté de l'Atlantique, on entendra « morbleu » (mort Dieu), « tudieu » (tue Dieu) ou « sacrebleu » (sacre Dieu), notre langue déforme parfois les noms « Dieu » et « Diable », qui deviennent « yeu » et « yable ». Comme si, de cette manière, on ne blasphémait pas tout à fait. Au Québec, on dira donc « bonyeu » (bon Dieu), « vinyeu » (vingt dieux) et « ça parle au yable ». Ici, cependant, par opposition à la France, qui s'est laïcisée plus tôt, la religion est longtemps demeurée très présente. Ce poids a pesé tant et si bien que nos jurons en sont beaucoup plus imprégnés. Ainsi, on ajoute aux entités spirituelles le vocabulaire qui se rapporte à l'Église catholique et à la célébration de la messe. Et, dans ces cas aussi, histoire peut-être de s'alléger la conscience, on opte parfois pour des formules dérivées, ce qui a donné naissance à des termes comme « caline », « cibole », « tabarnouche » et autres « caliboire ».

«[...] pour dénoncer ceux qui abusent
d'une situation, on dira qu'ils
"ambitionnent sur le pain bénit",
ce qui revient en quelque sorte à les
traiter de pécheurs.»

Puisque nous parlons de Dieu et du diable, il est impossible de passer sous silence deux expressions qui peuvent faire sourire par leur incongruité : un « p'tit crisse » et « un bon yâble ». Élévation du mal et avilissement du bien ? Enfin, les Québécois emploient tout de même des termes se rapportant à la célébration de la messe dans un sens qui se veut logique. Par exemple, pour dénoncer ceux qui abusent d'une situation, on dira qu'ils « ambitionnent sur le pain bénit », ce qui revient en quelque sorte à les traiter de pécheurs.

Vénération du corps?

Délaissons un peu le monde spirituel et intéressons-nous à celui de la chair. Car le corps humain est lui aussi très présent dans notre vocabulaire. Attitude égocentrique ? C'est bien possible. Le sens, ici, est presque toujours lié à l'être humain, qu'on détaille des pieds à la tête, en s'attardant beaucoup à la région des fesses. Et on a rarement besoin d'aller chercher bien loin pour comprendre l'origine possible de beaucoup de ces expressions très imagées. En voici quelques-unes, dans l'ordre : « avoir de la broue dans le toupet » (être débordé de travail, être très pressé – traduit une idée de vitesse d'action, la broue étant synonyme de vent) ; « avoir les deux yeux dans le même trou » (être fatigué) ; « visage à deux faces » (hypocrite) ; « coûter un bras » (très cher) ; « de seconde main » (usagé) ; « avoir du guts » (avoir du cran – ici, guts se traduit littéralement par « tripes », mais on peut y voir un quasi-homonyme utilisé pour désigner les testicules) ; « mettre ses culottes » (prendre ses responsabilités – vient sûrement de « porter la culotte » [commander], dont le sens s'en rapproche) ; « se tenir les fesses serrées » (être gêné, intimidé) ; « péter de la broue » (se vanter – on reprend l'idée de vent, mais dans le sens de paroles en l'air) ; « péter plus haut que le trou » (être prétentieux) et, enfin, « s'exciter le poil des jambes » (s'énervé exagérément).

Voilà qui clôt cette incursion langagière. À la revoyure! 🦋

Source: [En ligne]. bv.cdeacf.ca/RA_PDF/24165.pdf

www.monquebec.net/culture/origine_des_expressions_quebecoises.php



**toujours
en
mouvement!**

Congrès annuel
15 et 16 octobre 2010,
Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie

 *Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec*
OPIQ

Congrès annuel

15 et 16 octobre 2010,
Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie

The logo of the Ordre professionnel de la langue française (OPIQ) is located in the top right corner. It features a stylized white graphic above the acronym 'OPIQ' in a serif font. The graphic consists of a central vertical line with a circular element at the bottom and horizontal strokes at the top, resembling a stylized 'P' or a calligraphic element.

**toujours
en
mouvement!**

 *Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec*
OPQ

Congrès annuel
15 et 16 octobre 2010,
Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie



Avis de radiation temporaire

(dossier 40-08-00025)

Avis est par les présentes donné, que **M. Yann Morin** (numéro de membre: 95-049), inhalothérapeute exerçant alors sa profession au 622, 4^e rue Ouest, Amos (Québec) J9T 2S2, a plaidé coupable devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec le 20 février 2009, aux infractions qui lui étaient reprochées, soit :

- d'avoir, au cours du mois d'août 2008, exercé sa profession d'inhalothérapeute alors qu'il était sous l'influence de préparations anesthésiques ou de toutes autres substances pouvant compromettre la qualité de ses services ou la sécurité du client (chef 1);
- d'avoir, au cours du mois d'août 2008, abandonné volontairement et sans raison suffisante les patients dont il avait la charge et ce, sans s'assurer d'une relève compétente (chef 2);

- de s'être procuré illégalement, au cours de l'année 2008, des préparations anesthésiques, notamment du propofol et /ou autres substances pouvant compromettre la qualité de ses services, et ce, pour fins de consommation personnelle, faisant ainsi défaut de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, posant, au surplus, un geste dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession; (chef 3).

Le 13 mai 2010, le Conseil de discipline a imposé à Monsieur Morin une période de radiation temporaire d'une journée, considérant la période de temps écoulée depuis le 20 février 2009, sur le chef 1 de la plainte et une réprimande sur les chefs 2 et 3.

La décision du Conseil étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, Monsieur Morin est donc radié du tableau de l'ordre pour une période d'une journée, et ce, à compter du 14 juin 2010.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 et 180 du Code des professions.

Montréal, le 17 mai 2010

Me Andrée Lacoursière

Secrétaire du Conseil de discipline

Liste des personnes radiées

Radiées

- Sophie Addy (03060)
- Zarina Akramyar (98012)
- Kevin Basque (05112)
- Marie Beaudoin (01019)
- Louise Belzile (09024)
- Régis Bolduc (75068)
- Judith Boudrias (06099)
- Michele Brideau (01070)
- Susan Carinci (87109)
- Marie Charbonneau (68021)
- Mélanie Charest (02111)
- France Chevrier (85024)
- Katia Cloutier (08129)
- Anik Coulombe (98116)
- Bernard Cyr (90016)
- Lucie Desrochers (93091)
- Marie-Josée Dugas (07070)
- Martine Dumont (89027)
- (00008) Anick Dumoulin Duvert
- (02077) Marie-France Durepos
- Sara Engelsberg (75125)
- Armino Fernandes (99042)
- Marie Fontaine (97103)

- Roxane Fortier (03018)
- Caroline Fortin (07206)
- Marie-Claude Fortin (85057)
- Karina Gauthier (92038)
- Marthe Girouard (91012)
- Guylaine Guertin (78088)
- Élizabéth Hurley (81078)
- Nedgie Jean-Philippe (07004)
- Cyndie Jobin (05031)
- Caroline Kenny (05009)
- Simon Labrecque (94091)
- Mélanie Lamarche (98032)
- Denis Landry (91102)

Radiées pour non paiement

- (2039) Isabelle Cloutier
- (95063) Annick Cormier
- (8029) Marie-Andrée Cormier
- (94016) Gino Godin
- (7189) Özlem Hamal
- (93143) Stéphane Nicole
- (98057) Stéphanie Séguin

Abandon

- (99056) Annie Gagné
- (89099) Éric Gagné

- (94136) Karine Guillemette
- (98123) Lyne-Mélanie Martel
- (98099) Nadia Pelletier
- (3032) Silvia Sacchetti

Décédée

- (76024) Johanne Dubois

Retraité(e)s

- (74005) Jean-Paul Bastille
- (77115) Diane Bergeron
- (74001) Georges-Henri Bergeron
- (77016) Jacques E. Bernier
- (74103) Lucette Caron
- (69027) Fleurette Charette
- (77094) Bernard Chenevert
- (74117) Colette Cloutier
- (75069) Christiane Demers
- (75104) Rita Desrochers
- (75004) Guylaine Fontaine
- (74049) Nicole Fortin
- (93033) Pierre Gagnon
- (75045) Diane Gareau Morin
- (73009) Marie-Paule Guilbault
- (75001) Monique Guillemette
- (74064) Andrée Laliberté

- (74046) Monique Lebeau Forest
- (84009) Claudette Lefebvre
- (74110) Nicole Lemieux
- (75093) Marguerite Lussier F.
- (75063) Jacques Morin
- (74122) Line Ouimet
- (74072) Céline Renaud
- (74030) Paulette Robitaille
- (75006) Irène Skyllas
- (73035) Denise Poitras
- (75091) Claire L. Carbonneau
- (75049) Lyne Poulin



Avis aux membres

par M^e Andrée Lacoursière, adjointe à la direction générale

Nouvelle obligation en matière d'assurance responsabilité professionnelle pour les membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.

En vertu des modifications apportées au Code des professions par le projet de loi 75 en octobre 2008, le nouvel article 62.2 du Code des professions prévoit ce qui suit :

« 62.2 Tout professionnel doit, selon les conditions et modalités déterminées par le Conseil d'administration, informer l'ordre dont il est membre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard. »

Le Conseil d'administration de l'OPIQ a donc adopté, lors de sa séance du 10 avril dernier, les modalités et conditions suivantes :

L'inhalothérapeute **doit** aviser, par écrit, l'adjointe à la direction générale de l'Ordre, au plus tard 20 jours de la signification, de tous recours en responsabilité professionnelle intentés contre lui ou auprès de son assureur de la responsabilité professionnelle dont il a connaissance et lui transmettre copie de la procédure.

Ces modalités et conditions s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 2010. 🦋

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Me Andrée Lacoursière au 514.931.2900, poste 25, ou par courriel à adjoint.dg@opiq.qc.ca.

L'Ordre y était



- Colloque « Internet et santé. Stratégies d'usages et intervention ». Présenté en partenariat avec le réseau pour la santé des populations et le Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) dans le cadre du 78^e congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS);
- 5^e Forum international francophone de pédagogie des sciences de la santé;
- Colloque au Barreau : développements récents en déontologie professionnelle;
- Comité directeur du Forum des syndicats;
- CIQ Comité sur l'application de la Loi sur l'accès à l'information;
- CIQ Journée des syndicats;
- CA et AGA du Conseil québécois sur le tabac et la santé
- Colloque du réseau RISQ+H
- Rencontre du comité des directeurs du Forum de l'inspection professionnelle du Conseil interprofessionnel du Québec
- Forum de l'inspection professionnelle du Conseil interprofessionnel du Québec
- Inauguration du Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques, Université de Montréal
- Colloque annuel de l'ACMDP : Performance et pertinence des soins et des services médicaux;
- Congrès canadien sur la santé respiratoire 2010;
- CIQ : Assemblée générale annuelle;
- Congrès de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/réunion du conseil d'administration
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/Comités projets spéciaux;
- Colloque de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec;
- CIQ/Comité planification stratégique/environnement interne;
- CIQ/Comité sur l'accès à l'information;
- Comité de la formation des inhalothérapeutes du Québec;
- CIQ/Forum des communications.



Les hormones du stress : nécessaires mais dangereuses

Le stress altère différemment le cerveau selon l'âge auquel il est subi

par **Dominique Nancy**

Source : Association des diplômés de l'Université de Montréal, Les diplômés, printemps 2010, No 418, p. 26-27.

Un lien existe entre le type de trouble dont peut souffrir une personne et les moments dans sa vie où elle a été exposée à un stress chronique. Un enfant qui a vécu de la violence familiale entre 0 et 2 ans, soit au cours du développement de son hippocampe, risque d'avoir plus tard des problèmes d'apprentissage compte tenu du rôle joué par cette région du cerveau dans la mémoire déclarative.

De son côté, une fillette de 12 ans, dont le lobe frontal est en plein développement, qui a subi des agressions sexuelles peut montrer à l'âge adulte une réduction de cette structure cérébrale et éprouver des difficultés à distinguer les informations émotionnellement pertinentes.

Voilà l'une des idées énoncées dans le modèle théorique relatif aux effets du stress sur le cerveau et au comportement élaboré par l'équipe de Sonia Lupien, professeure au Département de psychiatrie de l'UdeM et directrice scientifique du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

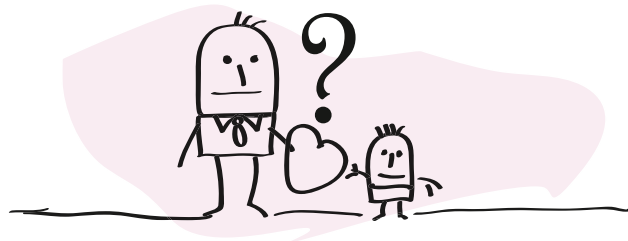
L'équipe a démontré que certaines zones cérébrales, comme l'hippocampe, l'amygdale et le lobe frontal, sont particulièrement vulnérables à l'« adversité », et ce, de manière différentielle à certains moments du développement. « L'adversité crée un stress chronique qui induit l'arrêt de la croissance de la structure cérébrale selon le moment d'exposition au stress, précise Mme Lupien. Cela altère le fonctionnement de ces différentes régions du cerveau. Mais ce n'est pas nécessairement irréversible ; des programmes d'intervention pourraient aussi empêcher ces conséquences dommageables. »

Évolution biologique

« Loin d'être néfaste, le stress est un mécanisme de survie, souligne Sonia Lupien. Sans les hormones du stress, notamment l'adrénaline et le cortisol, nous serions tous morts. Leur activation permet de mobiliser une quantité incroyable d'énergie pour affronter un danger imminent. Le problème se pose quand on exige trop souvent cette réponse. »

Dans la Préhistoire, ajoute Mme Lupien, ces hormones permettaient à l'être humain de fuir ou de chasser le mammouth. De nos jours, on fait plus souvent face à des situations nouvelles ou imprévues, telles que la colère du patron ou un travail à terminer pour hier alors que vous devez aller chercher les enfants à la garderie... Le hic, c'est qu'on ne peut pas augmenter quotidiennement la sécrétion d'une hormone sans dérégler le fonctionnement de toutes les autres. « À long terme, cette mobilisation peut nuire à notre mémoire et accroître nos risques de tomber malades. »

Jusqu'à tout récemment, les chercheurs ne comprenaient toujours pas pourquoi les contrecoups du stress variaient selon les sujets et les études. « Certains ont des réductions du lobe frontal, d'autres de l'amygdale ou de l'hippocampe... Un jour, j'ai réalisé que le seul facteur qu'on avait oublié de prendre en compte, c'était le temps. L'âge auquel survient l'adversité est important, car les structures cérébrales vulnérables au stress ne se développent pas toutes au même moment. La réduction cérébrale observée pourrait devenir la signature du moment d'exposition à l'adversité. » 



Le don d'organes sauve des vies

Signez don !

Bien que La semaine nationale des dons d'organes et de tissus, qui s'est tenue du 18 au 25 avril 2010, soit l'occasion idéale de parler du don d'organes et de se pencher sur ce généreux choix qui permet de sauver des vies, la promotion et la sensibilisation au don d'organes s'effectue chaque jour pour les intervenants en soins critiques.

Quelques informations

Saviez-vous qu'en 2009, 138 donneurs d'organes ont permis le prélèvement et la transplantation de 499 organes à 431 personnes? Bien que le nombre de décès neurologiques diminue, on remarque que le nombre d'organes disponibles a augmenté, et ce, en raison du développement de protocoles médicaux. Toutefois, il reste que seulement 1 % de tous les décès en centre hospitalier peuvent mener au don d'organes. En effet, seuls les décès neurologiques donnent ouverture au don d'organes. Le décès neurologique signifie l'arrêt définitif du fonctionnement du cerveau, qui est irrémédiablement détruit (destruction du tronc cérébral).

On se demande parfois qui peut donner ses organes. Personne n'est exclu comme donneur potentiel d'organes – peu importe son âge, sa race, ses croyances religieuses d'emblée ou son état de santé. À ce propos, saviez-vous que le donneur le plus âgé avait 88 ans et que le plus jeune avait 2 jours? Il n'en reste pas moins que de prendre la décision de donner ses organes peut faire peur. En effet, certains ont peur qu'en ayant signé leur consentement, on choisisse de mettre fin à leur vie plutôt que de tout faire pour la sauver, de ne pas être vraiment décédé au moment du prélèvement ou de ne pas pouvoir être exposé au salon funéraire. Les normes sont très rigoureuses à cet égard. Le diagnostic de décès neurologique doit être constaté par deux médecins indépendants de la transplantation ou du prélèvement.

Poursuivre la sensibilisation pour sauver des vies

Par le biais d'activités de sensibilisation, nous sommes par ailleurs en mesure d'informer les gens et de les rassurer sur leurs craintes. Grâce à la sensibilisation, nous avons constaté que le nombre de

personnes ayant signifié leur consentement est passé de 45 % en 2004 à 55 % en 2008, selon les données du plus récent sondage de Québec-Transplant. Il faut poursuivre la sensibilisation, car on ne sait jamais si cela viendra nous toucher de près un jour, par exemple, si un proche aura besoin d'une greffe à un moment de sa vie. En 2008, selon le même sondage, neuf personnes sur dix étaient favorables au don d'organes. Souvent les proches ignorent la volonté de la personne décédée et, dans le doute, certaines familles s'opposent au don d'organes et de tissus.

Statistiquement parlant

En 2008, il y avait 1 202 personnes au Québec en attente d'un don d'organes. Pour un seul donneur, jusqu'à 8 vies peuvent être sauvées ou améliorées. On peut en effet prélever 8 organes sur un donneur : le cœur, les deux poumons, le foie, le pancréas, les deux reins et l'intestin. Malheureusement, près de 50 personnes meurent chaque année en attente d'un don d'organes.

Un baume apaisant

Lorsqu'une personne prend la décision de dire oui au don d'organes, elle en retire un sentiment de satisfaction. Savoir que la vie continue pour d'autres après un décès grâce à la générosité d'un donneur rend celui-ci en paix avec sa décision. Pour neuf personnes sur dix, le don d'organes a un effet bénéfique sur le deuil.

Passer à l'action

Comment exprimer son souhait de donner ses organes? Simplement en signant l'autocollant à l'endos de sa carte d'assurance maladie. Pour obtenir un autocollant, rendez-vous directement sur le site signezdon.ca. On peut aussi consulter un notaire pour inscrire son consentement au Registre des consentements au don d'organes et de tissus de la Chambre des notaires du Québec. Enfin, il faut surtout en parler à sa famille et à ses proches.

La générosité des donneurs et de leurs proches est à la source de cette chaîne de vie. Faut parler du don d'organes. C'est la vie... signezdon.ca 



Comment aborder l'hypersomnolence?

par **Vincent Jobin, M.D., FRCPC**, professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal et pneumologue à la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et **Pierre Mayer, M.D., FRCPC**, professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal ainsi que pneumologue et directeur de la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Présenté dans le cadre de la conférence Les journées de pharmacologie, Université de Montréal, mai 2008

Source: Le clinicien septembre 2009....

Le cas de Dominique

Dominique, 43 ans, se présente à votre bureau. Elle se plaint d'une somnolence au long cours qui l'empêche d'avoir une vie normale. Elle pourrait s'endormir n'importe où et n'importe quand, malgré 11 à 12 heures au lit par jour! Comment aborder le problème?

D'abord, quantifier et qualifier la somnolence

Il est normal d'avoir un peu de somnolence en après-midi, mais lorsque cette somnolence devient excessive et limite le sujet dans ses activités, il faut investiguer. Une étude récente montre que 13 % des Américains rapportent une somnolence qui limite régulièrement leurs activités quotidiennes. Il s'agit donc d'un problème fréquent.

L'échelle d'Epworth (Tableau 1) est la plus utilisée pour quantifier la somnolence. À défaut de l'utiliser régulièrement lors d'une clinique bondée, elle devient un outil très utile lors d'un contexte légal ou, par exemple, si un arrêt de travail est envisagé pour cette condition. Une bonne anamnèse est aussi essentielle, comprenant l'hygiène du sommeil (l'heure du coucher, le temps d'endormissement, l'heure du réveil ou du lever, le besoin de faire la sieste), une révision de la médication et un dépistage de l'apnée du sommeil. On devra aussi vérifier s'il y a une dangerosité associée à cette somnolence, tel que nous le verrons plus loin. Souvent la fatigue accompagne la somnolence, mais il faut bien distinguer le manque d'énergie propre

aux pathologies, comme le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie, de la véritable somnolence qui fait « cogner des clous ».

Huit questions à poser à un sujet somnolent (en fonction de la maladie recherchée)

1- Dormez-vous assez? (carence en sommeil)

La durée moyenne du sommeil est d'environ 7 h 30 en Amérique du Nord. Cependant, il est bien démontré que pendant les jours de travail, la plupart des individus ont tendance à écourter la durée de leur sommeil d'environ une heure par rapport aux jours de fin de semaine. Or, il est important de savoir que la dette en sommeil est cumulative. Par exemple, si on ampute d'une heure par jour le sommeil d'individus normaux pendant 14 jours, ils performeront aussi mal lors de tests psychométriques que s'ils n'avaient pas dormi pendant 48 heures d'affilée. De plus, les mêmes sujets auront tendance à diminuer la perception qu'ils ont de ces déficits avec la dette en sommeil qui s'accumule.

La carence en sommeil reste la cause la plus fréquente de somnolence diurne, et il importe d'estimer la durée de sommeil des dernières semaines et de la comparer aux besoins habituels du sujet. À cet effet, les changements observés la fin de semaine ou lors des vacances ainsi qu'un journal de sommeil peuvent être très utiles pour objectiver le problème. On peut alors réviser les mesures de base concernant l'hygiène du sommeil, puis on pourra recommander au sujet d'augmenter progressivement ses heures de sommeil afin de voir s'il y a un changement.

2- Dormez-vous à des heures régulières? (troubles circadiens – insomnie)

Il suffit de penser à l'effet d'un décalage horaire pour comprendre comment des horaires de sommeil irréguliers peuvent entraîner de la somnolence. À peu près 7% de la population active effectue des horaires de travail dits postés (horaire de soir, de nuit ou rotatifs). Environ 15 % de ces travailleurs présenteront des troubles du sommeil comprenant de l'insomnie et de la somnolence principalement causées par une carence en sommeil. Pour le travail posté, plusieurs avenues thérapeutiques sont possibles. Dans un premier temps, la modification des horaires de travail (si possible) et de l'environnement de sommeil (chambre sombre, sans bruit) peuvent s'avérer efficaces. Parfois, des somnifères ou même une médication stimulante peuvent être utilisés. L'insomnie s'inscrit souvent à l'intérieur de trouble du rythme circadien. Il est important de différencier l'insomnie secondaire d'un autre diagnostic, comme la dépression de l'insomnie primaire ou psychophysiologique.

3- Ronflez-vous? (apnée du sommeil)

L'apnée du sommeil est une maladie fréquente (comparable à l'asthme), et on retrouvera du ronflement chez la plupart des gens qui en sont atteints. Parfois, le sujet rapporte des apnées vécues (étouffements) ou témoignées par le voisin de lit pendant le sommeil. L'apnée du sommeil peut engendrer une kyrielle de symptômes, autant diurnes que nocturnes. On la suspecte plus souvent chez les sujets obèses, mais cette maladie peut affecter des personnes minces, en particulier si elles ont des anomalies craniofaciales comme la macroglossie ou la rétro-micrognathie. La somnolence diurne est le principal symptôme amenant les patients à consulter. Dans un cas classique d'apnée, une polysomnographie à domicile permet d'établir le diagnostic. En présence d'une suspi-

Tableau 1

Échelle de somnolence d'Epworth : probabilité de s'assoupir ou de s'endormir dans huit circonstances de la vie quotidienne

- Lire en position assise
- Regarder la télévision
- Assis inactif dans un lieu public (théâtre, réunion)
- Passager d'un véhicule > 1 h
- Étendu l'après-midi lorsque les circonstances le permettent
- Assis, parlant à quelqu'un
- Assis tranquillement après un repas sans alcool
- Dans une voiture arrêtée au feu rouge ou dans le trafic

Pointage :

- 0 = aucun risque
- 1 = risque faible
- 2 = risque modéré
- 3 = risque élevé

Score global normal < 11/24

cion clinique élevée, il ne faut pas hésiter à demander une étude au laboratoire si cet examen est normal.

Lorsque le diagnostic est fait, on peut amorcer un traitement par pression positive continue ou orienter le sujet vers un traitement par prothèse d'avancement mandibulaire. Parfois, des anomalies de la sphère ORL seront corrigeables par chirurgie.

4- A-t-on changé vos médicaments? (somnolence médicamenteuse)

La somnolence est souvent induite par la médication, notamment par certains antidépresseurs ou antiépileptiques, les narcotiques et les benzodiazépine ainsi que

les antihistaminiques de première génération. Des antihypertenseurs, comme la clonidine, peuvent aussi entraîner de la somnolence.

Il est également important de vérifier la prise de produits stimulants, comme la caféine, qui peuvent induire de l'insomnie avec une somnolence subséquente en raison d'une carence en sommeil. Dans un cas de somnolence médicamenteuse, un essai de sevrage est à faire, si possible.

5- Avez-vous d'autres problèmes de santé? (somnolence associée à une maladie physique)

Plusieurs conditions médicales comportent des anomalies du sommeil avec somnolence, comme les maladies neurologiques, endocriniennes ou psychiatriques. Souvent la somnolence peut être un effet secondaire du traitement.

6- Avez-vous des malaises dans les jambes qui vous empêchent de dormir? (impatience musculaires de l'éveil avec insomnie associée)

Les impatiences musculaires de l'éveil sont des malaises survénant en soirée, le plus souvent aux membres inférieurs, et qui s'amenuisent avec le mouvement ou la marche. Elles peuvent entraîner de l'insomnie et il importe alors de les traiter pour améliorer la qualité du sommeil. On voudra faire un bilan sanguin de base avec une FSC, un ionogramme, une fonction rénale, un dosage du calcium, du phosphore ainsi que de la ferritine.

Outre la correction des anomalies retrouvées au bilan sanguin, le traitement est à base d'agonistes dopaminergiques comme le

Suite du cas de Dominique

L'investigation

Notre patiente souffre de somnolence importante avec un score de 22/24 à l'échelle d'Epworth. Elle ne conduit pas par crainte de s'endormir. Le questionnaire n'apporte aucune piste d'explication. Son travail est de jour et les heures de sommeil sont régulières et prolongées. Elle n'a pas d'antécédents médicaux et ne prend aucun médicament. Elle n'a aucun symptôme de narcolepsie ni d'apnées du sommeil au questionnaire.

Dominique aura une polysomnographie avec test itératif de latence d'endormissement le lendemain matin. Le résultat montre un sommeil normal mais prolongé avec une latence moyenne d'endormissement de quatre minutes lors des quatre périodes d'observation du test.

pramipexole, d'antiépileptiques comme la gabapentine, ou plus rarement, de benzodiazépine ou de narcotiques.

Il est aussi possible que le sujet souffre de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil. Il s'agit de mouvements répétitifs des membres pouvant parfois entraîner de l'insomnie ou une mauvaise qualité du sommeil. Ils peuvent être rapportés par le conjoint ou objectivés lors d'une polysomnographie. Souvent retrouvés chez le sujet normal, la plupart du temps aucun traitement n'est nécessaire. Parfois, dans un cas de somnolence réfractaire sans autre cause apparente, il peut être bénéfique de les éradiquer.

7- Avez-vous déjà eu des épisodes de paralysies lors d'une émotion comme la colère, le rire ou la peur? (narcolepsie)

La narcolepsie est une maladie rare qui comprend une tétrade classique d'attaques de sommeil, de paralysies liées aux émotions (cataplexie), d'hallucinations et de paralysies lors des transitions

éveil-sommeil. Récemment, on a objectivé un déficit en hypocretine chez ces patients. Les symptômes débutent le plus souvent dans la vingtaine, mais parfois les sujets se sont accommodés toute leur vie de leurs symptômes et le diagnostic est fait tardivement. On pose le diagnostic lorsqu'on objective au laboratoire des endormissements directement en sommeil paradoxal témoignant ainsi d'une transition anormale entre l'éveil et le sommeil.

Le traitement se fait par un aménagement des heures de sommeil avec des siestes régulières qui peuvent être très bénéfiques, des psychostimulants, comme le modafinil, et des antidépresseurs pour la cataplexie lorsque celle-ci est problématique.

8- Est-ce que votre somnolence est dangereuse? (danger d'accident au volant ou métier à risque)

Il importe d'évaluer la dangerosité associée à la somnolence lors de la conduite automobile ou de déterminer si le sujet exécute des tâches à risque, comme le métier de contrôleur aérien. La

Tableau 2

Investigation au laboratoire du sommeil		
Test	Paramètres mesurés	Utilité
▪ Polysomnographie au laboratoire (PSG)	▪ EEG, EOG, EMG ▪ Saturation en O₂, pouls, débit naso-buccal, mouvements thoraciques et abdominaux	▪ Utile pour le sujet somnolent sans cause évidente au questionnaire ▪ Quantifier et qualifier le sommeil ▪ Mouvements nocturnes des membres ▪ Apnées du sommeil
▪ Test itératif de latence d'endormissement (TILE)	▪ EEG, EMG, EOG ▪ Mesure de la latence moyenne d'endormissement lorsque le sujet reçoit comme consigne de dormir pour 4 à 5 périodes d'observation pendant une journée ▪ Fait le lendemain d'une PSG	▪ Quantifier la somnolence ▪ Faire le diagnostic de narcolepsie
Test de maintien de l'éveil (TME)	▪ EEG, EMG, EOG ▪ Mesure de la latence moyenne à l'endormissement lorsque le sujet reçoit comme consigne de rester éveillé pour 4 à 5 périodes d'observation pendant une journée	Quantifier la vigilance Objectiver si un sujet est apte à effectuer une tâche pour laquelle de la vigilance est nécessaire

Tableau 3

Avenues thérapeutiques dans le traitement de l'hypersomnolence	
Pathologie	Options thérapeutiques
▪ Carence en sommeil	▪ Modifier l'hygiène du sommeil
▪ Troubles circadiens	▪ Modifier l'hygiène du sommeil ▪ Luminothérapie ▪ Mélatonine
Apnée du sommeil	▪ Pression positive continue (CPAP) ▪ Prothèse d'avancement mandibulaire ▪ Chirurgie bariatrique ou ORL (dans certains cas)
Somnolence médicamenteuse	▪ Modification si possible
Somnolence associée à une maladie physique	▪ Traiter la cause sous-jacente
Impatiences musculaires de l'éveil avec insomnie associée	▪ Éliminer la cause sous-jacente (carence en fer [?]) ▪ Agonistes dopaminergiques
Mouvements périodiques des jambes	▪ Antiépileptique ▪ Benzodiazépines ▪ Narcotiques
Narcolepsie ou somnolence idiopathique	▪ Psychostimulants (amphétamines, modafinil)

dangerosité implique de la part du médecin qu'il prodigue des conseils sur la sécurité en attendant la fin de l'investigation et l'amorce du traitement. Ceux-ci peuvent comporter des restrictions quant à la conduite d'un véhicule automobile (ex. : le jour seulement, être accompagné, courtes distances, moins de 20 minutes) ou même l'arrêt de travail, s'il le faut.

Les lignes directrices canadiennes sur l'apnée du sommeil stipulent que dans les cas urgents, un patient devrait être évalué par un spécialiste ou par polysomnographie en deçà de quatre semaines.

Investigation supplémentaire

Si une première approche n'arrive pas à diagnostiquer et à corriger la somnolence, il importe de poursuivre le bilan. Le Tableau 2 résume les modalités diagnostiques qui sont disponibles dans les laboratoires de sommeil. L'examen de référence reste la polysomnographie, qui permet de mesurer les stades de sommeil et d'objectiver de façon la plus certaine les troubles respiratoires pendant le sommeil ainsi que les mouvements des jambes.

Lorsqu'on veut objectiver la somnolence ou faire le diagnostic de narcolepsie, un test itératif de délai d'endormissement (TILE) est indiqué. Ce test est à considérer chez tout sujet pour qui on voudrait débiter un traitement par psychostimulant au long cours. Par ailleurs, si on veut mesurer la vigilance pour attester que le sujet est apte à effectuer un métier à risque par exemple, le test demaintient de l'éveil (TME) est l'examen de choix. Lorsqu'il est

question de ces examens, une consultation en clinique du sommeil est à considérer. Les principales avenues thérapeutiques de l'hypersomnolence sont présentées dans le Tableau 3. Nous espérons que ce survol rapide vous aura éveillé à ce problème de santé publique de plus en plus reconnu.



Conclusion du cas de Dominique

Le diagnostic et le traitement

Elle souffre d'hypersomnie idiopathique, une pathologie rare qui reste un diagnostic d'exclusion.

De façon caractéristique, la somnolence persiste peu importe le nombre d'heures de sommeil.

Une médication à base de stimulants, comme le méthylphénidate ou le modafinil, est alors débutée pour regagner un niveau fonctionnel adéquat.

À retenir

- La somnolence qui perturbe le travail ou la vie sociale ou qui est associée à un score d'Epworth > 11 mérite une investigation.
- Il faut toujours évaluer la dangerosité (conduite automobile, métier à risque).
- Si aucune cause n'est évidente au questionnaire, l'examen de choix est une PSG accompagnée ou non d'un TILE pour objectiver la somnolence.
- Pour statuer si un sujet présente une vigilance adéquate pour effectuer un métier à risque, le TME est l'examen le plus utile. Dans le doute, une consultation à la clinique du sommeil peut être utile. débutée pour regagner un niveau fonctionnel adéquat.

Dr Jobin est professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal et pneumologue à la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Dr Mayer est professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal ainsi que pneumologue et directeur de la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.



Calendrier des événements

- 2010 Mount Sinai Hospital OB Anesthesia Conference & Workshop, 24 et 25 septembre 2010 à l'Auditorium Ben Sadowski de l'Hôpital Mont-Sinaï
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 3 au 9 octobre 2010;
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 15 et 16 octobre 2010, au Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie;
- Semaine nationale pour la sécurité des patients, du 1er au 5 novembre 2010;
- Journée mondiale de la MPOC, le 18 novembre 2010.

THÈMES
ET DATES DE TOMBÉE
Les nouveaux modes de ventilation
1^{er} août 2010
Les vaccins du futur
1^{er} octobre 2010



4 nouvelles formations sont maintenant disponibles sur le *campusopiq*

Conférences enregistrées dans le cadre du congrès 2008 de l'OPIQ

- Le damage control chez les polytraumatisés par Dr Jean-François Ouellet, Université Laval, Québec
- L'oxymétrie transcutanée: un nouveau champ d'activité pour les inhalothérapeutes par Édith Jarry, inh., CHT, Marie-France Potvin, inh., CHT, Jacinthe Simard, inh., CHT, CHAU Hôtel-Dieu de Lévis
- *Lung Clearance Index: an old idea with new implications* par Mme Giulia Mesiano, MSc, RRT

Conférence enregistrée dans le cadre du congrès 2009 de l'OPIQ

- Apnée complexe et sevrage difficile de la PPC par Dr Pierre Mayer, pneumologue, chef-adjoint du service de pneumologie, directeur, Clinique du sommeil, CHUM-Hôpital Hôtel-Dieu.

Surveillez les annonces courriels du *campusopiq*, le bulletin mensuel l'Ordonné ou sur le web (<http://campus.opiq.qc.ca>) pour connaître la date de mise en ligne de toutes les activités de formation.

Sondage d'intérêt – Certification en Soins cardiorespiratoires avancée (ACLS) – Automne 2010

Nous souhaitons offrir une ou des sessions de certification en soins cardiorespiratoires avancée (Advance cardiac life support "ACLS")

Vous aimeriez suivre une telle formation et obtenir une certification? Dites le nous avant le 7 septembre 2010 en nous retournant le formulaire suivant par courriel, télécopieur ou par la poste à l'attention de:

M^{me} Marise Tétreault inh.

Coordonnatrice au développement professionnel – OPIQ

marise.tetreault@opiq.qc.ca

Télécopieur: 514.931.3621

1440 Ste-Catherine Ouest, Bureau 320

Montréal, Québec, H3G 1R8

AVIS DE DÉCÈS

Nous désirons vous informer du décès de madame Johanne Dubois (76024), inhalothérapeute au CHUM Hôtel-Dieu. Nos sincères condoléances à sa famille, ses amis et collègues.

Sondage d'intérêt Certification en Soins cardiorespiratoires avancée (ACLS) - Automne 2010

Nom:

Téléphone (jour):

Courriel:

Préférence (cocher l'un ou l'autre ou les 2)
Montréal ☐ Québec ☐

Préférence (cocher l'un ou l'autre ou les 2)
Novembre 2010 ☐ Décembre 2010 ☐

Autre moment (préciser):

Sondage distribution de la revue l'inhalo

Vous avez été nombreux à nous répondre et à prendre le temps d'émettre vos commentaires et de faire des suggestions, recevez nos remerciements. Il nous importait de connaître votre opinion sur la distribution de «votre» revue professionnelle. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 91,5 % des répondants désirent avoir le choix de distribution par courriel ; 67 % apprécient avoir une version papier en main contre 33 % sont prêts à entreprendre un virage 100 % technologique !

Nous vous avons entendu, la distribution de l'inhalo se poursuivra donc par la poste. Cependant, dès le prochain exercice financier, au moment du renouvellement de cotisation, vous pourrez choisir le mode privilégié de distribution.

Encore une fois, merci de votre participation.

Mission Humanitaire Sainte-Justine au cœur du monde

Nous désirons souligner la participation exceptionnelle de deux inhalothérapeutes au sein de la prochaine mission humanitaire **Sainte-Justine au cœur du monde**; Hasna Maitat de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ainsi que Jean-François Trudel de l'hôpital Shriners de Montréal.

Chaque année, par son transfert d'expertise à la fine pointe de la technologie, la mission soigne des enfants et des adultes de milieux défavorisés qui nécessitent des soins cardiaques. Cette année, l'équipe se rendra en Égypte.

Avec des intervenants tels que : médecins spécialisés, inhalothérapeutes, infirmières et techniciens dévoués, cette clientèle pourra espérer une meilleure qualité de vie.

Bravo Hasna et Jean-François pour votre dévouement.

La communauté d'inhalothérapeutes est fière de vous et vous remercie de promouvoir ainsi notre expertise et notre profession.

Vos collègues, Nathalie Brière et Julie Duval, inhalothérapeutes.



L'Éducation thérapeutique des patients nouvelles approches de la maladie chronique

LACROIX, A. ET J.-PH. ASSAL, 2009, MALOINE, PARIS, 3E ÉDITION, 240 P. ISBN : 9782224027940. PRIX : 32,00 \$

Les maladies chroniques constituent aujourd'hui un véritable défi pour la médecine.

Elles ne peuvent être abordées comme le sont les maladies aiguës. Au contraire, la prise en charge de ces affections de longue durée appartient autant aux patients qu'aux soignants. Les premiers devront apprendre à gérer leur maladie au quotidien, les seconds à soigner en incluant l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du malade. C'est cette nouvelle approche que propose l'ouvrage de l'équipe de Genève, sans doute la plus reconnue au monde dans le domaine de l'éducation thérapeutique des patients.

A partir de l'exemple du diabète, Anne Lacroix, psychologue, et Jean-Philippe Assal, médecin diabétologue, nous apportent ici le fruit de leur expérience et de leur collaboration de plus de quinze années. Les médecins et les équipes soignantes en charge de malades chroniques trouveront dans ce livre à la fois une réflexion et des perspectives d'applications concrètes pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique de leurs patients.



Meilleures recettes pendant une chimiothérapie ou une radiothérapie

VAN MIL J. ET C. ARCHER-MACKENZIE, 2010, GUY ST-JEAN, LAVAL, 176 P. ISBN : 978-2-89455-342-8. PRIX : 24,95 \$

Voici un livre unique, contenant des recettes savoureuses conçues spécifiquement pour aider les patients et leur entourage à surmonter, dans la mesure du possible, les différents inconvénients alimentaires qu'entraînent la chimiothérapie et la radiothérapie. Les personnes en traitement doivent composer avec les changements qui affectent leur appétit et leur goût, en plus des douleurs occasionnelles à la bouche, de la difficulté à déglutir ou des nausées. Or, il est vital qu'ils continuent à bien s'alimenter !

L'auteure, une chef réputée, a testé et rassemblé plus de 100 recettes originales avec l'aide d'une spécialiste en oncologie. Les différents chapitres ont été structurés par texture, selon les préférences de la plupart des patients consultés : légère, onctueuse, tendre avec un peu de mordant, liquide, croustillante et ferme. La température étant également source de certains malaises, chaque section passe également d'un choix de plats froids à chauds, autant salés que sucrés. Les portions de chaque recette sont adaptées en fonction de l'appétit des patients ; cependant, les quantités à utiliser pour en multiplier le nombre ou la grosseur sont indiquées. Il est toujours plus agréable de partager !

Cet ouvrage est un guide essentiel pour tous les patients et leurs aidants, une source d'inspiration extraordinaire pour quiconque cuisine pour des personnes en traitement et une aide précieuse pour tous les professionnels de la santé qui distribuent de l'information.

José van Mil est une chef renommée, consultante en alimentation pour plusieurs grandes compagnies. Elle a mis son expérience culinaire à contribution pour élaborer cette méthode afin d'aider son mari, atteint d'un cancer, à se nourrir. Aujourd'hui, elle est très active auprès de différents organismes de lutte contre le cancer. Christine Archer-Mackenzie est une radiologue et psychologue spécialisée en oncologie. Elle apporte à l'ouvrage un point de vue médical.

La section du bas devra nous être retournée avec un chèque de 10 \$ émis à l'OPIQ pour l'obtention d'une heure de formation continue qui sera inscrite à votre dossier. Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 90% pour la reconnaissance de cette heure de formation.



Questions relatives au texte XXXXX (pages XXX).

1) VRAI OU FAUX

L'âge, le sexe, l'hérédité sont des facteurs de risques modifiables.

2) Au Québec, quel pourcentage de la population fume ?

- a) 10%
- b) 15%
- c) 20%
- d) 25%
- e) 50%

3) VRAI OU FAUX

La thrombolyse est un traitement rapide et efficace à condition d'intervenir dans les 12 premières heures suivant l'apparition des signes et des symptômes.

4) Une complication fréquente de l'angioplastie est:

- a) une hémorragie sévère
- b) une insuffisance rénale
- c) un hématome au point de ponction
- d) une insuffisance cardiaque
- e) un choc cardiogénique

5) Quel est le taux d'efficacité de l'angioplastie ?

- a) 30%
- b) 50%
- c) 75%
- d) 80%
- e) 95%

6) VRAI ou FAUX

L'administration précoce d'aspirine permet de diminuer l'agrégation plaquettaire.

7) Quelle est la principale cause de mortalité chez le patient avec un infarctus avant son arrivée au centre hospitalier ?

- a) la fibrillation auriculaire
- b) la fibrillation ventriculaire
- c) la bradycardie sinusale
- d) le choc cardiogénique
- e) l'accident vasculaire cérébral

8) Quel est le taux de mortalité chez le patient avec un infarctus avant l'arrivée des secours ?

- a) 20%
- b) 30%
- c) 40%
- d) 50%
- e) 60%

9) La nitroglycérine est un traitement efficace chez le patient en infarctus, car:

- a) elle augmente la postcharge du cœur
- b) elle augmente le retour veineux
- c) elle augmente la consommation d'oxygène du cœur
- d) elle diminue la précharge et la postcharge au cœur
- e) elle augmente la tension artérielle

10) VRAI OU FAUX

Les bêtabloquants peuvent aider à réduire la taille de l'infarctus ?

réponses:

- 1 VRAI ☐ FAUX ☐
- 2 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 3 VRAI ☐ FAUX ☐
- 4 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 5 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 6 VRAI ☐ FAUX ☐
- 7 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 8 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 9 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 10 VRAI ☐ FAUX ☐

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1^{er} juin 2010

Nom :

Prénom :

N° de membre :

Adresse :

Signature :

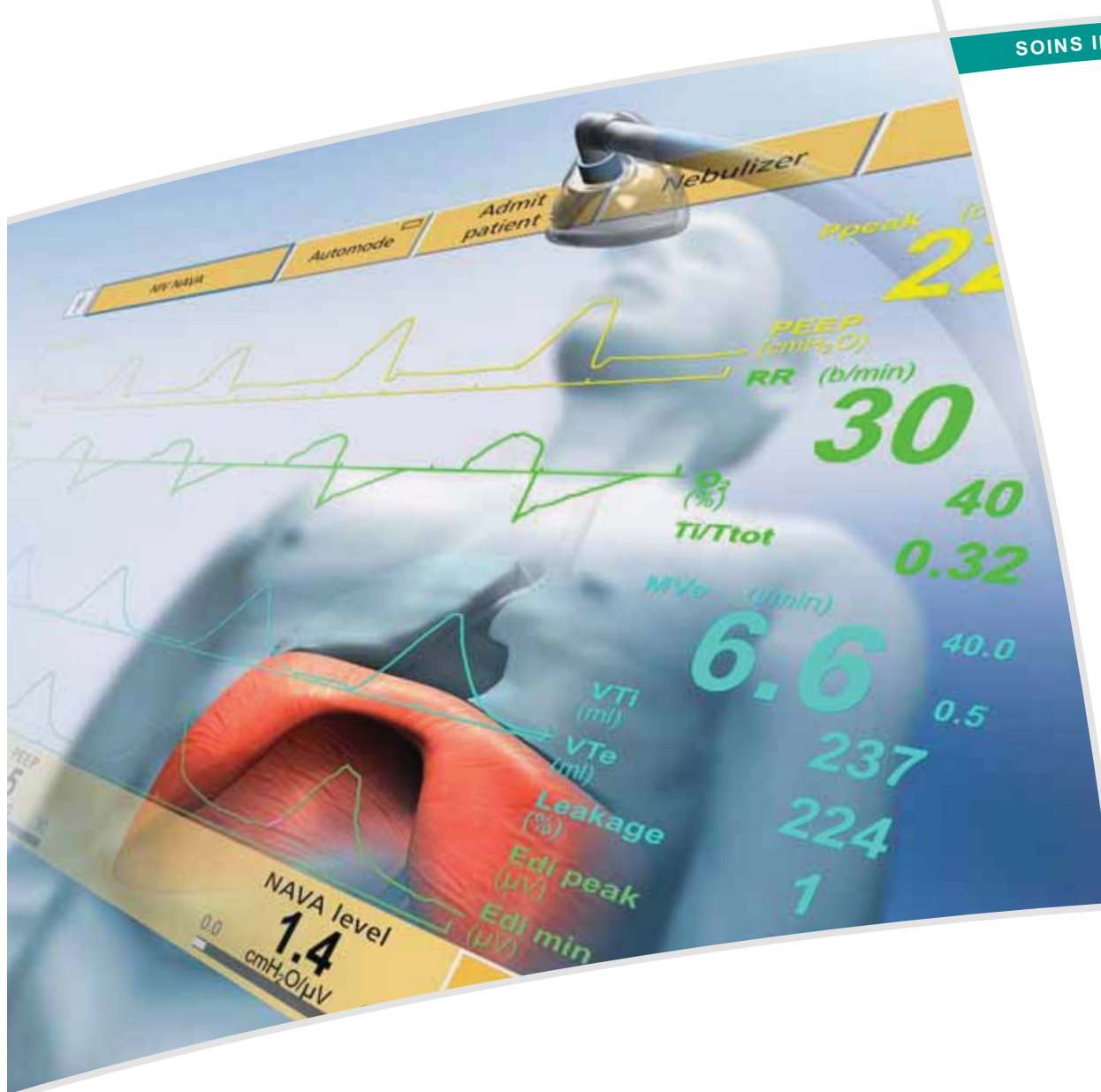
Retournez cette section avec votre paiement par la poste à:

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320
Montréal (Québec) H3G 1R8

LE SERVO-i® AVEC LE NAVA® VNI
POUR FAVORISER TOUT LE POTENTIEL
DE LA SYNCHRONIE

MAQUET
GETINGE GROUP

SOINS INTENSIFS



Le NAVA VNI fonctionne par contrôle neural :

l'assistance ventilatoire est couplée à la demande neurale et est fonctionnelle peu importe les fuites provenant de l'interface patient. Le déclenchement de la ventilation et l'arrêt de cycle ne sont pas affectés par les fuites. Chaque effort du patient, indépendamment du type d'interface, est évalué et obtient une réponse adéquate et efficace, qu'il s'agisse de patients adultes ou des plus petits nouveau-nés.

Edi* - ce nouveau signe vital respiratoire

permet une surveillance constante des besoins respiratoires, et ce, en toute circonstance et avec tout mode de ventilation, même en période d'attente après l'extubation.

NAVA – le contrôle neural de la ventilation

mécanique – est l'innovation unique de MAQUET ayant permis une synchronie réelle avec le rythme respiratoire du patient, tant pour les adultes que pour les enfants et les nouveau-nés. Le NAVA VNI va plus loin encore en libérant tout le potentiel de cette synchronie entre le patient et le ventilateur, et ce, de façon non invasive.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez www.maquet.com/nava.

SERVO-i – POUR DONNER PLUS DE FORCE À
L'EFFORT HUMAIN

*Activité électrique du diaphragme

235 Shields Court
Markham, Ontario
Canada L3R 8V2
Toll Free: (800) 227-7215
Tel: (905) 752-3300
Fax: (905) 752-3342
sales@maquet-dynamed.com
www.maquet.com

Introduisant la prochaine génération

L'Evita Infinity V500®

- Ventilateur de soins intensifs de Dräger



L'environnement des soins intensifs évolue très rapidement et est de plus en plus exigeant. Pour répondre aux besoins des patients en soins critiques, les cliniciens exigent une haute performance avec des interfaces faciles d'utilisation et qui procurent un accès instantané aux plus récentes données cliniques. L'Evita Infinity V500 offre une gamme complète d'option de traitement pour rencontrer les besoins des patients adultes, pédiatriques et néonataux. Avec le V500, la gestion des données est simplifiée et permet une prise de décision efficace au chevet - où vous êtes le plus en demande.

Découvrez les bénéfices de l'Evita Infinity V500.



Innovation en ventilation non invasive

Grâce au Carina® de Dräger, accompagnez vos patients sur la voie de la guérison.

Le Carina®, intelligent et compact, est un ventilateur VNI hautes performances. Grâce à sa fonction SyncPlus® perfectionnée, sa convivialité et sa portabilité, Carina® vous permet d'accompagner vos patients sur la voie de la guérison, rapidement et confortablement.



Visitez notre site web www.draeger.com/CA/fr/
ou téléphonez au 1-866-343-CARE (2273)

Dräger. La technologie pour la vie.