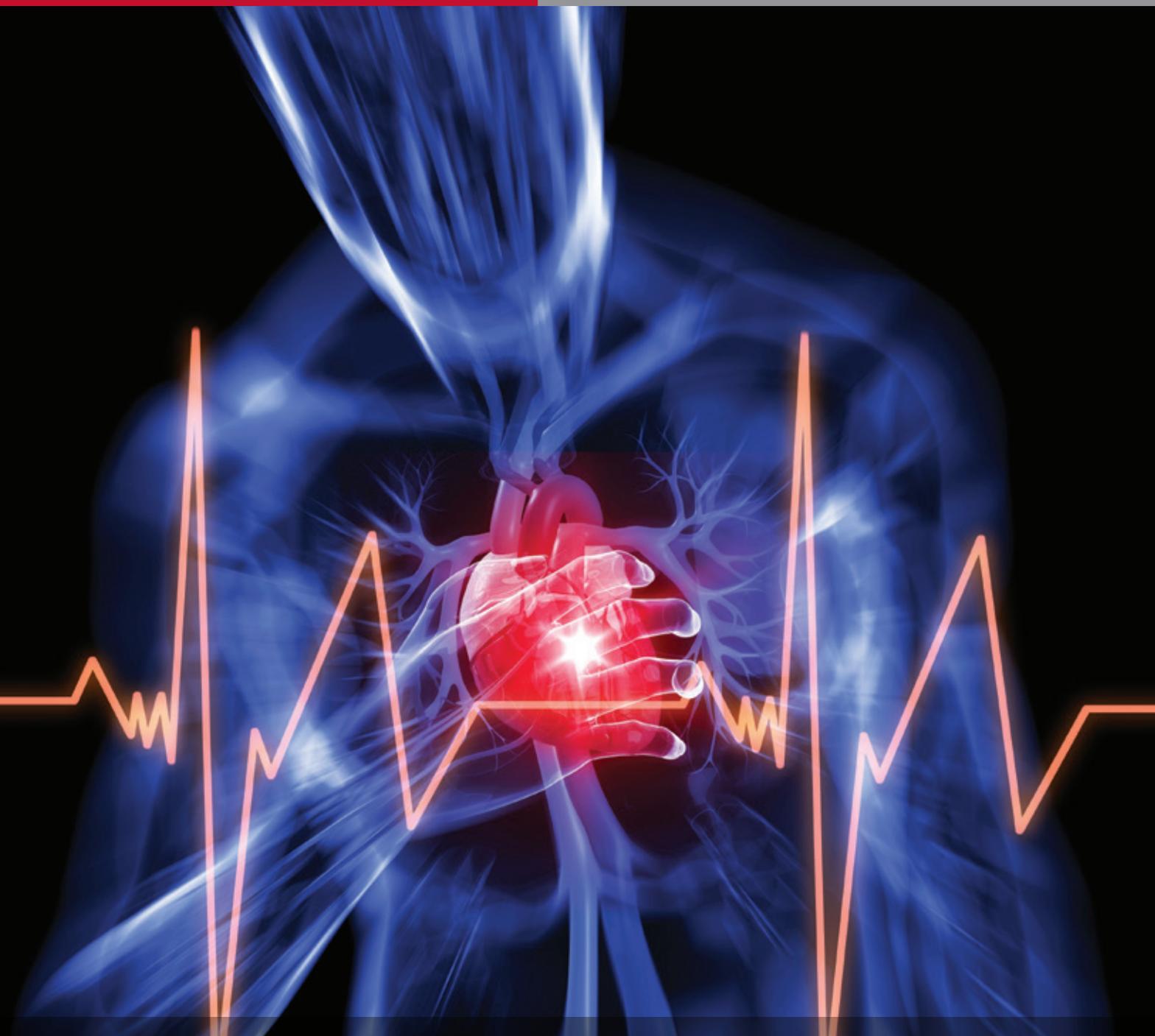


# l'inhalo

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



dossier **l'infarctus du myocarde**

assemblée générale annuelle des membres vendredi 15 octobre 2010 à 8 h

# Même si vous quittez la chambre, nous sommes présents<sup>MS</sup>



## Système Patient SafetyNet™ 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](http://www.masimo.com).





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

**À** 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. Voilà un bel exemple de collaboration efficace entre l'Ordre, le MICC et le Collège de Rosemont. 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 L'INFARCTUS DU MYOCARDE
- 8 L'infarctus.  
Tout ce que vous devriez savoir...
- 14 Nouvelle technique de déblocage  
des artères obstruées à l'Institut de  
cardiologie et de pneumologie de Québec
- 16 Perte, deuil et renaissance  
dans les maladies cardiovasculaires
- 24 FINANCES  
Hypothèques
- ACTUALITÉS
- 22 Le nombre d'ordonnances de varénicline a  
baissé en 2009 après l'emballement de 2008
- 25 Assemblée générale annuelle des membres
- 26 Asthme : quoi de neuf en 2010?
- 30 Les fumeurs sont des déprimés  
qui s'ignorent, selon un psychiatre
- 33 À qui parler à l'Ordre
- 38 Les hormones du stress :  
nécessaires mais dangereuses
- 39 Le don d'organes sauve des vies,  
signez don!
- 40 Comment aborder l'hypersomnolence?
- LE FRANÇAIS TEL QU'ON LE PARLE
- 34 La parlure.  
Le Québec dans toutes ses expressions
- 44 Babillard
- 46 Questionnaire détachable  
pour la formation continue

**Présidente**

Céline Beaulieu, inh., B.A.

**Administrateurs**

Eric Cardin, inh., Réjean Duchesne, inh., Brigitte Fillion, inh., Johanne Fillion, inh., Francine Gagnon, inh., Mylène Gauthier, inh., Mélyan Grondin, inh., Francine Le-Houillier, inh., Annie Quenneville, inh., Pascal Rioux, inh., Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

**Administrateurs nommés par l'Office des professions**

Laurier Boucher, Araceli Fraga, Michel Perreault, Raymond Proulx

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

**Présidente**

Céline Beaulieu, inh., B.A.

**1<sup>re</sup> vice-présidente**

Johanne Fillion, inh.

**2<sup>e</sup> vice-présidente**

Michèle Vincent Félix, inh.

**Trésorière**

Francine Le-Houillier, 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<sup>re</sup> Andrée Lacoursière

**Coordonnatrice à l'inspection professionnelle**

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

**Coordonnatrice aux communications**

Line Prévost, inh.

**Coordonnatrice au développement professionnel**

Marise Tétreault, inh.

**Coordonnatrice aux technologies de l'information**

Francine Beaudoin

**Secrétaire de direction**

Clémence Carpentier

**Secrétaire à l'inspection professionnelle**

Marie Andrée Cova

**Secrétaire à l'accueil et services aux membres**

Dehbia Boumala

**Syndic**

Joëlle Larivière, inh.

COMMUNICATIONS

**Responsable**

Line Prévost, inh.

**Collaborateurs**

Josée Gobeil, inh., Michel Grosbois, M<sup>re</sup> Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin, Marise Tétreault, 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'Ayrou

**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 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 vocable, 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<sup>1</sup>» 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 (pages 9-13) 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 nous reproduisions un extrait de son mémoire de maîtrise.

Nous aurions 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 le texte de M. Grosbois.

*Toujours en mouvement!* Vous avez certainement remarqué, joint à *l'inhalo*, le programme scientifique du 37<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice aux communications

1 GROSBOIS, Michel. Gastlosenspitz, 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.

## index des annonceurs

Assurances La Capitale 11

Dräger Medical 48

Masimo 2

BM enr. 21

FIQ 25

M.D. Santé 13

Carestream Medical Ltd. 17

Laboratoires Biron 15

RIIRS 27

Covidien 5

Maquet-Dynamed 47

Trudell Médical 19

UQAT 31



## VOUS VIVEZ ET RESPIREZ L'EXCELLENCE

Nellcor<sup>MC</sup>  
Mon-a-therm<sup>MC</sup>  
Puritan Bennett<sup>MC</sup>  
Airox<sup>MC</sup>  
Mallinckrodt<sup>MC</sup>  
DAR<sup>MC</sup>  
Shiley<sup>MC</sup>  
Sandman<sup>MC</sup>

**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.





## Les agences privées de placement, qu'en pense l'Ordre?

L'actualité du trimestre qui vient de se terminer a largement couvert les négociations en cours dans le secteur public de la santé. Bien qu'ils ne fassent pas partie du mandat d'un ordre professionnel, certains enjeux peuvent parfois nous interpeller.

Les associations syndicales dénoncent la tendance actuelle des établissements à faire appel à du personnel provenant d'agences privées de placement, afin de pallier une pénurie de professionnels de la santé, notamment les inhalothérapeutes.

Les membres, les associations syndicales, les journalistes, le grand public s'interrogent à savoir ce qu'en pense l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes. Notre réponse se situe à deux niveaux.

Premièrement, lorsque des soins en santé cardiorespiratoire sont prodigués par un inhalothérapeute, ce dernier, et ce, peu importe son employeur, public ou privé, demeure soumis aux mêmes règlements, aux normes de pratique en vigueur, au Code de déontologie et celui-ci engage toujours sa responsabilité professionnelle. S'il s'avère qu'un manquement ou une plainte soit déposée, le même processus disciplinaire s'applique afin d'assurer au public la protection qu'il est en droit d'exiger.

L'Ordre ne s'oppose donc pas à l'utilisation des services offerts par des agences privées de placement. Par contre, et là se trouve le deuxième volet de notre réflexion, le recours à de tels services ne devrait pas devenir un mode de gestion systématique au jour le jour. Car, si tel était le cas, l'Ordre se questionne à savoir si les soins seraient alors aussi performants?

Nous le savons pertinemment, les secteurs d'activités où les inhalothérapeutes œuvrent sont des secteurs de pointe où l'expérience et une bonne connaissance des lieux et des politiques départementales sont indispensables au fonctionnement optimal, donc à l'amélioration constante des soins prodigués. Une équipe expérimentée s'avère donc nécessaire au bon fonctionnement, et ce, tout secteur d'activités confondu. D'ailleurs, les périodes d'orientation et d'intégration sont incontournables, peu importe l'expérience de l'inhalothérapeute affecté à un nouveau secteur d'activité.

Selon nos dernières statistiques, où une marge d'erreur est toujours possible, moins de 2 % de nos membres déclarent posséder un lien d'emploi avec des agences privées de placement, alors qu'il y a 5 ans à peine, cette situation n'existait pas dans la pratique de l'inhalothérapie. Fait-on face à une tendance qui prendra de l'ampleur? Si l'on établit un parallèle avec les soins infirmiers, nous sommes portés à croire que ce n'est qu'un début et que ce pourcentage risque d'augmenter dans le futur. Et c'est ce qui nous inquiète.

Nous appuyons l'utilisation ponctuelle de personnel provenant d'agences privées de placement, mais nous refusons ce mode de fonctionnement sur une base régulière. La solution demeure plutôt une révision de l'organisation des services dans le secteur de la santé, et ce, conjointement avec les deux principaux acteurs, soit l'employeur et les employés représentés par les associations syndicales, car il faut se rappeler que l'un et l'autre ont une finalité commune, soit la prestation et l'amélioration des soins de qualité à la population. Il faudra aussi que notre réseau public de santé fasse preuve de créativité afin d'attirer et de retenir ses professionnels en mettant en place des incitatifs portant les inhalothérapeutes à croire en la plus-value de travailler dans un réseau fort et qu'ils en soient fiers!

Malheureusement, des mesures comme celle que s'appête à adopter le gouvernement — je fais ici référence au projet de loi 100 — n'encourage en rien la relève et ceux qui y œuvrent à opter pour le réseau public. En effet, une réduction de 25 % dans les budgets de formation du réseau de santé est inadmissible dans un contexte où la technologie et les approches cliniques ne cessent d'évoluer à la vitesse grand V et où l'on demande aux professionnels d'être de plus en plus performants. 

Céline Beaulieu, inh., B.A.  
présidente



## Private placement agencies, what does the *Ordre* think about them?

**L**ast trimester's news cycle largely covered the ongoing negotiations in the public health sector. Although they are not included in the mandate of a professional order, some of the stakes may sometimes grab our attention.

Labour unions denounce the current tendency of some health establishments to call on personnel coming from private placement agencies, in order to overcome the shortage in health professionals, especially respiratory therapists.

The members, the labour unions, the journalists, and the public are questioning themselves on what the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes* thinks about this situation. We offer a two-part answer.

First, when care in cardiorespiratory health is given by a respiratory therapist, he or she, despite his or her employer being public or private, must comply to the same regulations, to the standards of practice in place, to the professional code of ethics, and he or she is always bound by his or her professional responsibility. If ever a dereliction of duty or a complaint is brought up, the same disciplinary process takes effect so as to ensure that the public gets the protection that it rightly deserves.

The *Ordre* does not oppose per se using the services offered by private placement agencies. On the other hand, and there lies the second part of our reflection, resorting to such services should not become a systematic way of managing day to day operations. Because, if this should be the case, the *Ordre* is questioning itself as to the effectiveness of the care that would be provided?

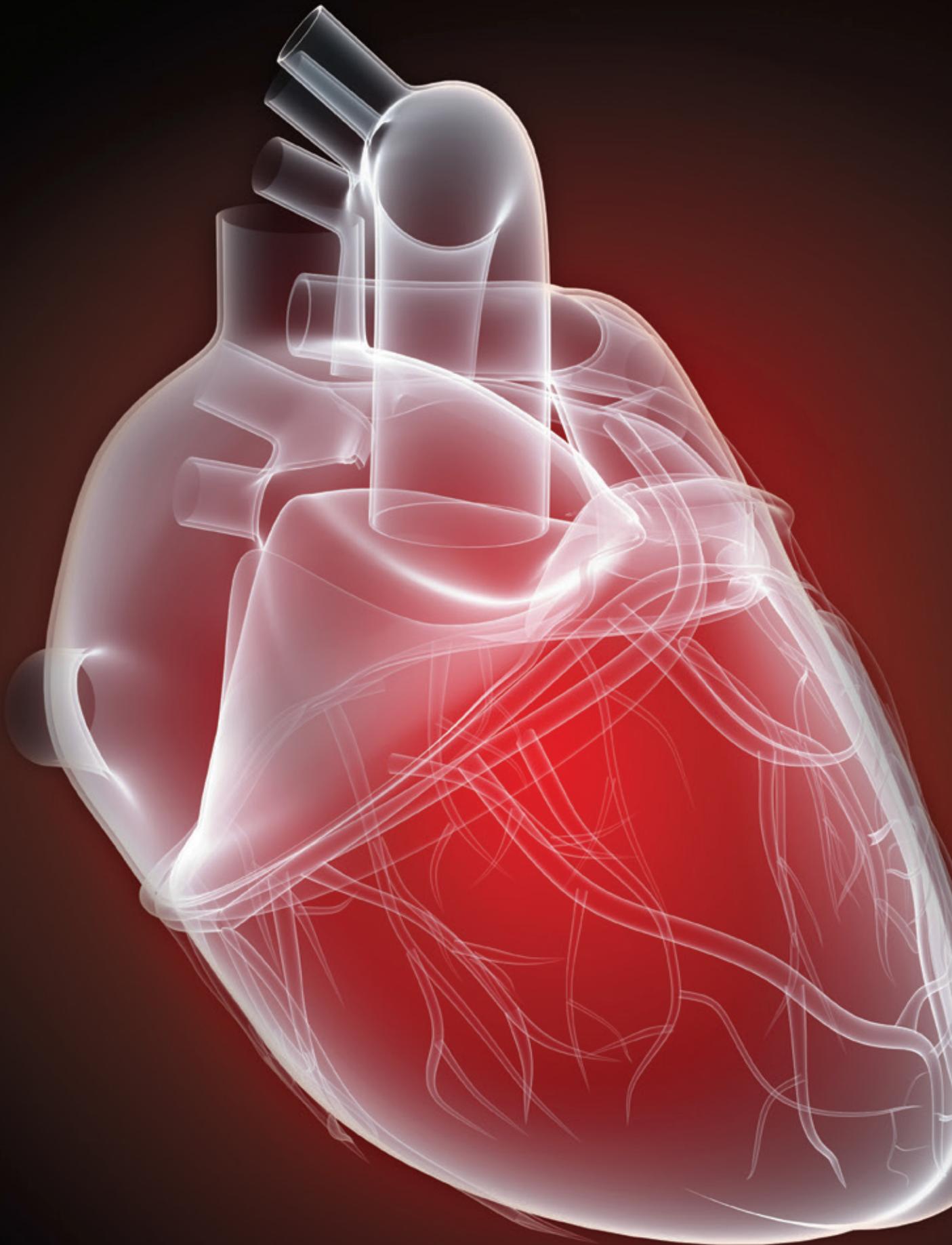
We know it too well, the areas of activities where respiratory therapists work are cutting edge areas where experience and a good understanding of the workplace and of departmental policies are indispensable to ensure optimal running of operations, therefore to a constant improvement of the care given. So, an experienced team usually goes hand in hand with a smooth running of operations, irrespective of the area of activity. In fact, adjustment and integration periods are essential, notwithstanding the experience of the respiratory therapist being appointed to a new area of activity.

According to our latest statistics, where a margin of error is always possible, less than 2% of our members declared being employed by private placement agencies, while only five years ago, this situation didn't exist in the respiratory therapy practice. Are we facing a rising trend? If we compare it to nursing care, we may be tempted to believe that it is only the beginning and that the percentage may well increase in the future. And it is what worries us.

We support the limited need to hire staff from private placement agencies, but we refuse this way of doing things on a regular basis. The solution still remains a revision of the way services are organized in the health sector, and that, done in conjunction with the two main actors, the employer and the employees represented by their labour unions, because we must remember that one, like the other, share a common goal, that is the provision and the improvement of the quality of care given to the population. Our public health network will have to show creativity in order to attract and keep its professionals by putting in place incentives to make respiratory therapists believe in the added benefits of working in a strong network that makes them proud.

Unfortunately, measures like those on the point of being adopted by the government — I am referring here to Bill 100 — doesn't encourage at all the up and coming and those who already work to choose the public network. In fact, a 25% reduction in the budget allocated to training in the health sector is inadmissible in a context where technology and clinical techniques evolve at great speed and where we ask professionals to increase even more their performance level. 

Céline Beaulieu, inh., B.A.  
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 risque :

Facteurs de risque modifiables	Facteurs de risque non modifiables
Tabagisme	Âge
Sédentarité	Sexe
Hypertension	Antécédents familiaux de coronaropathie 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 représentent maintenant la deuxième cause de décès au Canada (ayant été dépassé en mai 2010 par le cancer) 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 risque, 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 coronaropathie.

### Diabète

Il est l'un des facteurs responsables de la formation de plaque d'athérome et de leur 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 6<sup>e</sup> heure, pour atteindre un pic à la 24<sup>e</sup> 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 des troponines 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 débutée 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 six semaines en sont quelques exemples.

# 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**



On note que mondialement, la thrombolyse s'avère la thérapie la plus utilisée par rapport à des stratégies plus invasives : elle est 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 aiguë, 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 risque (arrêt tabagique) ;
- prodiguer une assistance 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 risque, 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 ». 

### Références

- 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](http://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, N° 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).

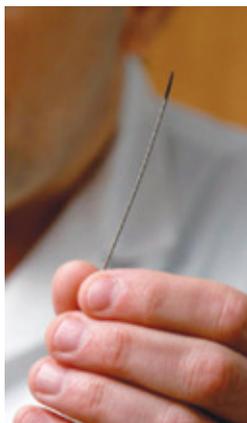
*Une équipe de spécialistes en cardiologie d'intervention de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), menée par le cardiologue Stéphane Rinfret, a réussi une autre première canadienne : elle est parvenue à débloquer des artères du cœur complètement obstruées depuis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

*A team of specialists in cardiac intervention from the Institut de cardiologie et de pneumologie du Québec (IUCPQ), led by cardiologist Stéphane Rinfret, has made one more Canadian first: they were able to unclog heart arteries completely blocked for many years, thanks to a new retrograde recanalization technique perfected in Japan.*

**C**ette 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 des artères coronariennes obstruées depuis des années.

Le D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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.



## 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!**

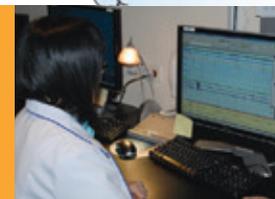
Les candidats retenus se verront offrir une formation sur mesure afin de débouter leur nouvelle carrière dans un cadre valorisant la qualité des soins et le travail d'équipe.

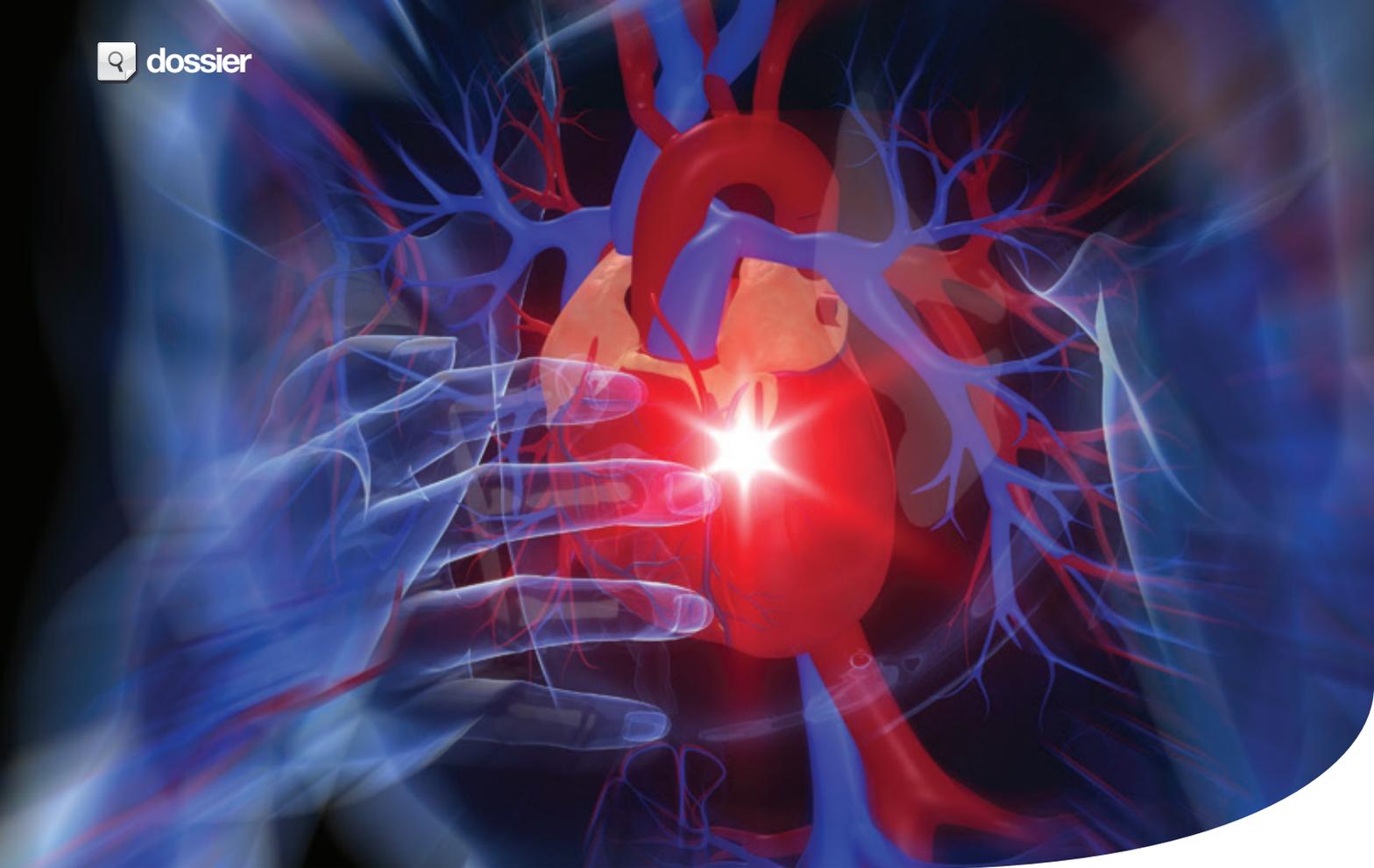
Veillez faire parvenir votre CV au service des ressources humaines soit par courrier électronique à [rh@groupebiron.ca](mailto:rh@groupebiron.ca), par télécopieur au **514 315-9998** ou encore par courrier au : 4105-F boul. Matte, Brossard, Qc, J4Y 2P4

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le [www.groupebiron.ca](http://www.groupebiron.ca)

**B**  
**Biron**

Soins du sommeil





## Perte, deuil et renaissance dans les maladies cardiovasculaires

par **Michel Grosbois**, thérapeute en réadaptation cardiovasculaire,  
conseiller en affections respiratoires et tuberculoses 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:

**U**ne 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)



**CAREstream**  
Medical Ltd.

(T) 1.888.310.2186

(F) 1.888.310.2187

info@carestream.com

www.carestream.com

**novalung®**

Solutions for Lung Failure



#### ILA VENTILATEUR A 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 primairement 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.



du vécu, de la qualité de vie, des répercussions 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 cardiovasculaire; 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'une 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 cardiovasculaires ».

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 cardiovasculaire ». 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 convoient 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 postinfarctus. Ils doivent donner lieu



« VapoTherm à combiner dans un seul appareil ; performance, sécurité et facilité d'utilisation pour des résultats optimaux chez vos patients. Precision Flow<sup>MD</sup> 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<sup>MD</sup> !

( LE TIRAGE SERA EFFECTUÉ LORS DU 37<sup>ÈME</sup> CONGRÈS DE L'OPIQ.)

### PRECISIONflow<sup>®</sup>

#### Contrôle de précision de facteurs clés :

- Régulateur de débit intégré (de 1 à 40 l/min)
- Mélangeur électronique pour la gestion de la FiO<sub>2</sub>
- 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.ttml.com](http://www.ttml.com)

à des mesures appropriées d'accompagnement psychosocial, par les 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 Baillo

Nous consultons notre montre pour nous conformer au rythme des événements extérieurs. C'est ainsi que nous nous contraignons, 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

 **plan stratégique 2007-2011**

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

**Son engagement...**  
 ... Parce que l'organisation est solidaire et responsable, parce qu'elle participe activement à la réalisation de sa mission.



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? 

**Reproduit avec autorisation.**

**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.

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](mailto: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, N° 82, [En ligne] [<http://www.info-tabac.ca/revue82/nicotine.htm>] (consulté le 17 avril 2010).

**E**n 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 : 1 163 013 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

« 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. »

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 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 + gommes 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 (puisqu'il utilisait un placebo à son insu et à l'insu du thérapeute). En combinant timbres et gommes 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.



Les thérapies de remplacement de nicotine, tels *Nicorette*, *NicoDerm*, *Habitrol* et *Thrive*, ont remonté la pente.



# Hypothèques

## Quand est-il avantageux de renégocier son prêt hypothécaire ?

par **Bernard Marin**, conseiller financier, ScotiaMcloud

**L**es taux d'intérêt actuels incitent un grand nombre de propriétaires à songer au refinancement de leur prêt hypothécaire. Si vous avez un prêt hypothécaire fermé (que vous ne pouvez rembourser avant son échéance), on pourrait vous imposer une pénalité si vous négociez une nouvelle entente. L'exercice peut tout de même en valoir la peine. Il s'agit de savoir si la somme des intérêts économisés est supérieure au montant de la pénalité.

En règle générale, on peut dire que le refinancement n'est avantageux que si le nouveau taux d'intérêt est d'au moins 2 % inférieur à votre taux actuel. Pour vous aider à prendre une décision éclairée, prenez connaissance de la vaste gamme de solutions hypothécaires innovatrices de la Banque Scotia.

### Stratégies pour économiser temps et argent

Nous rêvons tous du jour où nous serons véritablement propriétaires de notre maison. Nous vous présentons des stratégies toutes simples qui peuvent vous aider à rembourser votre prêt hypothécaire plus rapidement, et par conséquent vous permettre d'économiser un montant plus ou moins substantiel.

#### 1. Augmentez la fréquence de vos versements hypothécaires.

Vous pourrez économiser sur les frais d'intérêts en effectuant des versements hebdomadaires ou à la quinzaine au lieu des versements mensuels. Cette façon de faire équivaut à effectuer un versement mensuel supplémentaire chaque année sans que vous vous en rendiez compte.

#### 2. Choisissez la période d'amortissement la plus courte possible et faites les versements les plus élevés que vous pouvez vous permettre.

Des versements hypothécaires légèrement plus élevés deviendront vite partie intégrante de votre budget. Le tableau ci-contre démontre qu'un versement de 71,54 \$ de plus chaque mois sur un prêt hypothécaire de 100 000 \$, à un taux de 6,25 %, se traduirait par une économie de 22 115,48 \$ en frais d'intérêts.

#### 3. Profitez de l'option de remboursement anticipé 15 + 15<sup>MD</sup> de la Banque Scotia :

- augmentez le montant de vos versements. Une fois par année, vous pouvez augmenter le montant de vos versements à concurrence de 15 % du montant prévu.
- affectez une somme additionnelle, comme votre remboursement d'impôt, à votre prêt hypothécaire. Chaque année de la durée de votre emprunt, vous pouvez effectuer un remboursement anticipé à concurrence de 15 % du montant initial de votre prêt hypothécaire, à n'importe quel moment.

#### 4. Vous pouvez également profiter de l'option Coup double<sup>MD</sup>.

en doublant le montant prévu d'un versement, incluant le principal et les intérêts, de même que les taxes applicables, le cas échéant, à n'importe quelle date de versement, vous pouvez rembourser le principal de votre prêt hypothécaire encore plus vite, sans frais ni pénalité.

#### 5. Maintenez vos versements tels quels.

Lorsque vous renouvelez votre prêt, le solde du principal aura probablement diminué et il se peut que votre renouvellement soit associé à un versement inférieur. Si tel est le cas, augmentez le montant du nouveau versement pour atteindre le montant que vous versiez auparavant. À chaque versement, cette somme supplémentaire sera directement utilisée pour réduire le principal et vous aidera à rembourser votre prêt hypothécaire plus rapidement.

### Conseils aux emprunteurs

#### Commencez par vous poser les questions suivantes :

- quel montant ai-je besoin d'emprunter ? ;
- ai-je vraiment besoin d'un prêt ? ;
- mes rentrées d'argent sont-elles assez régulières pour me permettre d'effectuer des versements mensuels ou hebdomadaires ? ;
- ai-je un surplus d'argent chaque mois pour me permettre de rembourser mon prêt ? ;

- pendant combien de temps puis-je me permettre de rembourser mon prêt ?
- Il est important de bien examiner vos finances personnelles. Comparez votre revenu avec vos dépenses régulières et assurez-vous de pouvoir rembourser votre dette sans trop d'efforts. Aussi, essayez de prévoir les dépenses supplémentaires pouvant survenir au cours des prochains mois ou prochaines années et tenez-en compte dans vos calculs.

#### Puis songez à poser les dix questions suivantes à votre banquier.

1. Quels types de prêts sont disponibles : paiements fixes, intérêts seulement, etc.
2. Quels types de garanties sont nécessaires pour obtenir un prêt ?
3. Quel est le taux d'intérêt ?
4. Le taux d'intérêt est-il variable ?
5. Comment procéder pour augmenter ou réduire, éventuellement, le montant de mes versements mensuels ?
6. Puis-je déterminer quelle sera la période d'amortissement de mon prêt qui correspondra à mes entrées d'argent ?
7. Combien de temps dois-je attendre avant que mon prêt soit approuvé ?
8. Si mon dossier de crédit est insatisfaisant, comment faire pour l'améliorer ?
9. Le produit de crédit que je choisis est-il assorti d'une assurance ?
10. Mes renseignements personnels seront-ils conservés en toute confidentialité ?

### N'oubliez jamais...

Plus vous remboursez votre prêt rapidement, plus vous évitez de payer des intérêts. Recherchez les caractéristiques qui suivent afin de réduire le plus possible vos coûts d'intérêts :

- une période d'amortissement plus courte ;
- des taux d'intérêts plus bas ;
- des mensualités plus élevées ;
- des versements hebdomadaires ou à la quinzaine au lieu des mensualités ;
- des paiements forfaitaires.

Période d'amortissement	Versements mensuels incluant le principal et les intérêts	Somme totale des intérêts versés durant la période d'amortissement
25 ans	654,74 \$	96 423,21 \$
20 ans	726,28 \$	74 307,73 \$

# Assemblée générale annuelle des membres

## 15 octobre 2010 à 8 h

### Avis de convocation

Jun 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 2010 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](http://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, Vol. 25, N° 3, p. 46-49.

## Que traitons-nous? Définition et cibles thérapeutiques

**L**es 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 en page 28, 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 pré et 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 le site Web suivant : <http://www.stacommunications.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'hyperréactivité bronchique. Pour ce qui est des comorbidités, on documentera particulièrement la rhinosinusite, l'obésité, le reflux gastro-œsophagien 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 en page 29). 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  $\beta_2$  : < 4 doses/semaine\*
- Débits expiratoires : > 90 % de la valeur optimale
- Variation circadienne des débits expiratoires : < 10-15 %

\* 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 en page 28) :

- 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 dose et fréquence 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.

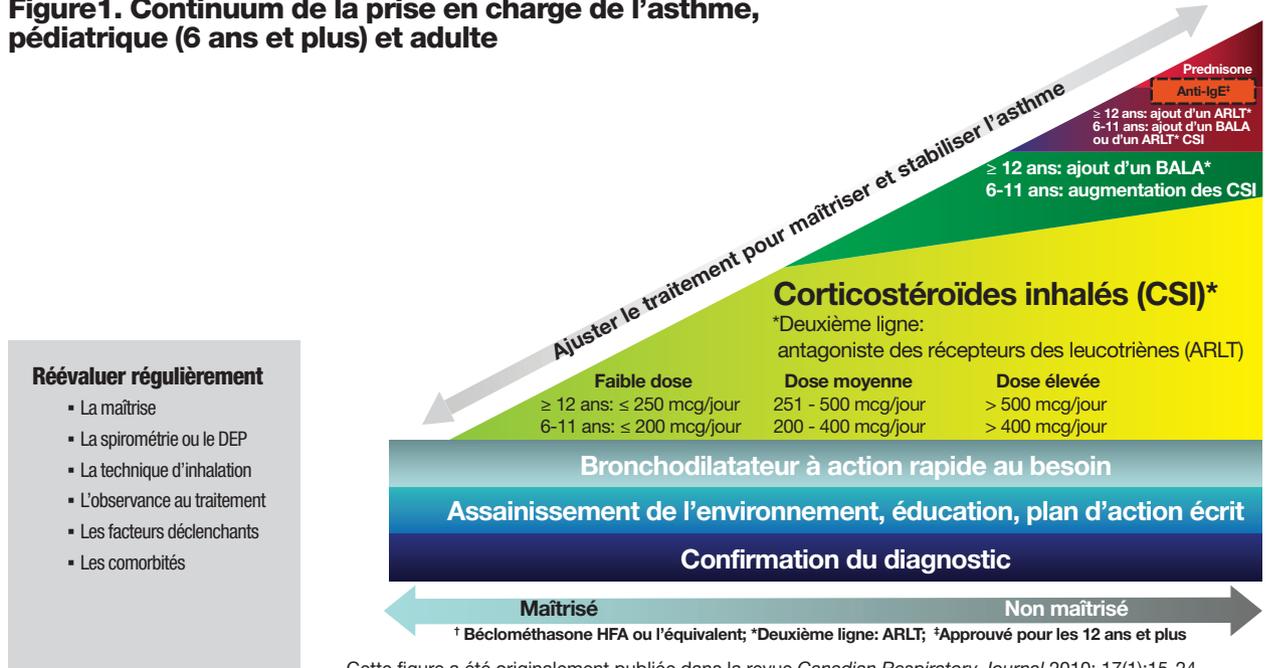
Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance-vie, il est essentiel que vous deveniez membre du Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

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 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 β2 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 changement 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 1000 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 <sup>+</sup> et expectorations 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chaque traitement sera considéré comme un « essai thérapeutique » et la quantité et les doses de médicaments peuvent varier avec le temps.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les agonistes <math>\beta_2</math> 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).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le montélukast a aussi un effet bénéfique sur la rhinite.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ On ne doit jamais utiliser un bronchodilatateur à longue durée d'action seul sans corticostéroïde inhalé.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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).</li> </ul>

- **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. 

Reproduit avec autorisation.

### 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](http://www.rqam.ca/gpub/asthmece_gp.php).

Dr 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.





Pour le D<sup>r</sup> Bourque, la fumée du tabac fait un tort moins certain aux fumeurs que la pression sociale.

## 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, N° 82, [En ligne] [<http://www.info-tabac.ca/revue82/controverse.htm>] (consulté le 17 avril 2010)

**E**n janvier, un psychiatre à la retraite, le D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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 potentiel 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 D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> 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 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 D<sup>r</sup> Bourque n'en dit pas un mot.

### Commentaires de médecins

Le D<sup>r</sup> 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 D<sup>r</sup> Lamontagne écrit qu'il faut leur exprimer de la compassion et de l'empathie.



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**

« 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 téléphonique 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 dépression 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 ?

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.



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.**

### ! Après l'infarctus

Si vous faites un infarctus du myocarde, vous risquez de mourir plus rapidement en cessant de fumer.

### ! La dépression grave

Si vous souffrez d'une dépression grave, cesser de fumer peut aggraver votre état et même causer la mort.

Jean-Jacques Bourque souhaiterait voir apposées sur les paquets de cigarettes ces mises en garde en petit caractères.

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](mailto: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,  
adjoindte à la direction générale, poste 25  
[andree.lacoursiere@opiq.qc.ca](mailto:andree.lacoursiere@opiq.qc.ca)

## Présidence

**Céline Beaulieu**, poste 22  
[presidence@opiq.qc.ca](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:marise.tetreault@opiq.qc.ca)

Publications  
Congrès  
Promotion de la profession

**Line Prévost**, coordonnatrice  
aux communications, poste 30  
[line.prevast@opiq.qc.ca](mailto: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](mailto: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

**Dehbia Boumala**, secrétaire à l'accueil  
et services aux membres, poste 21  
[info@opiq.qc.ca](mailto:info@opiq.qc.ca)

### Secrétaire de direction

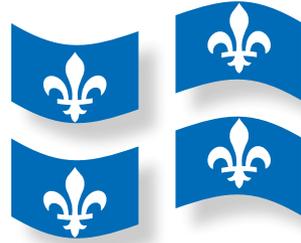
Pour la présidente  
Pour la directrice générale

**Clémence Carpentier**, poste 27  
[clemence.carpentier@opiq.qc.ca](mailto: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](mailto:marieandree.cova@opiq.qc.ca)



# La parlure

## Le Québec dans toutes ses expressions

par **Annie Florent**

Source: *L'actualité médicale*, avril 2010, Vol. 31, N° 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.*

**S**i, 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 ?

Délaissions 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'énerver exagérément).

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

Source: [En ligne]. [bv.cdeacf.ca/RA\\_PDF/24165.pdf](http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/24165.pdf)  
[www.monquebec.net/culture/origine\\_des\\_expressions\\_quebecoises.php](http://www.monquebec.net/culture/origine_des_expressions_quebecoises.php)



# Avis de radiation temporaire

## (dossier 40-08-00025)

**A**vis est par les présentes donné, que **M. Yann Morin** (numéro de membre : 95-049), inhalothérapeute exerçant alors sa profession au 622, 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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

M<sup>e</sup> Andrée Lacoursière

Secrétaire du Conseil de discipline

### AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

**AVIS est par les présentes donné que, l'inhalothérapeute suivant fait l'objet d'une limitation d'exercice, prononcée par le comité exécutif de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, en vertu de l'article 55 du *Code des professions*.**

NOM	Numéro de permis	Nature de la limitation
Alexandra Couture	09043	Limitation de l'exercice aux seuls actes requis à la poursuite des stages de perfectionnement dans les secteurs d'activités suivants : en assistance anesthésique, incluant la sédation analgésie, en épreuves diagnostiques et en soins critiques et toutes situations d'urgence, incluant la ventilation non invasive (jusqu'à l'atteinte des objectifs)

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du *Code des professions*.

Montréal, le 28 mars 2010  
Josée Prud'Homme, M.A.P.  
Secrétaire

## Avis aux membres

par **M<sup>e</sup> 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.*

**E**n 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<sup>er</sup> septembre 2010. 

*Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec M<sup>e</sup> Andrée Lacoursière au 514.931.2900, poste 25, ou par courriel à [adjoint.dg@opiq.qc.ca](mailto:adjoint.dg@opiq.qc.ca).*

## Liste des personnes radiées du Tableau des membres pour non-paiement de la cotisation

- Zarina Akramyar (98012)
- Kevin Basque (05112)
- Marie Beaudoin (01019)
- Louise Belzile (09024)
- Régis Bolduc (75068)
- Judith Boudrias (06099)
- Michele Brideau (01070)
- Susan Carinci (87109)
- Brigitte Caron (85033)
- Marie Charbonneau (68021)
- Mélanie Charest (02111)
- France Chevrier (85024)
- Annick Chiasson (02008)
- Isabelle Cloutier (02039)
- Katia Cloutier (08129)
- Annick Cormier (95063)
- Marie-Andrée Cormier (08029)
- Anik Coulombe (98116)
- Bernard Cyr (90016)
- Lucie Desrochers (93091)
- Marie-Josée Dugas (07070)
- Martine Dumont (89027)
- Anick Dumoulin Duvert (00008)
- Marie-France Durepos (02077)
- Sara Engelsberg (75125)
- Armindo Fernandes (99042)
- Marie Fontaine (97103)
- Roxane Fortier (03018)
- Marie-Claude Fortin (85057)
- Karina Gauthier (92038)
- Marthe Girouard (91012)
- Gino Godin (94016)
- Guylaine Guertin (78088)
- Özlem Hamal (07189)
- Élisabeth Hurley (81078)
- Nedgie Jean-Philippe (07004)
- Cyndie Jobin (05031)
- Caroline Kenny (05009)
- Simon Labrecque (94091)
- Mélanie Lamarche (98032)
- Denis Landry (91102)
- Stanley Lionel Laporte (06075)
- Sonia Laroche (89069)
- Serena Larsen Winchester (01011)
- Viviane Lauzé (01037)
- Annie Lebreux (03039)
- Marie-Noël Lebrun (04119)
- Kim Murray (09085)
- Stéphane Nicole (93143)
- Jocelyne Nolin (75079)
- Maryse Plourde (02004)
- Sonia Ricketts (01101)
- Véronique Rondeau-Fleming (03046)
- Stéphanie Séguin (98057)
- Helen Seremetis (01096)
- France Sonier (98059)
- Stéphanie Sonier (06066)
- Aldoria Thébeau (03131)
- Noha Thibaudeau (05117)
- Véronique Thibodeau (09038)
- Claudie Tourigny (98093)
- Linda Tremblay (89083)
- Vandna Tuknat (97075)
- Anne-Julie Villeneuve (95099)
- Josée Villeneuve (03042)

## Liste des personnes retirées du Tableau des membres pour abandon, décès ou retraite

### Abandon

- Annie Gagné (99056)
- Éric Gagné (89099)
- Karine Guillemette (94136)
- Lyne-Mélanie Martel (98123)
- Nadia Pelletier (98099)
- Silvia Sacchetti (03032)

### Décès

- Johanne Dubois (76024)

### Retraite

- Jean-Paul Bastille (74005)
- Diane Bergeron (77115)
- Georges-Henri Bergeron (74001)
- Jacques E. Bernier (77016)
- Claire L. Carbonneau (75091)
- Lucette Caron (74103)
- Fleurette Charette (69027)
- Bernard Chenevert (77094)
- Colette Cloutier (74117)
- Christiane Demers (75069)
- Rita Desrochers (75104)
- Guylaine Fontaine (75004)
- Nicole Fortin (74049)
- Pierre Gagnon (93033)
- Diane Gareau Morin (75045)
- Marie-Paule Guilbault (73009)
- Monique Guillemette (75001)
- Andrée Laliberté (74064)
- Monique Lebeau Forest (74046)
- Claudette Lefebvre (84009)

- Nicole Lemieux (74110)
- Marguerite Lussier F. (75093)
- Jacques Morin (75063)
- Line Ouimet (74122)
- Denise Poitras (73035)
- Lyne Poulin (75049)
- Céline Renaud (74072)
- Paulette Robitaille (74030)
- Irène Skyllas (75006)



- 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<sup>e</sup> congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS);
- 5<sup>e</sup> 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;
- Lancement des nouveaux services de télésanté du PNAVD du CUSM;
- 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, N° 418, p. 26-27.

**U**n 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.

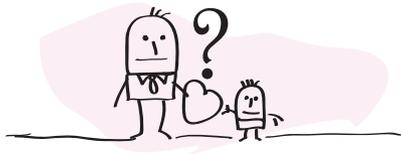
L'équipe a démontré que certaines zones cérébrales, comme l'hippocampe, l'amygdale et le lobe frontal, sont particulièrement vulnérables à l'« adversité », et ce, de manière différentielle à certains moments du développement. « L'adversité crée un stress chronique qui induit l'arrêt de la croissance de la structure cérébrale selon le moment d'exposition au stress, précise M<sup>me</sup> 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 M<sup>me</sup> Lupien, ces hormones permettaient à l'être humain de fuir ou de chasser le mammoth. 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 !

**B**ien 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 1202 personnes au Québec en attente d'un don d'organes. Pour un seul donneur, jusqu'à huit (8) vies peuvent être sauvées ou améliorées. On peut en effet prélever huit (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? Simple-ment 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](http://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... 

## Testament d'un donneur

En souvenir de moi

Un jour viendra où mon corps reposera sur un drap blanc, soigneusement replié sous les quatre coins d'un matelas, dans un hôpital où tout le monde s'affaire à soigner les vivants et les mourants. À un certain moment, un médecin déterminera que mon cerveau a cessé de fonctionner et, qu'en fait, ma vie s'est arrêtée.

Lorsque ce moment viendra, n'essayez pas d'insuffler à mon corps une vie artificielle à l'aide d'une machine. Faites plutôt en sorte que mon corps puisse aider à enrichir la vie d'autres personnes.

Donnez mes yeux à l'homme qui n'a jamais vu le soleil se lever, le visage d'un enfant ou l'amour dans les yeux d'une femme.

Donnez mon cœur à quelqu'un dont le propre cœur n'a été que la source d'interminables souffrances.

Donnez mes reins au malade qui, de semaine en semaine, dépend d'une machine pour survivre.

Prenez mes os, tous mes muscles, chaque nerf et chaque fibre de mon être et trouvez le moyen de faire marcher un enfant handicapé.

Brûlez ce qui restera de moi et répandez mes cendres aux quatre vents afin d'aider les fleurs à croître.

Si vous devez enterrer quelque chose, que ce soit mes fautes, mes faiblesses et tous les préjugés contre mes semblables.

Si vous faites cela, ma vie ne s'arrêtera jamais.

*Un donneur anonyme*

**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), p. 9. Reproduction gracieusement autorisée par l'auteur.



# 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, Vol. 24, N° 8, p. 53-56.

## **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 benzodiazépines 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 ? (impatiences musculaires de l'éveil avec insomnie associée)

Les impatiences musculaires de l'éveil sont des malaises survenant 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 pramipexole, d'antiépileptiques comme la gabapentine, ou plus rarement, de benzodiazépine ou de narcotiques.

**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.

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 hypocrétine

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 dangerosité implique de la part du médecin qu'il prodigue des

Tableau 2

Investigation au laboratoire du sommeil		
Test	Paramètres mesurés	Utilité
<ul style="list-style-type: none"> <li>Polysomnographie au laboratoire (PSG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EEG, EOG, EMG</li> <li>Saturation en O<sub>2</sub>, pouls, débit naso-buccal, mouvements thoraciques et abdominaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utile pour le sujet somnolent sans cause évidente au questionnaire</li> <li>Quantifier et qualifier le sommeil</li> <li>Mouvements nocturnes des membres</li> <li>Apnées du sommeil</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Test itératif de latence d'endormissement (TILE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EEG, EMG, EOG</li> <li>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</li> <li>Fait le lendemain d'une PSG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantifier la somnolence</li> <li>Faire le diagnostic de narcolepsie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Test de maintien de l'éveil (TME)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EEG, EMG, EOG</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantifier la vigilance</li> <li>Objectiver si un sujet est apte à effectuer une tâche pour laquelle de la vigilance est nécessaire</li> </ul>



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.

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	▪ Antiépileptiques ▪ Benzodiazépines ▪ Narcotiques
Narcolepsie ou somnolence idiopathique	▪ Psychostimulants (amphétamines, modafinil)

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.

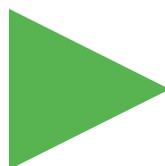
Les lignes directrices canadiennes sur l'apnée du sommeil stipulent que dans les cas urgents, un patient devrait être évalué par un spécialiste ou par polysomnographie en deçà de quatre semaines.

**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 de maintien de l'éveil (TME) est l'examen de choix. Lorsqu'il est question de ces examens, une consultation en clinique du som-

meil 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.*

**Reproduit avec autorisation.**

**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.

Des références sont disponibles. Contactez [clinicien@sta.ca](mailto:clinicien@sta.ca)



**THÈMES  
ET DATES DE TOMBÉE**

**Les nouveaux modes de ventilation**  
1<sup>er</sup> août 2010

**Les vaccins du futur**  
1<sup>er</sup> octobre 2010

**Les blocs nerveux**  
15 janvier 2011



## 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 1<sup>er</sup> au 5 novembre 2010;
- Journée mondiale de la MPOC, le 18 novembre 2010.
- 3<sup>e</sup> rendez-vous de la gestion des maladies chroniques *Modèles, expériences et résultats*, Marriott Château Champlain, 25-26 novembre 2010



### Quatre (4) nouvelles formations sont maintenant disponibles sur le



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

- Le *damage control* chez les polytraumatisés par D<sup>r</sup> 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 M<sup>me</sup> Giulia Mesiano, M.Sc., RRT

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

- Apnée complexe et sevrage difficile de la PPC par D<sup>r</sup> Pierre Mayer, pneumologue, chef-adjoint du service de pneumologie, directeur, Clinique du sommeil, CHUM-Hôpital Hôtel-Dieu.

Surveillez les annonces courriels du , 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<sup>me</sup> Marise Tétreault, inh.

Coordonnatrice au développement professionnel – OPIQ | [marise.tetreault@opiq.qc.ca](mailto:marise.tetreault@opiq.qc.ca)  
Télécopieur: 514.931.3621  
1440, Ste-Catherine Ouest, bureau 320  
Montréal (Québec) H3G 1R8

#### 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): .....

### Lauréats de la *Mention d'honneur* pour la Semaine de l'inhalothérapeute 2009

La Semaine de l'inhalothérapeute 2009 s'est déroulée du 4 au 10 octobre dernier. Dans le cadre de cet événement se tenait, comme à chaque année, le concours de la *Mention d'honneur*, instauré afin de souligner les initiatives locales pour faire connaître notre profession au grand public. Le comité a reçu six candidatures de taille et le choix ne fut pas aisé en raison de la qualité des activités soumises, si bien que le comité s'est résolu à attribué la *Mention d'honneur* 2009 à deux établissements qui se sont démarqués par l'originalité de l'événement et aussi par la visibilité obtenue. J'ai donc le plaisir d'annoncer que la *Mention d'honneur* pour l'année 2009 a été décernée *ex æquo* au CHU-Sainte-Justine (pour une 2<sup>e</sup> année) et au CSSS des Sommets – Hôpital Laurentien. Toutes nos félicitations à Isabelle Fleury, Ruth Gauthier, Nicole Laberge et Kathy Larocque et leurs équipes!

Bravo à tous les inhalothérapeutes impliqués, dans un contexte difficile de pénurie d'effectif.

Je remercie les membres du comité, Dominique Brault, Dominique Hébert, et Marie-Hélène Robert, pour leur générosité et le partage de leur vision de notre pratique professionnelle.

Line Prévost, inh.  
Coordonnatrice aux communications

### 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 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.

## Des livres et vous



### *L'Éducation thérapeutique des patients Nouvelles approches de la maladie chronique*

LACROIX, A. et J-P. ASSAL, 2009, Maloine, Paris, 3<sup>e</sup> 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.

À 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 inconforts 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 radiologiste et psychologue spécialisée en oncologie. Elle apporte à l'ouvrage un point de vue médical.



## Rencontre des anciens golfeurs de l'OPIQ

Judi le 16 septembre 2010  
au club de golf Le Portage

Venez en grand nombre!  
Vos invités sont les bienvenus!

Informez-vous auprès de : Jean-Claude Roy  
514 863-9766  
jcroy@oxymed.ca

Formulaire d'inscription sur [www.golfetplus.ca](http://www.golfetplus.ca)

**Golf et Plus!**

[www.golfetplus.ca](http://www.golfetplus.ca)

questionnaire  
détachable  
pour la  
formation  
continue

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 *L'infarctus. Tout ce que vous devriez savoir...* (pages 9-13).

### 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.

## coupon détachable

### Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1<sup>er</sup> septembre 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

### réponses:

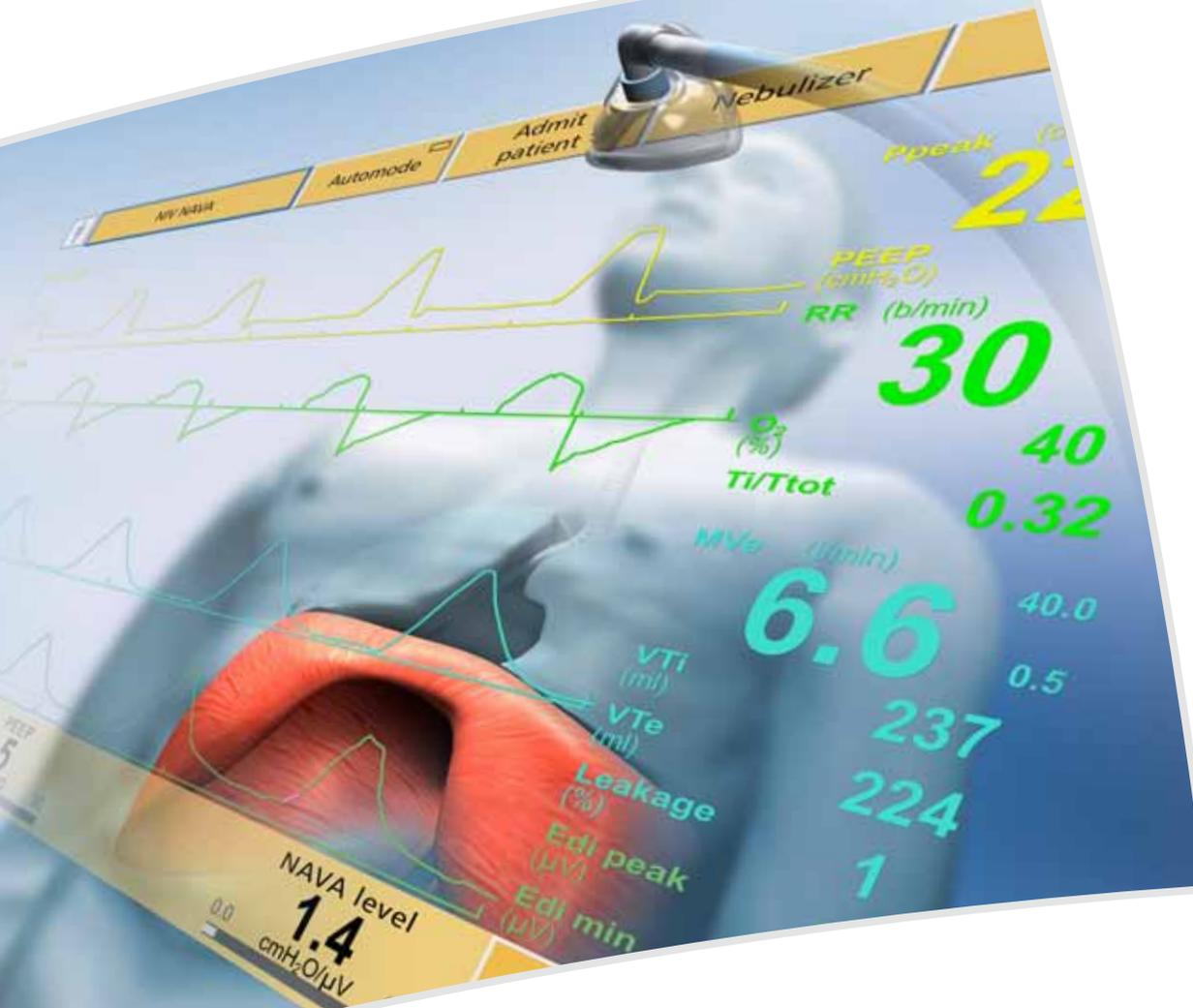
- 1 VRAI  FAUX
- 2 a.  b.  c.  d.  e.
- 3 VRAI  FAUX
- 4 a.  b.  c.  d.  e.
- 5 a.  b.  c.  d.  e.
- 6 VRAI  FAUX
- 7 a.  b.  c.  d.  e.
- 8 a.  b.  c.  d.  e.
- 9 a.  b.  c.  d.  e.
- 10 VRAI  FAUX

Questions relatives au texte *L'infarctus. Tout ce que vous devriez savoir...* (pages 9-13).

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](http://www.maquet.com/nava).

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

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](mailto:sales@maquet-dynamed.com)

\*Activité électrique du diaphragme

## 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/](http://www.draeger.com/CA/fr/)  
ou téléphonez au 1-866-343-CARE (2273)

Dräger. La technologie pour la vie.