

l'inhalo

automne 2022

DOSSIER

CANCER : RECHERCHE + INNOVATION = ESPOIR

CONGRÈS SCIENTIFIQUE ET REMISE DE PRIX 2022

Wixela^{MD} Inhub^{MD}

(propionate de fluticasone
et salmétérol en poudre
pour inhalation, USP)



100 mcg / 50 mcg

250 mcg / 50 mcg

500 mcg / 50 mcg

Conçu pour aider vos
patients à amorcer leur
traitement ou faciliter le
changement de traitement
chez ceux recevant
ADVAIR^{MD} DISKUS^{MD}



Wixela Inhub

100 mcg / 50 mcg

(propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP)

**Compteur de
doses à grande
fenêtre**



Wixela Inhub

250 mcg / 50 mcg

(propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP)

**Dispositif verrouillé
après la dose finale**



Wixela Inhub

500 mcg / 50 mcg

(propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP)

**Étapes semblables
à celles
d'ADVAIR DISKUS**

Couvert par la RAMQ et par les assureurs privés.

Visionnez la vidéo de démonstration à l'adresse WIXELA.CA

Wixela^{MD} Inhub^{MD} (propionate de fluticasone et salmétérol), une association d'un corticostéroïde en inhalation (CSI) et d'un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA), est indiqué pour le traitement d'entretien de l'asthme chez les patients atteints d'une maladie obstructive réversible des voies respiratoires. Wixela^{MD} Inhub^{MD} doit être prescrit aux patients dont l'asthme n'est pas maîtrisé de manière satisfaisante par un médicament de prévention au long cours, comme un CSI, ou dont la gravité de la maladie justifie clairement un traitement par un CSI et un BALA.

Wixela^{MD} Inhub^{MD} 250 mcg/50 mcg et Wixela^{MD} Inhub^{MD} 500 mcg/50 mcg sont indiqués pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'emphysème et la bronchite chronique, lorsque l'utilisation d'une association médicamenteuse est jugée appropriée.

Consultez la monographie de produit à <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp> afin d'en savoir plus sur :

- Les contre-indications relatives aux réactions allergiques au lactose ou au lait à médiation par les IgE, à la tachyarythmie, aux infections des voies respiratoires non traitées de nature fongique, bactérienne ou tuberculeuse et au traitement principal de l'état de mal asthmatique ou d'autres crises d'asthme aiguës
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes relatives aux événements graves liés à l'asthme (hospitalisations, intubations, décès), au traitement des symptômes aigus de l'asthme ou de la MPOC, à l'emploi excessif et à l'emploi avec d'autres médicaments renfermant un BALA, à l'arrêt brusque du traitement, à la prudence nécessaire chez les patients qui souffrent de troubles cardiovasculaires, aux effets sur le système nerveux central, aux symptômes de spasmes, d'irritation ou d'enflure laryngés, à la prudence nécessaire lors du passage d'une corticothérapie à action systémique à une corticothérapie en inhalation, aux effets endocriniens systémiques, aux changements métaboliques réversibles, aux troubles éosinophiliques, à l'effet plus marqué des corticostéroïdes en présence de cirrhose, aux réactions d'hypersensibilité immédiates, à la candidose, au masquage de certains signes d'infection et de nouvelles infections, aux répercussions plus graves de la varicelle et de la rougeole, au glaucome, aux cataractes, à la choriorétinopathie séreuse centrale, aux bronchospasmes paradoxaux, à la pneumonie (patients atteints de MPOC) et à la surveillance active durant le traitement prolongé
- Les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les instructions posologiques

La monographie de produit peut également être obtenue en téléphonant au 1 844 596-9526.

WIXELA^{MD} et INHUB^{MD} sont des marques déposées de Mylan Pharmaceuticals ULC, une société de Viatriis. ADVAIR et DISKUS sont des marques déposées de Glaxo Group Limited. VIATRIS et VIATRIS & Design sont des marques de commerce de Mylan Inc., utilisées avec la permission de Mylan Pharmaceuticals ULC, une entreprise de Viatriis. ©2021 Viatriis Inc. Tous droits réservés. WIX-2021-0001F – JA2021.



VIATRIS^{MC}



ÉDITORIAL

Le crabe

Saviez-vous que *cancer* est un mot latin, qui veut dire « crabe » ? C'est aussi le surnom qu'on donne au cancer, par analogie au crustacé qui « pince » sans prévenir et qui, par la suite, s'accroche de toutes ses forces...

Nous connaissons tous et toutes quelqu'un de notre entourage qui a fait face au cancer. Qu'il s'agisse d'un membre de la famille, d'un ami, d'un collègue, d'un voisin ou d'un patient, personne n'est épargné. Le crabe frappe sans distinction. Peut-être vous-même avez eu affaire à ses offensives sournoises.

Bien qu'au Canada, l'incidence et le taux de mortalité du cancer aient diminué au cours de la dernière décennie¹, il semble pourtant omniprésent, dans les sphères personnelle et professionnelle de nos vies.

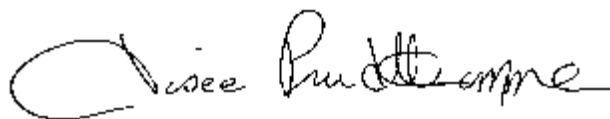
Cancer... Dévastateur, ce mot, dont personne ne veut prononcer le nom, provoque un véritable tsunami.

Il bouleverse tout autant la vie de la personne atteinte que celle de son entourage. Chacun réagit à sa manière; entre pleurs, peur, colère, déni, tristesse, découragement, incompréhension, les émotions oscillent en dents de scie. Une fois passé le choc de l'annonce s'en suit la valse des rendez-vous, des examens, des traitements, etc.

Malgré toute l'angoisse et l'incertitude ressenties par ceux et celles qui entourent ou qui soignent une personne atteinte de cancer, l'essentiel demeure l'écoute et la présence, mais surtout le respect de ses décisions et de son cheminement.

Je termine avec une douce pensée pour ceux et celles — inhalothérapeutes, amis, parents, enfants — qui nous ont quittés, laissant une marque indélébile dans notre cœur, malgré le temps qui passe et la vie qui reprend son cours... 

1 SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. [Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer.](#)




Josée Prud'Homme

Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	6
Dossier Cancer: des progrès qui donnent espoir!	
Projection du fardeau du cancer au Canada 2022	10
Radon domiciliaire et cancer pulmonaire	19
Les cancers liés au tabagisme	21
Dépistage du cancer du poumon par TAFD: à quel patient le recommander	23
Personne ne perd contre le cancer	26
Un à un: bien plus qu'une ligne téléphonique	27
Essais cliniques en oncologie	30
Dossier innovation	
Discutons de chirurgie pulmonaire oncologique ambulatoire avec D ^r George Rakovich	33
Discutons de blocs paravertébraux et de mastectomie avec D ^{re} Ariane Clairoux	36

Déontologie / inh.: 3 lettres responsables	
Inspirer, expirer, respirer — ça coûte combien ?	
Savoir ventiler les frais chargés à vos patients	39
Lauréats et lauréates 2022	41
Profession: inhalothérapeute	43
À l'avant-scène	44
Ensemble contre la COVID-19	45
Assurances	46
Finances	47
Babillard	49
Questionnaire	50



sommaire



AVANT-PROPOS

«Accepte ce qui est, laisse aller ce qui était,
aie confiance en ce qui sera.»

— Gautama Siddhartha (Bouddha)

Puisque septembre était dédié à la sensibilisation au cancer chez l'enfant, qu'octobre est le mois de la sensibilisation au cancer du sein et que novembre sera consacré au cancer du poumon, cette édition automnale vous propose un dossier spécial sur le cancer. Ce petit mot qui évoque à lui seul la frayeur d'être atteint d'une maladie grave, voire fatale.

Nous avons souhaité vous offrir une série d'articles porteurs d'espoir. L'espoir de prévenir cette terrible maladie, l'espoir de découvrir de nouvelles façons de la juguler, de la traiter et de la guérir, l'espoir d'avoir vécu le meilleur des scénarios à la fin de l'histoire et celui de voir le soleil rayonner à nouveau. La lecture des textes qui suivent vous permettra de constater que les avancées de la science et des traitements oncologiques ne sont pas l'apanage unique de la recherche... aussi indispensable soit-elle. Parfois, les progrès émergent de l'utilisation novatrice, réinventée et conjuguée d'approches cliniques ou techniques existantes réalisées par des équipes médicales dévouées et engagées.

Parce que le thème est vaste, nous avons fait des choix, ne pouvant aborder tout ce qui le concerne. Cette édition vous propose néanmoins une série d'articles d'actualité qui touchent, entre autres, la prévalence, la prévention, le dépistage et la recherche en oncologie. Elle vous présente trois entrevues, dont deux dans la section *Innovation*. L'OPIQ remercie

sincèrement madame Marie-Ève Séguin de l'Association pulmonaire du Québec ainsi que D^{re} Ariane Clairoux et D^r George Rakovich de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui ont gracieusement accepté de nous accorder un interview.

Congrès scientifique et remise de prix 2022

C'est avec bonheur que nous avons accueilli au début du mois les inhalothérapeutes dans la magnifique région de Charlevoix. Lors du banquet de clôture, l'OPIQ a honoré les personnes qui se sont démarquées cette année, découvrez-les en p. 41. Nous vous offrons aussi l'occasion de mieux connaître madame Sylvie Gagnon, lauréate du *Mérite du CIQ 2022* (p. 43). Encore toutes nos félicitations aux lauréats et lauréates 2022!

Bonne lecture!



Marise Tétreault

Marise Tétreault, inh., M.A. (communication et santé)



Coordonnatrice aux communications

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES
INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs

Karine Grondin, inh., Sylviane Landry, inh. (trésorière),
Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh.,
Nikolay Moroz, inh., Julie Roy, inh. (vice-présidente),
Gabrielle St-Pierre, inh., Isabelle Truchon, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Philippe Barcelo, Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine,
Alain Martineau

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire
Josée Prud'Homme, Adm. A., M.A.P.

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

Syndic

Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P.

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle
Sandra Di Palma, inh., LL. B.

Inspecteur professionnel
Daniel Jorgic, inh.

Coordonnatrice aux communications
Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnateur au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

**Secrétaire adjointe
et coordonnatrice aux technologies de l'information**
Francine Beaudoin

Rédactrice agréée
Line Prévost, inh., B.A.

Inhalothérapeute-conseil à l'admission
Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement

Adjointe de direction
Catherine Larocque

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Gratton

Adjointe administrative à l'inspection professionnelle
Ophélie Dréau

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

Ce document a été révisé et corrigé selon l'orthographe
rectifiée de 1990 (aussi appelée « nouvelle orthographe
recommandée »).

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs et collaboratrices

Association médicale du Canada, Bernard Cadieux, inh., M. Sc.,
M.A.P., D^{re} Ariane Clairoux, M^{re} Magali Cournoyer-Proulx,
Sylvie Gagnon, inh., Marie-Ève Girard, inh., Stéphane Laporte
(La Presse), Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Pascal Rioux, inh.,
D^r Georges Rakovich

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2022

Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2368-3112

**Conception graphique, réalisation, révision,
correction et traduction** Fusion Communications & Design Inc.

Publicité

CPS Média
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél.: (450) 227-8414 poste 310 • Téléc.: (450) 227-8995
Normand Lalonde, gestionnaire de compte
Courriel: nlalonde@cpsmedia.ca

Publication quadrimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

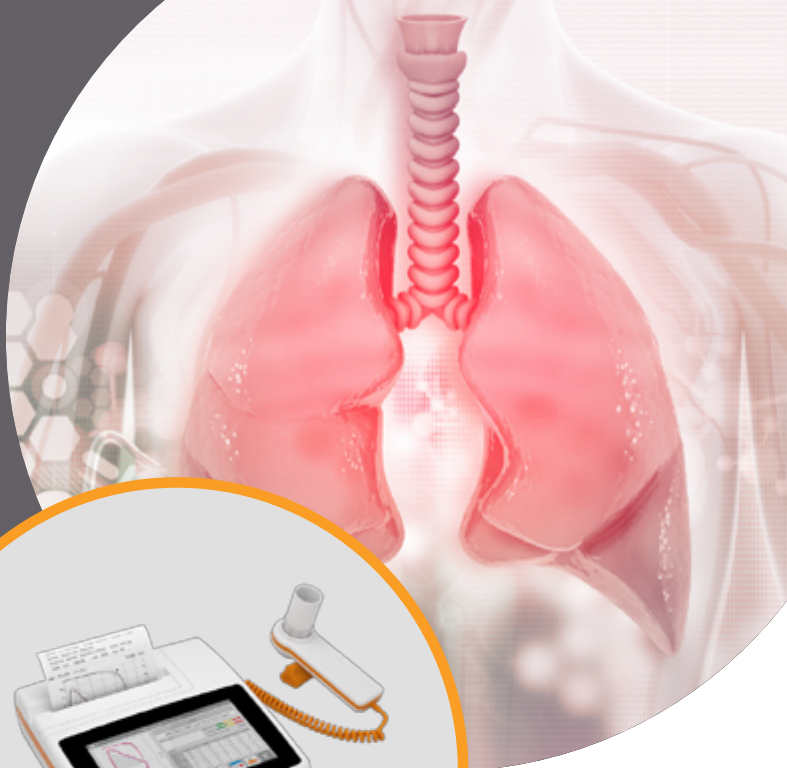
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721
Montréal (Québec) H3G 1R8
Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029
Téléc.: (514) 931-3621
Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Lorsque possible, sans trop alourdir le texte, nous recourons
en alternance aux procédés de rédaction épicienne (formulation
neutre, féminisation syntaxique) et au masculin générique,
selon une approche recommandée par l'OQLF.

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

Gardez vos poumons en bonne santé



Prix spécial
pour un
temps limité



Spiralab



Minispir



Spirobank II Advanced
ou Spirobank II Smart

Spirométrie, Oxymétrie et Télémédecine

Solutions pour le diagnostic
des maladies respiratoires

COMMANDEZ MAINTENANT

La commande
comprend une
boîte **GRATUITE**
de FlowMIR



MIR
MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH



MOT DU PRÉSIDENT

L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare.

— Maurice Blondel

Chaque institution possède son plan stratégique, qu'il convient de renouveler régulièrement, pour assurer son adéquation avec les besoins actuels et anticipés. Responsabilité partagée entre les membres du CA, l'exercice de planification stratégique garantit le succès d'une saine gouvernance. Ce travail de réflexion fournit au CA l'occasion de réaffirmer sa vision pour l'avenir de l'organisation et d'adopter, ensemble, un plan qui suivra la direction choisie.

La dernière édition du [plan stratégique quinquennal](#) de l'Ordre venait à échéance en mars 2021, au plus fort de la campagne de vaccination massive et du début de la troisième vague. Nos quatre orientations stratégiques étant toujours d'actualité, le conseil d'administration a donc décidé de reporter en 2023 le nouvel exercice de planification.

L'analyse des actions accomplies au regard des quatre orientations de l'exercice 2016-2021 permet somme toute de dresser un bilan positif. L'ensemble des objectifs ont été atteints, à l'exception d'un seul. En effet, le dossier du rehaussement de la formation initiale n'a pas connu le dénouement attendu. Nous espérons que les travaux d'actualisation de l'analyse de la profession mèneront à une refonte du programme qui répondra mieux à la pratique contemporaine de l'inhalothérapie. Nous croyons toujours qu'une formation universitaire est nécessaire et incontournable pour accroître les compétences des membres, notamment en soins critiques, en assistance anesthésique, en néonatalogie et en soins à domicile. D'ailleurs, un sondage réalisé en juin dernier démontre que près de 75% des inhalothérapeutes et des étudiant(e)s sont également de cet avis. Nous poursuivons donc nos discussions avec les universités et le gouvernement dans le but d'offrir aux inhalothérapeutes un complément de formation universitaire.

De plus, ces deux dernières années, l'Ordre a mené plusieurs campagnes médiatiques et activités de communication pour augmenter la visibilité de la profession et promouvoir l'expertise des membres.

Finalement, l'Ordre a multiplié les collaborations interprofessionnelles et gouvernementales pour se poser non seulement en interlocuteur crédible, mais aussi en partenaire incontournable des soins de santé au Québec.

Reddition de comptes, attentes des membres et du gouvernement, pénurie d'effectifs, développement technologique, autonomie professionnelle, attractivité de la profession, les défis seront nombreux au cours des prochaines années, tant pour l'organisation que pour la profession.



Nous devons réfléchir et adapter nos stratégies pour répondre à nos devoirs et obligations en fonction des ressources dont nous disposons, tant organisationnelles et humaines que financières.

Le moment est donc venu pour les membres du CA de discuter des enjeux et des défis qui se profilent, de définir nos priorités, d'explorer de nouvelles solutions et de planifier nos actions. Soyez assurés que nous aborderons cet exercice, guidés par nos valeurs organisationnelles, par notre mission première : la protection du public bien sûr, mais aussi par notre amour pour cette profession qui est la nôtre.

En terminant, avec la saison hivernale à nos portes, j'en profite pour vous transmettre mes meilleurs vœux de réussites personnelle et professionnelle pour la prochaine année! ✨



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Président

Air Liquide Healthcare	7
Association pulmonaire du Québec	25
Banque Nationale	48
Beneva	22
Boehringer-Ingelheim	12

BOMImed	5
FIQ	31
Getinge	9
Mylan Canada	2



index des annonceurs

Évoluer pour inspirer de meilleurs soins

SoKINOX^{MC} fait passer le traitement par inhalation au monoxyde d'azote à un niveau supérieur

Assistance clinique 24/7

Notre équipe des affaires cliniques dédiée soutient les professionnels de la santé dans le cadre de l'administration de monoxyde d'azote à leurs patients, en s'appuyant sur son expertise relative aux applications cliniques et en offrant des formations.

Amélioration continue

SoKINOX a été conçu et développé en intégrant d'importants tests et principes relatifs aux facteurs humains. L'équipe de développement améliore en continu le dispositif et son interface utilisateur afin de dépasser les exigences cliniques et d'acuité des besoins du patient, qui évoluent sans cesse.

Offrir l'excellence

SoKINOX propose un dispositif novateur et intuitif de dosage et de surveillance du traitement iNO associé à un modèle d'affaires simplifié. Nous offrons ainsi aux cliniciens un dispositif fiable, précis et facile à utiliser dans un environnement de soins de santé en constante évolution.

NOUVELLES fonctionnalités de la version 1.6

- Amélioration des algorithmes de dosage en milieux de ventilation complexes
- Mode de dosage supplémentaire : Jet sense
- Kits mis à jour pour simplifier et accélérer le démarrage de la thérapie
- Améliorations significatives de la gestion des fonctions de l'administration du mode d'urgence et de la gestion des bouteilles
- 6 nouvelles validations (Bunnell Jet, Optiflow, etc)

Améliorations additionnelles du hardware

- Nouvel Interrupteur ON/OFF
- Mise à jour du panneau de ventilation de secours





A WORD FROM THE PRESIDENT

The future is not foreseen. It is prepared.

— Maurice Blondel



Every institution has its own strategic plan, to be updated regularly to ensure that it is suited to meet current and anticipated needs. A shared responsibility between members of the board of directors, the strategic planning exercise guarantees the success of healthy governance. This process of reflection allows the board of directors the chance to reaffirm its vision for the future of the organization and to adopt, together, a plan that will follow the chosen direction.

The last edition of the *Ordre's* [five-year strategic plan](#) was due to expire in March 2021, at the height of the massive vaccination campaign and the start of the third wave. Our four strategic directions still being current, the board of directors thus decided to postpone until 2023 the new planning exercise.

The analysis of actions carried out regarding the four directions of the 2016-2021 exercise allows for a rather positive assessment. All our objectives were achieved, except one. Indeed, raising the initial training level has not had the expected outcome. We hope that the work in updating the analysis of the profession will lead to a program overhaul better suited to the contemporary practice of respiratory therapy. We still believe that university-level training is essential and inescapable to increase the competence of its members, particularly in critical care, anaesthetic assistance, neonatology, and home care. Moreover, a survey conducted last June shows that nearly 75% of respiratory therapists and students also share this opinion. So, we continue our discussion with universities and the government toward the goal of offering additional university-level training to respiratory therapists.

Also, these last two years, the *Ordre* has conducted many media campaigns and communication activities to increase the visibility of the profession and to promote the expertise of its members.

Finally, the *Ordre* has multiplied its interprofessional and governmental collaboration to position itself not only as a credible representative, but also as an indispensable health care partner in Québec.

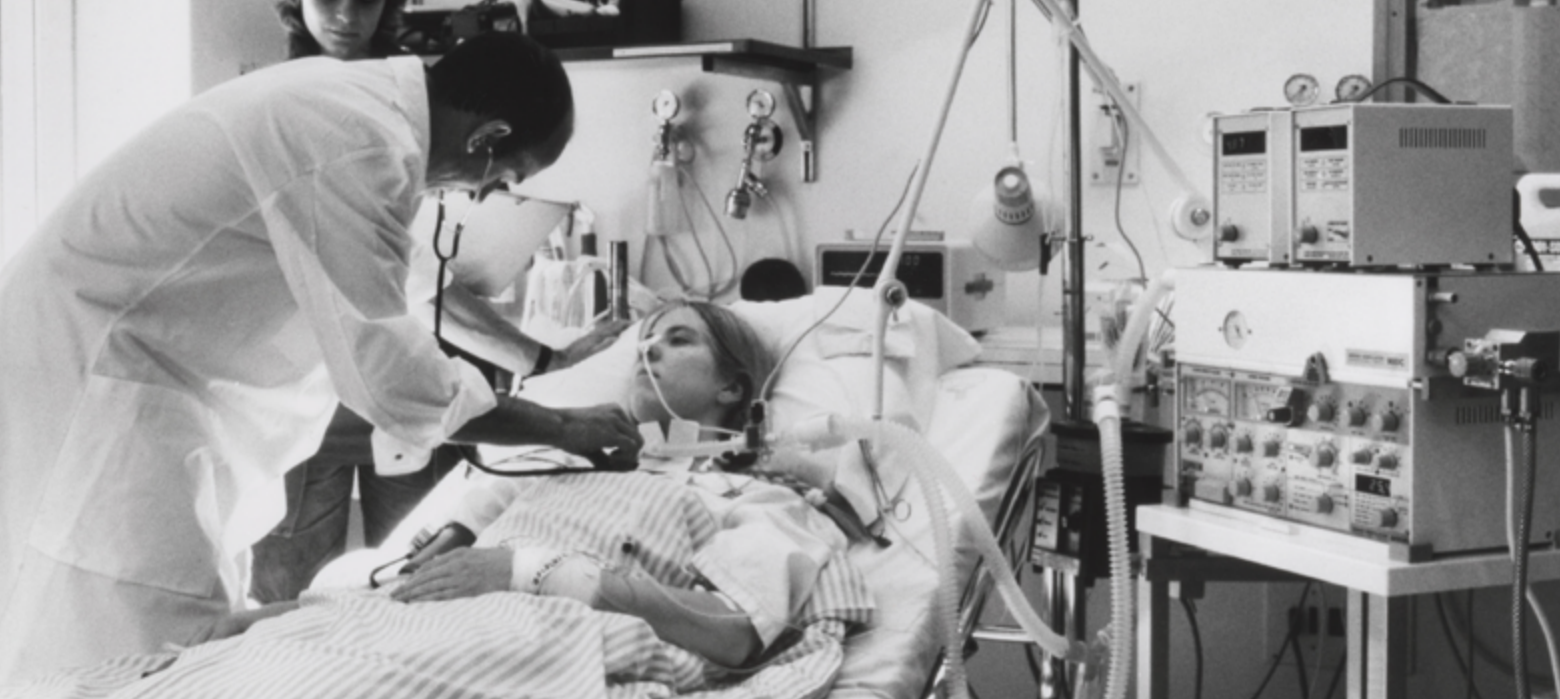
Accountability, expectations of the members and the government, shortage of workforce, technological development, professional autonomy, attractiveness of the profession, the upcoming years will see many challenges, for the organization as well as for the profession. We must think and adapt our strategies to meet our duties and obligations in accordance with the resources at our disposal, organizational and human as well as financial.

Thus, the time has come for the members of the board of directors to discuss the stakes and challenges that are emerging, to define our priorities, to explore new solutions and to plan our actions. Rest assured that we will approach this exercise, guided by our organizational values, by—of course—our core mission of protecting the public, but also by our love for the profession that is ours.

With winter at our doorsteps, I will end by taking this opportunity to offer you my best wishes of personal and professional success for the upcoming year. ✨



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
President



Servo - Pionnier de la ventilation personnalisée



Une merveille scientifique qui a captivé le monde médical il y a plus de 50 ans, et qui a ouvert la voie à notre compréhension de la ventilation personnalisée que nous connaissons aujourd'hui.

Servo n'est pas seulement une merveille d'ingénierie. C'est une philosophie. Un état d'esprit, intrinsèque à notre ADN. Construit sur plus de 50 ans de collaboration avec des professionnels de la santé du monde entier. **Numérisez le code QR ou cliquez avec le bouton droit de la souris pour voir le film Servo. www2.getinge.com/en-ca/**



50
Servo Ventilator

GETINGE *

Recherche

Projection du fardeau du cancer au Canada
en 2022

Darren R. Brenner PhD, Abbey Poirier MSc, Ryan R. Woods PhD, Larry F. Ellison MSc, Jean-Michel Billette PhD, Alain A. Demers MSc PhD, Shary Xinyu Zhang MSc, Chunhe Yao PhD, Christian Finley MD MPH, Natalie Fitzgerald MA, Nathalie Saint-Jacques PhD, Lorraine Shack PhD CHE, Donna Turner PhD, Elizabeth Holmes, MPH; pour le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

■ Citation : *CMAJ* 2022 May 2;194:E601-7. doi : 10.1503/cmaj.212097-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212097

Résumé

Contexte : La surveillance régulière du cancer est essentielle pour comprendre où des progrès sont réalisés et où il faut en faire plus. Nous avons cherché à donner un aperçu du fardeau attendu du cancer au Canada, en 2022.

Méthodes : Nous avons obtenu les nouvelles données sur l'incidence du cancer à partir du Système national de déclaration des cas de cancer (1984–1991) et du Registre canadien du cancer (1992–2018). Les données sur la mortalité (1984–2019) sont extraites de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil. Nous avons projeté les nombres et les taux d'incidence du cancer et de mortalité jusqu'en 2022 pour 22 types de cancer, par sexe et par province ou territoire. Les taux ont été normalisés

selon l'âge de la population type canadienne de 2011.

Résultats : On estime à 233 900 le nombre de nouveaux cas de cancer et à 85 100 le nombre de décès des suites du cancer au Canada en 2022. Nous nous attendons à ce que les cancers les plus fréquemment diagnostiqués soient le cancer du poumon en général (30 000), le cancer du sein chez les femmes (28 600) et le cancer de la prostate chez les hommes (24 600). De plus, le cancer du poumon devrait être la principale cause de décès lié au cancer, représentant 24,3 % de l'ensemble des décès par cancer, suivi des cancers colorectal (11,0 %), du pancréas (6,7 %) et du sein (6,5 %). On s'attend généralement à ce que les taux d'incidence et de mortalité soient plus élevés dans les provinces de l'est du Canada que dans celles de l'ouest.

Interprétation : Bien que les taux globaux de cancer soient en baisse, le nombre de cas et de décès continue de grimper, en raison de la croissance démographique et du vieillissement démographique. Le fardeau élevé projeté du cancer du poumon indique qu'il est nécessaire de renforcer la lutte contre le tabagisme et d'améliorer la détection précoce et le traitement. Les progrès réalisés en matière de dépistage et de traitement du cancer du sein et du cancer colorectal expliquent probablement la diminution continue de leur fardeau. Les progrès limités en matière de détection précoce et de nouveaux traitements du cancer du pancréas expliquent pourquoi on s'attend à ce qu'il soit la troisième cause de décès par cancer au Canada.

Les conséquences du cancer sur la population et les systèmes de soins de santé canadiens sont considérables. Le cancer est la principale cause de décès au Canada^{1,2} et des estimations antérieures ont montré que 43 % de toutes les personnes au Canada devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie³. Compte tenu de la population vieillissante et croissante, le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès au Canada augmente également⁴. En plus de ses conséquences sur la santé, le cancer est coûteux. Le fardeau économique des soins liés au cancer au

Canada est passé de 2,9 milliards de dollars en 2005 à 7,5 milliards de dollars en 2012, par année⁵.

Compte tenu des conséquences considérables du cancer sur la santé et l'économie au Canada, il est nécessaire de disposer de renseignements de surveillance complets et fiables pour déterminer les domaines dans lesquels des progrès ont été réalisés et ceux qui nécessitent davantage d'attention et de ressources. Pour répondre à ces besoins, le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la

Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, produit les dernières statistiques de surveillance sur le cancer au Canada.

Les données sur le cancer sont souvent décalées de plusieurs années par rapport à la date actuelle, en raison du temps associé à leur collecte, à leur vérification et à leur analyse. Les taux d'incidence et de mortalité du cancer peuvent être projetés à court terme en extrapolant les tendances passées pour estimer les tendances futures, à l'aide de modèles statistiques. Ces projections à court terme fournissent une estimation plus à jour du paysage du cancer au Canada. Les nombres d'incidence et de mortalité, ainsi que les taux normalisés selon l'âge, donnent une image des conséquences du cancer au Canada, ce qui est essentiel pour la planification des ressources, la recherche et l'orientation des programmes de lutte contre le cancer.

La publication *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021*³ a fourni des estimations détaillées de l'incidence du cancer, de la mortalité et de la survie au Canada selon l'âge, le sexe, la région géographique et au fil du temps pour 22 types de cancer³. Nous présentons ici des estimations actualisées des nombres et des taux normalisés selon l'âge des nouveaux cas de cancer (incidence) et des décès par cancer (mortalité) prévus en 2022, selon le sexe et la province et le territoire, pour tous les âges confondus.

Méthodes

Sauf indication contraire, les méthodes et les sources de données utilisées dans cette étude sont décrites en détail dans la publication *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021*³, avec des années supplémentaires de données incluses dans les projections présentées précédemment.

Sources des données

Nous avons obtenu des données sur l'incidence du cancer de 1984 à 1991 du Système national de déclaration des cas de cancer, et des données de 1992 à 2018 du fichier maître des totalisations du Registre canadien du cancer⁶, publié le 19 mai 2021. Nous avons recueilli des données sur la mortalité de 1984 à 2019 à partir de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, publiée le 26 novembre 2020⁷. Ces bases de données nationales, fondées sur la population, sont hébergées par Statistique Canada et alimentées par les données transmises par les provinces et les territoires. Nous avons également obtenu de Statistique Canada des estimations de la population réelles et projetées^{8,9}.

Analyse statistique

Pour obtenir les estimations de l'incidence et de la mortalité liées au cancer jusqu'en 2022, nous avons projeté le nombre de cas et les taux à l'aide du progiciel de projection CANPROJ¹⁰. CANPROJ utilise les tendances des données réelles (c.-à-d. historiques) pour sélectionner le modèle le mieux adapté pour les années suivantes, en fonction d'un algorithme de décision, à partir d'une série de 6 modèles fondés sur l'âge, la période et la cohorte. Les détails sur la sélection du modèle CANPROJ sont fournis à l'annexe 1, accessible au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212097/tab-related-content.

Les données sur les cas de cancer diagnostiqués dans la province du Québec n'étaient pas disponibles à partir de 2011, car elles n'avaient pas encore été transmises au Registre canadien du cancer. Comme les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010 pour le Québec, nous avons estimé les cas et les taux d'incidence propres au Québec pour la période 2011–2022 en appliquant d'abord à la population québécoise les taux du Canada sans le Québec. Nous avons ensuite corrigé les taux du Québec en fonction du taux moyen pour le reste du pays multiplié par le ratio des estimations propres au sexe, à l'âge et au type de cancer au Québec par rapport au Canada (à l'exclusion du Québec) pour la période 2006–2010. Certains autres facteurs de correction ont été appliqués sur la base des nombres provisoires de 2011 pour les cancers traditionnellement sous-déclarés tels que le cancer de la prostate et le mélanome.

Nous avons produit des estimations prévisionnelles pour 22 types de cancer en fonction du sexe attribué à la naissance et de la région géographique (provinces et territoires). Les définitions des types de cancer figurent à l'annexe 1, tableau supplémentaire 1. Nous avons calculé les estimations pour l'ensemble du Canada en additionnant les projections pour chaque province et territoire. Tous les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon l'âge en fonction de la population type canadienne de 2011¹¹, à l'aide de la méthode directe.

Approbation éthique

Comme cette étude comportait l'analyse de données administratives accessibles au public des Centres de données de recherche (CDR) de Statistique Canada et ne demandait pas de communiquer avec des personnes, l'examen et l'approbation d'un comité d'examen éthique n'ont pas été nécessaires.

Résultats

Incidence en 2022

En 2022, on estime que 233 900 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Canada (tableau 1). Nous prévoyons que le cancer du poumon sera le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada, totalisant environ 30 000 nouveaux cas en 2022. Nous prévoyons que les cancers du sein (28 900 cas), de la prostate (24 600) et colorectal (24 300) seront les prochains cancers les plus fréquents. Les 107 800 nouveaux cas estimés de ces 4 types représentent 46 % de tous les cancers qui devraient être diagnostiqués au Canada en 2022.

Parmi les personnes assignées de sexe masculin à la naissance, nous prévoyons que le cancer de la prostate restera le cancer le plus fréquemment diagnostiqué, représentant environ 1 nouveau cancer sur 5, suivi des cancers du poumon (12 %), colorectal (11 %) et de la vessie (8 %). On s'attend à ce que les cancers les plus couramment diagnostiqués chez les personnes assignées de sexe féminin à la naissance soient le cancer du sein (25 %), du poumon (13 %), colorectal (10 %) et utérin (7 %).

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) (tableau 1) pour le Canada, à l'exclusion du Québec, montrent que le cancer est diagnostiqué à un taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les cancers non spécifiques aux femmes, à l'exception de la thyroïde et du sein. Le TINA pour tous les cancers combinés en 2022 est 15 % plus élevé chez les hommes que chez les

Rétention de patients supérieure démontrée avec SPIRIVA® RESPIMAT® (IBL) par rapport à SPIRIVA HandiHaler® (IPS) après 12 mois^{1†}

DÉCOUVRIR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INHALATEUR DE BRUINE LÉGÈRE SPIRIVA RESPIMAT sur Respimat.ca

Pour accéder à ce site Web, veuillez utiliser le NIP ci-dessous :

4 5 5 3 5



NIP

45,3 %



SPIRIVA
RESPIMAT

36,3 %



$p < 0,05$

SPIRIVA
HandiHaler

SPIRIVA RESPIMAT (bromure de tiotropium monohydraté) est indiqué, à raison d'une prise par jour, pour le traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme de l'obstruction des voies aériennes chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris la bronchite chronique et l'emphysème, et pour la réduction de la fréquence des exacerbations².

Prière de consulter la monographie du produit à www.boehringer-ingelheim.ca/sites/ca/files/documents/spirivarespimatpmfr.pdf pour obtenir de l'information sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les manifestations indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. On peut également se procurer la monographie du produit auprès de notre service médical. Veuillez composer le 1-800-263-5103, poste 84633.

SPIRIVA HandiHaler (bromure de tiotropium monohydraté) est indiqué, à raison d'une prise par jour, pour le traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme de l'obstruction des voies aériennes chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris la bronchite chronique et l'emphysème³.

Prière de consulter la monographie du produit à www.boehringer-ingelheim.ca/sites/ca/files/documents/spirivapmfr.pdf pour obtenir de l'information sur les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les manifestations indésirables, les interactions et la posologie. On peut également se procurer la monographie du produit en composant le 1-800-263-5103, poste 84633.

IBL = inhalateur de bruite légère; IPS = inhalateur de poudre sèche.

* L'importance clinique comparative n'a pas été établie.

† L'échantillon utilisé dans cette étude comprenait 24 497 patients canadiens (dont 15 322 avaient commencé à prendre SPIRIVA RESPIMAT et 9 175 avaient commencé à prendre SPIRIVA HandiHaler) entre janvier 2020 et juin 2020. Chaque groupe a été suivi pendant 12 mois après l'instauration du traitement.

Références: 1. IQVIA Longitudinal database (LRx), août 2021. 2. Monographie de SPIRIVA® RESPIMAT®. Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, 7 mai 2019. 3. Monographie de SPIRIVA® HandiHaler. Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, 24 novembre 2017.

SPIRIVA®, RESPIMAT® et HandiHaler® sont des marques déposées utilisées sous licence par Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée.
© 2021 Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée. Tous droits réservés.
RES-CA-102752F



Tableau 1 : Estimations projetées des nouveaux cas et des taux d'incidence normalisés selon l'âge (à l'exclusion du Québec) pour les cancers selon le sexe, au Canada, en 2022*

Type de cancer	N ^{bre} de nouveaux cas			TINA†		
	Total‡	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers§	233 900	121 100	112 800	514,0	555,4	483,3
Poumon et bronches	30 000	15 000	15 000	58,7	61,0	57,2
Sein	28 900	270	28 600	67,6	1,2	129,0
Prostate	24 600	24 600	s.o.	s.o.	117,8	s.o.
Colorectal	24 300	13 500	10 800	52,9	62,3	44,6
Vessie	13 300	10 000	3200	25,8	42,6	11,7
Lymphome non hodgkinien	11 400	6600	4800	25,6	31,4	20,6
Mélanome	9000	4900	4000	23,1	26,6	20,5
Utérus (corps, SAI)	8100	s.o.	8100	s.o.	s.o.	36,8
Rein et bassin du rein	8100	5400	2700	17,9	25,0	11,4
Tête et cou	7500	5400	2000	16,3	24,6	8,7
Pancréas	6900	3800	3100	14,2	16,6	12,0
Leucémie	6700	4000	2700	15,4	19,4	11,9
Thyroïde	6700	1850	4800	17,1	9,4	24,6
Estomac	4100	2600	1450	8,6	12,0	5,6
Myélome multiple	4000	2400	1550	8,5	10,9	6,4
Foie	3500	2700	840	7,2	11,6	3,2
Encéphale ou SNC	3200	1850	1350	7,2	8,7	5,7
Ovaire	3000	s.o.	3000	s.o.	s.o.	13,4
Œsophage	2500	1900	580	5,5	9,0	2,4
Col de l'utérus	1450	s.o.	1450	s.o.	s.o.	7,5
Testicule	1200	1200	s.o.	s.o.	6,6	s.o.
Lymphome de Hodgkin	1050	600	460	2,6	2,9	2,3
Tous les autres cancers	24 500	12 400	12 100	51,0	55,7	47,6

Remarque : SAI = sans autre indication, SNC = système nerveux central, S.O. = sans objet, TINA = taux d'incidence normalisé selon l'âge.

*Les taux sont normalisés selon l'âge de la population type canadienne de 2011. La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve à l'annexe 1, tableau supplémentaire 1, accessible au www.cma.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212097/tab-related-content.

†Le Québec est inclus dans les cas, en raison de son importance dans la détermination du nombre national total projeté. Le Québec est exclu des taux, parce qu'une méthode de projection différente de celle des autres régions a été utilisée pour cette province.

‡La colonne des totaux peut ne pas correspondre aux totaux des lignes en raison de l'arrondissement des nombres.

§« Tous les cancers » inclut le carcinome in situ dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; et basaux et squameux).

femmes (555,4 par rapport à 483,3 pour 100 000). Nous prévoyons que le nombre total de nouveaux diagnostics de cancer sera 7 % plus élevé chez les hommes (121 100) que chez les femmes (112 800).

Mortalité en 2022

Nous prévoyons que 85 100 Canadiens mourront du cancer en 2022 (tableau 2). La première cause de décès par cancer devrait être le cancer du poumon, qui représente environ un quart de tous les décès par cancer (20 700) au Canada. Nous prévoyons que les causes de décès par cancer les plus fréquentes seront le cancer colorectal (9400) et les cancers du pancréas (5700), du sein (5500) et de la prostate (4600). Nous prévoyons que ces 5 principales causes de décès par cancer représenteront 54 % de tous les décès par cancer au Canada en 2022.

Chez les hommes comme chez les femmes, le cancer du poumon représente le nombre le plus élevé de décès par cancer (10 600 [24 %] et 10 100 [25 %] décès projetés, respectivement). Le cancer colorectal (5200 [12 %]), la prostate (4600 [10 %]) et le pancréas (3000 [7 %]) sont les causes suivantes de décès par cancer chez les hommes, tandis que chez les femmes, les principales causes suivantes de décès par cancer sont le sein (5500 [14 %]), le cancer colorectal (4200 [11 %]) et le pancréas (2800 [7 %]).

Le nombre de décès par cancer attendu en 2022 chez les hommes est supérieur de 13 % à celui des femmes. Toutefois, nous nous attendons à ce que le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) soit nettement plus élevé (34 % de plus) chez les hommes que chez les femmes (TMNA = 212,3 par rapport à 158,5 pour 100 000, respectivement). En dehors du cancer du

Tableau 2 : Estimations projetées des décès et des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers, au Canada, en 2022, par sexe*

Type de cancer	N ^{bre} de décès			TMNA		
	Total†	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	85 100	45 100	40 000	181,6	212,3	158,5
Poumon et bronches	20 700	10 600	10 100	43,4	48,6	39,5
Colorectal	9400	5200	4200	20,2	24,9	16,2
Pancréas	5700	3000	2800	12,2	13,7	10,8
Sein	5500	55	5500	12,2	0,2	22,6
Prostate	4600	4600	s.o.	s.o.	22,6	s.o.
Leucémie	3100	1800	1300	6,6	8,5	5,1
Lymphome non hodgkinien	3000	1700	1250	6,3	8,1	4,9
Vessie	2500	1800	720	5,3	8,8	2,7
Encéphale ou SNC	2500	1450	1050	5,7	6,8	4,6
Œsophage	2400	1800	540	5,0	8,4	2,1
Tête et cou	2100	1500	560	4,5	7,1	2,2
Estomac	2000	1250	730	4,3	5,9	2,9
Ovaire	1950	s.o.	1950	s.o.	s.o.	8,0
Rein et bassin du rein	1950	1300	670	4,2	6,1	2,6
Foie‡	1650	1350	340	3,6	6,1	1,4
Myélome multiple	1650	970	700	3,5	4,5	2,7
Utérus (corps, SAI)	1500	s.o.	1500	s.o.	s.o.	5,9
Mélanome	1200	770	440	2,7	3,7	1,8
Col de l'utérus	380	s.o.	380	s.o.	s.o.	1,8
Thyroïde	250	120	130	0,5	0,6	0,5
Lymphome de Hodgkin	110	65	40	0,2	0,3	0,2
Testicule	35	35	s.o.	s.o.	0,2	s.o.
Tous les autres cancers	10 900	5700	5200	23,2	27,2	20,0

Remarque : CIM-10 = Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, dixième révision, SAI = sans autre indication, SNC = système nerveux central, S.O. = sans objet, TMNA = taux de mortalité normalisé selon l'âge.

*Les taux sont normalisés selon l'âge de la population type canadienne de 2011. La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve à l'annexe 1, tableau supplémentaire 1, accessible au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212097/tab-related-content.

†La colonne des totaux peut ne pas correspondre aux totaux des lignes en raison de l'arrondissement des nombres.

‡La mortalité associée au cancer du foie a été sous-estimée, car les décès liés au cancer du foie, sans précision (code CIM-10 C22.9) ont été exclus.

sein, nous nous attendons à ce que les hommes aient des taux de mortalité par cancer plus élevés pour tous les autres types de cancer non spécifiques aux femmes (tableau 2).

Incidence au fil du temps

La figure 1 illustre les tendances dans les TINA pour les cancers les plus courants chez les hommes et les femmes au Canada, entre 1984 et 2022. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes a diminué de manière significative au cours de cette période et, selon les prévisions, le TINA en 2022 sera de 52 % ce qu'il était en 1984. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a augmenté de 1984 à environ 2014 avant de commencer à diminuer; toutefois, malgré cette baisse récente, nous prévoyons qu'en 2022, le TINA sera 43 % plus élevé que le taux de 1984. Le taux

d'incidence du cancer colorectal chez les hommes et les femmes a diminué depuis le début des années 2000; toutefois, la baisse s'est accélérée depuis 2013–2014 pour les deux sexes. Le taux d'incidence du cancer de la prostate a augmenté de façon spectaculaire chez les hommes au début des années 1990 et a connu plusieurs vagues d'augmentation et de diminution de l'incidence, mais les taux sont relativement stables depuis 2014 et nous nous attendons à ce qu'ils restent assez constants jusqu'en 2022. Le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes a augmenté jusqu'au milieu des années 1990 et a oscillé au cours des 2 dernières décennies.

Mortalité au fil du temps

La figure 2 montre les TMNA entre 1984 et 2022 pour les principales causes de décès par cancer chez les hommes et les

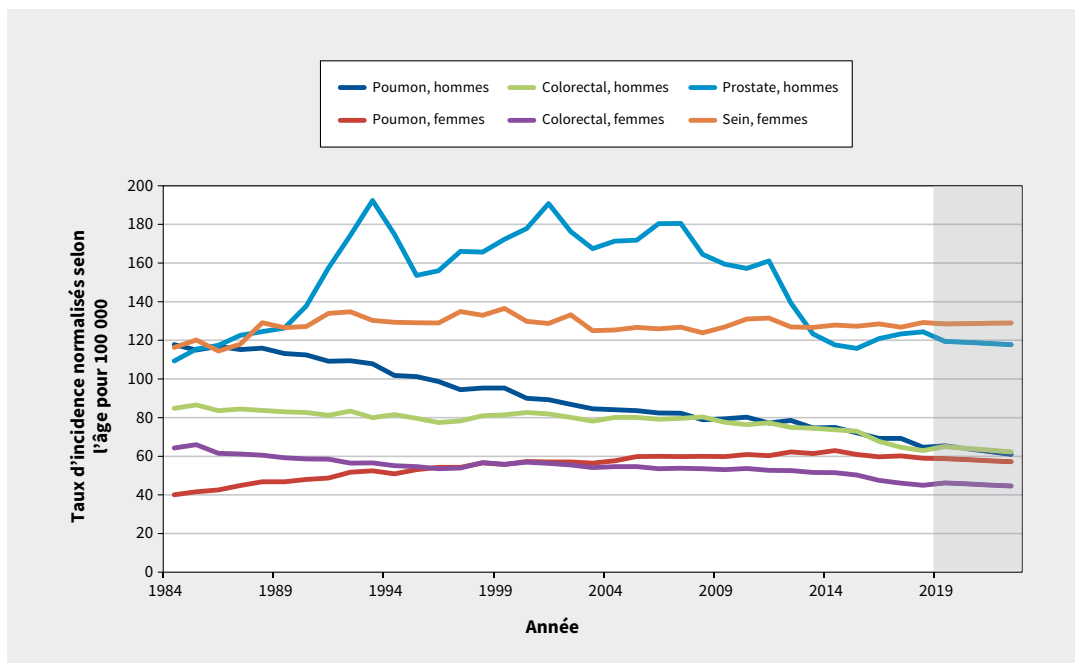


Figure 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers au Canada (à l'exclusion du Québec), de 1984 à 2022, par sexe. Remarque : L'ombrage indique les données projetées.

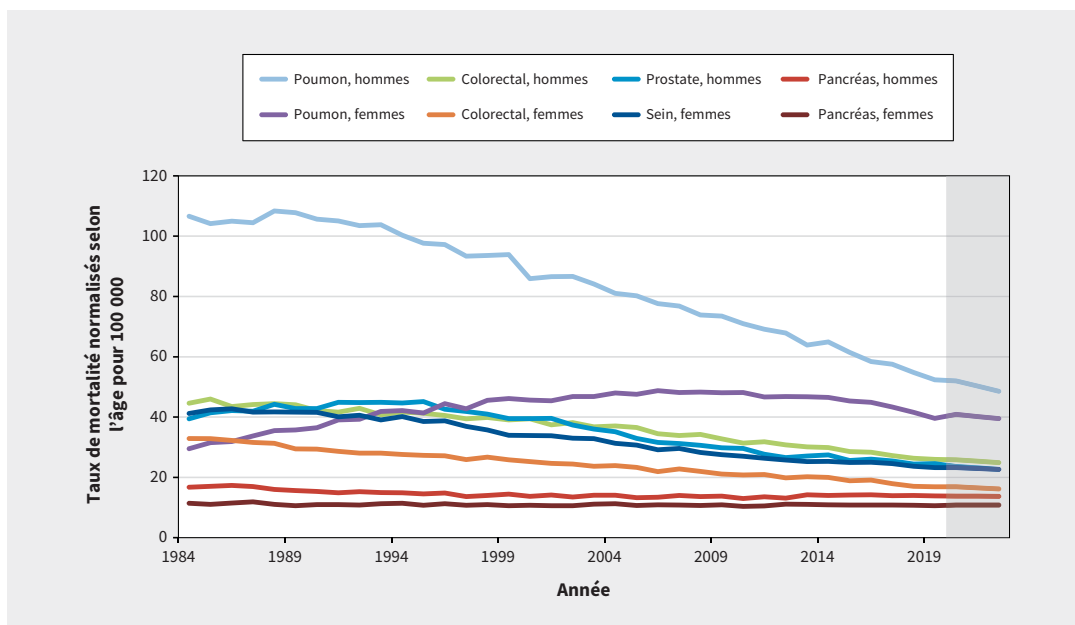


Figure 2 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers au Canada, de 1984 à 2022, par sexe. Remarque : L'ombrage indique les données projetées.

femmes au Canada. Les taux de mortalité par cancer du poumon, de la prostate et colorectal ont constamment diminué au Canada au cours des 2 dernières décennies. Chez les femmes, les taux de mortalité par cancer du poumon ont augmenté à partir de 1984, mais les taux ont diminué depuis 2015. Les taux de mortalité par cancer colorectal et par cancer du sein chez les femmes ont tous deux diminué de manière constante au cours de cette période. Le taux de mortalité par cancer du pancréas chez les hommes a diminué de 1984 à 2000, après quoi les taux sont restés généralement stables; les TMNA pour le cancer du pancréas sont relativement stables chez les femmes depuis 1984.

Incidence et mortalité au Canada

L'annexe 2, tableaux supplémentaires 2–5, accessible au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212097/tab-related-content comprend les estimations de l'incidence et de la mortalité pour chaque province et territoire. Les estimations projetées pour les territoires sont présentées à l'annexe 3 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212097/tab-related-content), mais n'ont pas pu être ventilées davantage par type de cancer en raison des petits nombres. L'annexe 3, figure supplémentaire 1A, montre la variation des TINA estimés pour 2022, par région, tous cancers confondus. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge sont les plus bas dans l'ouest et plus élevés dans l'est du Canada. De même, les TMNA (annexe 3, figure supplémentaire 1B) sont plus faibles dans l'ouest et le centre du pays et généralement plus élevés dans l'est. Il convient de noter que les taux d'incidence ne sont pas disponibles pour le Québec dans cette analyse, car l'approche adoptée pour estimer l'incidence du cancer dans la province n'est pas comparable à celle des autres régions. Les TINA projetés et le nombre de nouveaux cas de cancer pour 2022 sont fournis par type de cancer et par région à l'annexe 2, tableaux S2 et S3, respectivement, et les TMNA et les décès par cancer en 2022 sont fournis à l'annexe 2, tableaux S4 et S5, respectivement.

Interprétation

Les efforts de lutte contre le cancer ont un effet sur le fardeau du cancer au Canada. Les TINA et TMNA globaux continuent de baisser, en grande partie, selon nous, grâce aux efforts et aux investissements continus dans la prévention, le dépistage, la détection précoce et le traitement du cancer. En outre, les personnes au Canada qui ont reçu un diagnostic de cancer ont vu leur taux de survie global augmenter¹². Cependant, le cancer continue de représenter un fardeau croissant pour le système de santé canadien, car nous prévoyons que l'augmentation annuelle du nombre total de nouveaux cancers primaires se poursuivra jusqu'en 2022, en grande partie en raison de la croissance et du vieillissement démographique. Bien que les résultats du cancer dans la population au Canada s'améliorent généralement, les données individuelles nécessaires pour comparer les différences au sein des sous-groupes de la population et entre eux (comme les personnes de statut socioéconomique,

de race ou d'ethnie différents) sont actuellement limitées ou absentes des registres. Les données des territoires de recensement suggèrent toutefois que des disparités en matière d'incidence et de mortalité existent entre les groupes socioéconomiques et démographiques au Canada^{13,14}. Des efforts et des investissements sont en cours pour élaborer une stratégie pancanadienne de données afin de mieux comprendre la lutte contre le cancer et ses résultats, avec une plus grande granularité entre les groupes de population³.

Nos estimations mettent en évidence les domaines dans lesquels il faut déployer plus d'efforts. En matière de prévention primaire, étant donné l'augmentation constante de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes avant les récentes baisses, des mesures ciblées visant à réduire la consommation de tabac chez les populations plus jeunes et chez les femmes restent nécessaires¹⁵. En outre, les taux de tabagisme sont plus élevés au sein de plusieurs populations, comme les personnes à faible revenu, celles qui vivent en milieu rural et les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis¹⁶. L'augmentation des taux d'incidence du mélanome suggère qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts pour réduire l'exposition aux ultraviolets et accroître la prudence au soleil¹⁷. Les tendances de l'incidence du cancer de la prostate suivent un modèle inhabituel qui peut être attribué à des changements historiques dans les pratiques de dépistage dans la population. Le dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) a été rapidement introduit dans la pratique, ce qui a entraîné les pics d'incidence du cancer de la prostate dans les années 1990 et au début des années 2000³. Après avoir découvert qu'un grand nombre de cancers de la prostate non agressifs étaient surdiagnostiqués, l'APS n'est plus recommandé comme principale modalité de dépistage au Canada, mais comme un élément d'une surveillance de la santé plus large liée au cancer de la prostate¹⁸.

Les cancers à incidence moyenne, comme ceux de la vessie, de la tête et du cou, le mélanome, le cancer du rein et du bassin, ainsi que le lymphome non hodgkinien, ont un effet considérable sur le fardeau global du cancer au Canada. Compte tenu de cet effet sur les patients, des recherches actives sont menées sur la prévention, les programmes de dépistage potentiels et les nouvelles thérapies pour ces cancers¹⁹.

Les programmes de dépistage organisés ont eu un effet sur la réduction de l'incidence du cancer au Canada. Les efforts fructueux en matière de dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus expliquent probablement le déclin continu de leur effet relatif. Il faut déployer plus d'efforts pour maximiser l'adoption et l'adhésion de tous les segments de la population canadienne par le biais de pratiques adaptées sur le plan culturel. Dans la plupart des provinces et des territoires, les taux de dépistage sont bien en deçà des niveaux recommandés, et souvent les taux sont considérablement plus faibles parmi les populations historiquement sous-dépistées (minorités visibles, immigrants, personnes appartenant aux groupes socioéconomiques inférieurs, et Premières Nations, Inuits et Métis)^{20,21}. Récemment, plusieurs provinces ont lancé des programmes organisés de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque de

développer un cancer du poumon^{22,23}, tandis que d'autres ont mis en œuvre des analyses de rentabilité, des projets pilotes et des études²⁴.

Bien que la mortalité et la survie se soient considérablement améliorées au cours des 3 dernières décennies pour de nombreux types de cancer, pour d'autres, des recherches et des investissements supplémentaires dans de nouvelles approches de dépistage et de nouvelles thérapies sont nécessaires. Par exemple, les progrès limités en matière de détection précoce et de traitement du cancer du pancréas expliquent probablement pourquoi ce cancer est la troisième cause de décès par cancer au Canada, bien qu'il soit le onzième cancer le plus souvent diagnostiqué²⁵. Actuellement, il n'existe aucun test de dépistage du cancer du pancréas et, en raison de la localisation rétro-péritonéale de l'organe, plus de 60 % des cas sont diagnostiqués à un stade tardif²⁶. Comme les options de détection et de traitement restent rares, des efforts plus importants sont nécessaires pour améliorer la prévention primaire, la détection précoce et le traitement du cancer du pancréas.

En revanche, la survie et la mortalité des cancers du poumon et des cancers hématologiques se sont considérablement améliorées depuis les années 1990, avec l'avènement des thérapies ciblées, des immunothérapies, des progrès de la radiothérapie et de la chirurgie, entre autres avancées technologiques dans la prise en charge de ces cancers avancés.

Limites de l'étude

Les conséquences potentielles liées à la COVID-19 sur l'incidence du cancer et la mortalité ne sont pas incluses dans nos projections. En raison de la complexité de l'enregistrement et de la vérification du cancer, on constate des retards considérables dans la collecte des données. Nous avons utilisé les données disponibles les plus récentes et complètes pour l'incidence (2018) et les décès (2019) pour toutes les analyses. Nous pensons que les mesures prises pour lutter contre la propagation de la COVID-19 ont eu des effets sur de nombreuses activités de lutte contre le cancer au Canada. Les interruptions des programmes de dépistage et des voies de diagnostic ont pu entraîner une réduction des diagnostics et faire passer certains cancers à des stades plus avancés^{27,28}. Nous pensons que les cancers qui n'ont pas été diagnostiqués au départ pendant la pandémie le seront dans les mois et les années qui suivront, ce qui entraînera un équilibre de l'incidence au fil du temps. Nous supposons que les cancers diagnostiqués à l'heure actuelle à des stades plus avancés et les éventuels retards de traitement liés à la pandémie auront un impact sur la mortalité et la survie.

L'absence de données d'incidence de la province de Québec après 2010 limite également notre étude. Pour surmonter cette difficulté, nous avons présumé que les tendances de l'incidence du cancer au Québec étaient similaires à celles observées dans le reste du Canada. Bien qu'il soit peu probable que cette hypothèse soit exacte pour tous les types de cancer, il était nécessaire d'avoir une certaine approximation pour estimer les statistiques nationales complètes sur le cancer. Des discussions sont en cours pour inclure et normaliser des données supplémentaires du Québec dans le Registre canadien du cancer par l'intermédiaire du Conseil canadien des registres du cancer.

Conclusion

Nos projections montrent l'effet considérable du cancer sur les personnes au Canada. Les réductions constantes des TINA et des TMNA soulignent les progrès significatifs réalisés dans la lutte contre le cancer grâce à la prévention, au dépistage, au diagnostic précoce et au traitement. Pour réduire davantage l'effet du cancer sur la population canadienne, il faut continuer à soutenir et à investir dans la recherche innovante et dans des politiques publiques efficaces et saines, et assurer une mise en œuvre dans tout le spectre de la lutte contre le cancer.

Références

- Brenner DR, Weir HK, Demers AA, et al.; Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *CMAJ* 2020;192:E199-205.
- Table 13-10-0394-01: Leading causes of death, total population, by age group. Ottawa: Statistics Canada. Accessible ici : www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039401 (consulté le 15 oct. 2021).
- Canadian Cancer Statistics Advisory Committee in collaboration with the Canadian Cancer Society Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada. *Canadian Cancer Statistics 2021*. Toronto: Canadian Cancer Society; 2021. Accessible ici : www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2021-EN (consulté le 12 nov. 2021).
- Xie L, Semenciw R, Mery L. Cancer incidence in Canada: trends and projections (1983–2032). *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2015;35(Suppl 1):2-186.
- de Oliveira C, Weir S, Rangrej J, et al. The economic burden of cancer care in Canada: a population-based cost study. *CMAJ Open* 2018;6:E1-10.
- Canadian Cancer Registry (CCR). Ottawa: Statistics Canada; modified 2021 May 18. Accessible ici : <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207> (consulté le 30 juin 2021).
- Canadian Vital Statistics — Death database (CVSD). Ottawa: Statistics Canada; modified 2022 Jan. 21. Accessible ici : <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233> (consulté le 30 juin 2021).
- Annual demographic estimates: Canada, provinces and territories 2020. Ottawa: Statistics Canada; 2020. Cat no 91-215-X. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/91-215-x/91-215-x2020001-eng.pdf?st=nU8OzCu> (consulté le 30 juin 2021).
- Population projections for Canada, provinces and territories. Ottawa: Statistics Canada; modified 2019 Sept. 16. Accessible ici : <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3602> (consulté le 30 juin 2021).
- Qiu Z, Hatcher J; Cancer Projection Analytical Network Working Team. CANPRO: the R package of cancer projection methods based on generalized linear models for age, period, and/or cohort. Version 1. Edmonton: Alberta Health Services; 2013.
- Canadian Cancer Registry: age-standardization. Ottawa: Statistics Canada; modified 2020 Nov. 23. Accessible ici : https://www23.statcan.gc.ca/eng/statistical-programs/document/3207_D12_V4 (consulté le 30 juin 2021).
- Ellison LF. The cancer survival index: measuring progress in cancer survival to help evaluate cancer control efforts in Canada. *Health Rep* 2021;32:14-26.
- Dabbikeh A, Peng Y, Mackillop WJ, et al. Temporal trends in the association between socioeconomic status and cancer survival in Ontario: a population-based retrospective study. *CMAJ Open* 2017;5:E682-9.
- Mazereeuw MV, Withrow DR, Nishri ED, et al. Cancer incidence among First Nations adults in Canada: follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort (1992–2009). *Can J Public Health* 2018;109:700-9.
- Poirier AE, Ruan Y, Grevers X, et al. ComPARE Study Team. Estimates of the current and future burden of cancer attributable to active and passive tobacco smoking in Canada. *Prev Med* 2019;122:9-19.
- Lung cancer and equity: a focus on income and geography. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2020. Accessible ici : <https://www.partnershipagainstanccancer.ca/topics/lung-cancer-equity/> (consulté le 10 déc. 2021).
- O'Sullivan DE, Brenner DR, Villeneuve PJ, et al.; ComPARE Study Team. Estimates of the current and future burden of melanoma attributable to ultraviolet radiation in Canada. *Prev Med* 2019;122:81-90.



18. Bell N, Gorber SC, Shane A, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186:1225-34.
19. Spira A, Yurgelun MB, Alexandrov L, et al. Precancer atlas to drive precision prevention trials. *Cancer Res* 2017;77: 1510-41.
20. Moustaqim-Barrette A, Spinelli JJ, Kazanjian A, et al. Impact on immigrant screening adherence with introduction of a population-based colon screening program in Ontario, Canada. *Cancer Med* 2019;8:1826-34.
21. Simkin J, Ogilvie G, Hanley B, et al. Differences in colorectal cancer screening rates across income strata by levels of urbanization: results from the Canadian Community Health Survey (2013/2014). *Can J Public Health* 2019;110:62-71.
22. B.C. launches lung cancer screening program: the first in Canada [news release]. *BC Gov News* 2020 Sept. 14. Accessible ici : <https://news.gov.bc.ca/releases/2020PREM0051-001726> (consulté le 14 novembre 2021).
23. Lung screening in Canada: 2019/2020 environmental scan. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2020. Accessible ici : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/01/lung-cancer-screening-environmental-scan-2019-2020-Jan132021-EN.pdf> (consulté le 12 fév. 2021).
24. Darling GE, Tammemägi MC, Schmidt H, et al. Organized lung cancer screening pilot: informing a province-wide program in Ontario, Canada. *Ann Thorac Surg* 2021;111:1805-11.
25. Table 13-10-0142-01: Deaths, by cause, Chapter II: Neoplasms (C00 to D48). Ottawa: Statistics Canada; 2022. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310014201> (consulté le 4 fév. 2022).
26. Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. *Canadian Cancer Statistics 2017*. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017. Accessible ici : www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-EN (consulté le 2 mars 2018).
27. Yong JH, Mainprize JG, Yaffe MJ, et al. The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *J Med Screen* 2021;28:100-7.
28. Walker MJ, Meggetto O, Gao J, et al. Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: a provincial, population-based study. *Prev Med* 2021;151: 106586.

Intérêts concurrents : Ryan Woods déclare avoir reçu une subvention de recherche de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé, et un financement du Partenariat canadien contre le cancer. Donna Turner déclare recevoir un salaire en tant qu'employée d'Action cancer Manitoba, ainsi qu'un financement pour ses déplacements de la part de la Société canadienne du cancer. La D^{re} Turner est également membre bénévole du conseil d'administration de la Manitoba Tobacco Reduction Alliance. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a fait l'objet d'un examen par les pairs.

Affiliations : Départements d'oncologie et des sciences en santé communautaire (Brenner), Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary (Alberta); Départements d'épidémiologie du cancer et de recherche sur la prévention (Brenner, Poirier), CancerControl Alberta, Services de santé de l'Alberta, Calgary (Alberta); Population Oncology (Woods), BC Cancer, Vancouver (Colombie-Britannique); Centre de données sur la santé de la population (Ellison, Billette, Zhang, Yao), Statistique Canada; Centre de surveillance et de recherche appliquée (Demers), Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario); Département de chirurgie (Finley), Université McMaster, Centre de soins de santé St. Joseph's, Hamilton (Ontario); Performance (Fitzgerald), Partenariat canadien contre le cancer, Toronto (Ontario); Nova Scotia Health Cancer Care Program (Saint-Jacques), Halifax (Nouvelle-Écosse); Population Oncology (Shack), Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba); Surveillance and Reporting (Turner), Cancer Care Alberta, Calgary (Alberta); Département d'information et de politiques en matière de cancer (Holmes), Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario).

Collaborateurs : Tous les auteurs ont contribué à la conception et au plan du travail, ainsi qu'à l'acquisition, l'analyse et l'interprétation des données. Tous les auteurs ont rédigé le document manuscrit, ont révisé

d'un œil critique le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale à la version à publier et ont accepté la responsabilité de tous les aspects de l'ouvrage.

Propriété intellectuelle de contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attributions (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Financement : Cette publication a été élaborée par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada, et l'Agence de la santé publique du Canada a reçu un appui financier du secteur public et de donateurs. Aucune source de financement externe n'a été obtenue pour cette étude. L'Agence de la santé publique du Canada a financé la traduction de cet ouvrage en français.

Partage des données : Les données incluses dans ces analyses peuvent être obtenues par le public et les chercheurs s'ils présentent une demande et accèdent aux Centres de données de recherche de Statistique Canada.

Avis de non-responsabilité : Les constatations et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la Société canadienne du cancer.

Accepté : 3 mars 2022

Correspondance : Darren Brenner, Darren.Brenner@ucalgary.ca

DOSSIER

Cancer:
des progrès qui
donnent espoir!

2



Radon domiciliaire et cancer pulmonaire

par **Marie-Ève Girard**, inhalothérapeute et directrice des programmes de santé à l'Association pulmonaire du Québec (APQ)

Demeurer actif, réduire notre consommation de viande rouge, renoncer au tabac; voilà quelques gestes que nous faisons pour diminuer notre risque de développer un cancer. Qu'en est-il du radon domiciliaire, ce gaz radioactif inodore, insipide et incolore qui pénètre dans la maison sans s'annoncer et augmente le risque de souffrir d'un cancer du poumon? En fait, le radon est la première cause de cancer pulmonaire chez les non-fumeurs; 16 % des décès annuels liés à ce type de cancer lui sont attribuables, tuant près de 1 000 personnes chaque année, soit près du double des décès causés par les accidents de la route.

Provenance du radon

C'est auprès de mineurs qui travaillaient dans des mines d'uranium et exposés à de fortes concentrations de radon qu'ont été réalisées les premières études sur le lien de cause à effet entre ce gaz et le cancer du poumon.

Le radon provient de la dégradation de l'uranium contenu dans le sol et est présent partout sur la Terre. Le Québec n'y fait pas exception, dans toutes les régions qui le composent. Toutefois, lorsque le radon s'infiltre à travers les fissures et autres ouvertures des fondations d'une maison, il s'accumule au point de constituer une réelle menace pour tous les occupants. Puisque des particules radioactives sont libres dans l'air, celles-ci sont alors inhalées et se déposent sur les parois des voies respiratoires où elles entraînent une modification de l'ADN.

**LE RADON TUE
1 000 QUÉBÉCOIS
CHAQUE ANNÉE !**



Source de l'image: Gouvernement du Canada. [Beaucoup de bruit autour du radon: attaquer le problème à la maison.](#)

Seuil sécuritaire

Au Canada, comme dans plusieurs autres pays, la ligne directrice indique que la concentration en radon d'une habitation ne doit pas dépasser 200 becquerels par mètre cube (Bq/m³). Au-delà de cette norme, le risque de développer un cancer pulmonaire est d'un sur 20, augmentant à un sur 3 si la personne est fumeuse.

« Pour le cancer du poumon, les risques de fumer la cigarette sont en général assez bien connus. Pourtant, le radon caché dans l'air d'une résidence peut équivaloir à plusieurs cigarettes par jour », souligne Mathieu Brossard, spécialiste en rayonnement à Santé Canada.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), aucun seuil n'est considéré comme sécuritaire. L'organisme estime que le risque de développer un cancer du poumon augmente de 16 % pour chaque tranche de 100 Bq/m³ à laquelle l'on est exposé. Il est donc proportionnel à la concentration moyenne d'exposition à long terme.

DOSSIER

Cancer:
des progrès qui
donnent espoir!

2



Un dosimètre

On peut se procurer un dosimètre chez plusieurs entreprises, notamment auprès de l'APQ et de CAA-Québec. Les professionnels en santé respiratoire de l'APQ peuvent répondre aux questions concernant les risques associés au radon, alors que les experts des services-conseils en habitation de CAA-Québec peuvent conseiller et assister les personnes chez qui des travaux de réduction s'avèreront nécessaires.

Mesurer la concentration de radon

On peut mesurer la concentration de radon en utilisant un dosimètre. L'unité de mesure du radon est le becquerel par mètre cube (Bq/m^3). Santé Canada recommande d'effectuer des travaux correctifs, à partir de $200 \text{ Bq}/\text{m}^3$.

Puisque cette concentration varie en fonction de divers facteurs, en particulier l'état des fondations et la ventilation des lieux, elle peut aussi varier beaucoup entre les maisons d'un même quartier. Il est donc suggéré d'effectuer un test, avec un dosimètre, d'une durée minimale de 3 mois (long terme), et de le faire pendant la saison froide (chauffage). Des appareils de mesures numériques existent, mais comme les concentrations de radon varient d'une journée à l'autre, si ceux-ci sont utilisés, ils doivent être suivi d'un test à long terme. En fonction du résultat obtenu, des travaux devront ou non être effectués.

Réduire le risque d'exposition

Chaque maison est différente et un professionnel certifié peut aider à déterminer la meilleure façon de procéder. Les techniques reconnues efficaces pour réduire les risques d'exposition au radon sont :

- Dépressuriser le sol sous la maison (aspirer les gaz) en installant un petit ventilateur qui aspirera le radon vers l'extérieur. Cette technique efficace est la plus couramment utilisée. Elle permet d'abaisser la concentration de radon d'environ 90 %.
- Augmenter la ventilation mécanique et s'assurer que le système de ventilation est bien équilibré.
- Colmater toutes les fissures et les ouvertures dans les murs et les planchers de fondation et autour des tuyaux et des drains.
- Veiller à ce qu'il y ait toujours de l'eau dans le drain du sol.

Une seule méthode peut être suffisante pour régler la problématique. Parfois, plusieurs méthodes doivent être combinées.



Source de l'image: Gouvernement du Canada. [Beaucoup de bruit autour du radon: attaquer le problème à la maison.](#)

Vendre ou acheter une propriété

Avant de mettre une propriété sur le marché, le vendeur doit divulguer tout facteur concernant l'immeuble qui peut affecter la décision d'un acheteur, comme la problématique du radon. Il doit aussi indiquer si des mesures d'atténuation ont été réalisées et si elles ont donné le résultat escompté.

Avant d'acheter une maison, on peut exiger que la concentration de radon soit mesurée (test de trois mois). Il est tout à fait possible de déposer une offre d'achat conditionnelle et de réserver un montant d'argent au cas où la concentration de radon mesurée dépasserait $200 \text{ Bq}/\text{m}^3$. Cette somme pourrait être utilisée par l'acheteur pour réaliser les travaux nécessaires.

Une maison neuve ne constitue pas un gage d'absence de radon. Il s'avère moins coûteux de prendre des moyens de prévention lors de la construction de la maison que d'intervenir par la suite. Par exemple, il peut être indiqué de poser une membrane de polyéthylène étanche sous le béton et un joint de mastic souple entre la dalle de plancher et les murs de fondation.

Conclusion

Depuis le début de la pandémie, nous passons beaucoup plus de temps à l'intérieur de nos habitations que nous le faisons auparavant. Puisque le cancer du poumon lié au radon est proportionnel à son exposition, devons-nous craindre une hausse des cancers du poumon dans le futur? Ne soyons pas pessimistes, mais plutôt proactifs en sensibilisant et en informant les gens autour de nous sur le danger que représente le radon. ✨

Profitons de novembre, mois de la sensibilisation au radon, pour en parler avec nos patients, nos proches et même nos voisins!

Pour plus d'informations

- APQ: [Un nouvel outil pour connaître les taux de radon dans votre quartier](#)
- Gouvernement du Québec: [Radon domiciliaire](#)
- OMS: [Radon et santé](#)
- Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec (OACIQ): [Comment éviter que le radon affecte votre transaction immobilière](#)

Les cancers liés au tabagisme



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ

La fumée d'une cigarette contient plus de 7 000 substances chimiques. Parmi ces substances, 69 sont reconnues cancérogènes. On estime que l'usage du tabac cause 85 % des cas de cancer du poumon et que l'exposition à la fumée secondaire augmente aussi les risques de ce type de cancer. Mais, pour les personnes qui cessent de fumer, le risque diminue de façon importante au fil des ans, même s'il demeure plus élevé que chez celles n'ayant jamais fumé^{1,2}.

La plupart des gens associent le tabagisme au cancer du poumon et l'on reconnaît que la durée de l'exposition et la quantité de tabac consommée influencent le risque. Pourtant, l'usage du tabac est aussi responsable de plusieurs cancers (illustration 1)³.

Aider peut faire une différence

Les personnes fumeuses sont plus susceptibles de cesser de fumer si un professionnel leur conseille et les accompagne. **Serez-vous celui-là ?**

L'intervention, même si elle est minimale, est à la portée des inhalo-thérapeutes cliniciens.

À cet égard, voici deux outils d'aide à la pratique:

- [Soutien clinique à l'abandon du tabagisme](#) (MSSS)
- [Pratique professionnelle en abandon du tabac](#) (cadre de référence conjoint CMQ-OIIQ-OPQ-OPIQ)

Illustration 1. Parmi les cancers liés au tabagisme.

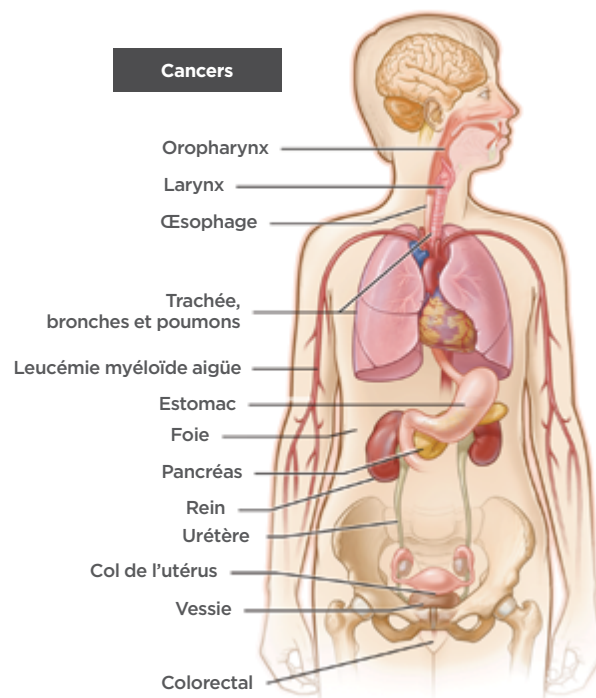


Illustration tirée, adaptée et traduite de [The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress A Report of the Surgeon General Executive Summary](#), p. 14, fig. 1.1 A.

DOSSIER

Cancer:
des progrès qui
donnent espoir!

3



Rappel

Depuis le 19 juillet 2018, les inhalothérapeutes peuvent être habilités à prescrire des médicaments pour la cessation tabagique, sauf la varénicline et le bupropion.

À ce sujet, voici deux ressources utiles:

- [Prescrire des médicaments pour la cessation tabagique](#) (OPIQ)
- [Guide de pratique clinique – prescription de médicaments pour la cessation tabagique – 2020](#) (OPIQ)



Vous souhaitez intervenir, mais vous manquez de temps?

Pensez à diriger un patient ou un proche qui fume vers l'un des services [J'arrête](#). Ils sont gratuits et confidentiels.

Des formulaires — destinés aux professionnel(le)s de la santé — sont accessibles en ligne.

Une fois le formulaire rempli et transmis, un spécialiste de la ligne *J'ARRÊTE* proposera aux patient(e)s l'un ou l'autre des services *J'ARRÊTE*:

- aide par téléphone avec la ligne *J'ARRÊTE*
- aide en ligne via le site *J'ARRÊTE*
- aide en personne offerte dans les centres d'abandon du tabagisme de leur région
- aide par texto avec le SMAT

[Formulaire de référencement en provenance des établissements de santé](#)

[Formulaire de référencement en provenance des pharmacies](#)



Références

- 1 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Mai 2021. [Cancer du poumon](#).
- 2 QUÉBEC SANS TABAC. S. d. [L'usage du tabac est à l'origine de 16 cancers](#).
- 3 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. 2014. [The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress A Report of the Surgeon General Executive Summary](#).

Gagner
20 000 \$
ça vaut le coup!

Courez la chance de gagner 20 000 \$
en nous demandant une soumission
d'assurance ou en nous laissant vos
dates de renouvellement¹!



Participez maintenant!
gagnez.beneva.ca/opiq | 1 855 441-6015

beneva

Beneva désigne La Capitale assurances générales inc. en sa qualité d'assureur. © 2022 Beneva. Tous droits réservés.
MD Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce déposées et utilisées sous licence | 1. Détails et règlement disponibles au gagnez.beneva.ca/opiq. Le concours se termine le 10 janvier 2023. Le prix à tirer est un chèque de 20 000 \$. Aucun achat requis. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique.

Dépistage du cancer du poumon par TAFD: à quel patient le recommander



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ

Prémisse

Au Québec, le cancer pulmonaire est parmi les cancers les plus souvent diagnostiqués¹. Au Canada, on a projeté 30 000 nouveaux cas de cancer du poumon en 2022 et l'on prédit que ce dernier sera la principale cause de décès lié au cancer, représentant 24,3 % de l'ensemble des décès par cancer au pays².

Par ailleurs, les personnes fumeuses sont plus à risque de développer un cancer du poumon. On estime que l'usage du tabac entraîne 85 % des cas de cancer du poumon et que l'exposition à la fumée secondaire augmente aussi les risques de ce type de cancer^{3,4}. La cessation tabagique est évidemment le premier moyen efficace pour réduire ces risques.

Plus de 50 % des cancers du poumon sont diagnostiqués au stade IV, soit le plus avancé, et le taux de survie à cinq ans pour ce stade est de 0 à 10 %. L'utilisation de la tomographie axiale à faible dose (TAFD) est actuellement l'examen de choix pour détecter le cancer du poumon à un stade précoce et le seul ayant démontré sa capacité, dans un contexte structuré, à diminuer la mortalité causée par le cancer du poumon⁵.

Démonstration de dépistage du cancer du poumon

À l'occasion de la *Journée mondiale sans tabac* en mai 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a lancé un projet de démonstration de dépistage du cancer du poumon par la tomographie axiale à faible dose (TAFD)⁶. Ce projet, d'une durée de trois ans, vise à réduire la mortalité attribuable au cancer du poumon. Pour ce faire, il poursuit trois objectifs ambitieux⁵:

- détecter le cancer du poumon avant même l'apparition des symptômes;
- hausser le nombre de détections précoces de cancers du poumon et ainsi augmenter les chances de succès des traitements;
- abaisser le taux de tabagisme chez les participants au projet.

...





Population cible

Ce projet de dépistage du cancer du poumon par TAFD s'adresse avant tout aux personnes à risque élevé de [cancer du poumon](#). Toutes celles qui répondent aux critères de référence ne seront toutefois pas d'emblée admises dans le projet.

Concrètement, l'admissibilité des personnes au projet de dépistage repose sur les modalités suivantes.

- 1 **Référence** par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou par autoréférence d'une personne qui⁶ :
 - est âgée de 55 et 74 ans;
 - présente un risque élevé de développer un cancer du poumon :
 - fume depuis au moins 20 ans de manière continue ou discontinue;
 - a fumé pendant au moins 20 ans de manière continue ou discontinue et a cessé depuis moins de 15 ans;
 - est assurée par le régime public d'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- 2 **Évaluation** par un professionnel du centre de coordination :
 - du risque $\geq 2\%$ (selon le modèle de [calcul du risque PLCO_{m12}](#))⁷;
 - de l'état de santé de la personne;
 - de son consentement à participer.

* Cette évaluation permet d'estimer le pourcentage de risque qu'une personne développe un cancer du poumon dans les six prochaines années.

La participation d'une personne fumeuse qui satisfait les critères est volontaire, peu importe son lieu de résidence. Néanmoins, le dépistage est effectué seulement dans les [centres hospitaliers universitaires et régionaux participants](#).

Sont exclues les personnes :

- ayant déjà reçu un diagnostic de cancer du poumon;
- ayant passé une TDM thoracique dans les 12 derniers mois;
- avec des symptômes potentiellement suspects de cancer du poumon;
- ayant une comorbidité grave limitant la survie.

Recommander un test de dépistage

En présence d'une personne qui répond aux critères d'admissibilité, il conviendra de lui présenter le projet de dépistage ainsi que l'ensemble de ses avantages et de ses inconvénients. Pour la soutenir dans une prise d'une décision éclairée, il est recommandé d'utiliser l'[outil d'aide à la décision](#) (*Decision aid tool*) développé par le MSSS⁸.

Si la personne accepte de participer au projet, deux options s'offrent à elle pour s'inscrire.

- 1 **Référence** : demander au médecin ou à l'IPS de première ligne de remplir [le formulaire de demande de référence](#). En principe, c'est ce professionnel qui sera informé des résultats.
- 2 **Autoréférence** : demander au patient de contacter le centre de coordination du projet (depistagecancerpoumon@ssss.gouv.qc.ca ou 1 844 656-4312) pour valider l'admissibilité à l'aide d'un questionnaire développé à cette fin.

Avantages, inconvénients et limites du dépistage

Le dépistage du cancer du poumon a le potentiel d'offrir des avantages aux personnes les plus à risque, comme^{6,8} :

- la réduction du taux de mortalité et du risque de problèmes associés au cancer du poumon;
- l'abandon ou la diminution de l'usage du tabac en raison du soutien proposé en cessation tabagique;
- la possibilité de découvrir précocement une maladie (ou une anomalie) coexistante et d'en assurer une prise en charge hâtive.

Cela dit, comme pour tout autre test de dépistage, la TAFD n'est pas parfaite. La participation à un programme de dépistage peut entraîner des inconvénients^{6,8} :

- des périodes d'attente et de l'inquiétude pour le patient si des examens complémentaires sont requis ou s'il reçoit un résultat faussement positif par exemple;
- la possibilité d'un surdiagnostic, qui se veut la découverte d'un cancer (ou autre anomalie) qui n'aurait jamais été détecté autrement, et qui, à long terme, n'affecte pas la qualité ni l'espérance de vie du patient (p. ex. un cancer qui se développe très lentement ou qui est inoffensif);
- la découverte d'une autre maladie (ou anomalie) coexistante.

DOSSIER

Cancer:
des progrès qui
donnent espoir!

4

Enfin, la participation d'une personne à risque de développer un cancer du poumon ne garantit malheureusement pas que tous les cas seront détectés et que toutes les personnes qui recevront un diagnostic positif survivront. Par ailleurs, certaines personnes qui ont reçu un résultat normal de TAFD pourraient tout de même développer un cancer pulmonaire. Ceci est possible si, par exemple, le cancer n'était pas visible sur la tomodensitométrie ou s'il n'est pas encore développé au moment de passer le test de dépistage⁶.

En conclusion

Le fardeau élevé projeté du cancer du poumon démontre l'importance de renforcer la lutte contre le tabac, de diagnostiquer précocement ce cancer afin d'assurer une prise en charge hâtive. À cet égard, la collaboration des inhalothérapeutes est indispensable pour la réussite de ce projet. En effet, tout en discutant des risques du cancer du poumon et de cessation tabagique avec leurs patients fumeurs, ils peuvent aussi les informer et les accompagner dans leur démarche pour participer à ce programme certes ambitieux, mais aussi porteur d'espoir pour une vie sans cancer ni tabac. 🌟



Références

- 1 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Mai 2021. [Lancement d'un projet de dépistage du cancer du poumon.](#)
- 2 BRENNER, D. R., POIRIER, R. et collab. Mai 2022. «Projection du fardeau du cancer au Canada en 2022». *CMAJ* 2022, 194: E601-7. DOI: 10.1503/cmaj.212097-f.
- 3 QUÉBEC SANS TABAC. S. d. [L'usage du tabac est à l'origine de 16 cancers.](#)
- 4 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Mai 2021. [Projet de démonstration de dépistage du cancer du poumon.](#)
- 5 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. [Projet de démonstration du dépistage du cancer du poumon — Renseignements à l'intention des professionnels de la santé.](#)
- 6 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Mai 2021. [Cancer du poumon.](#)
- 7 INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS). S. d. «[Dépistage du cancer du poumon](#)». *Algorithmes en cancérologie.*
- 8 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Mai 2021. [Projet de démonstration du dépistage du cancer du poumon — Outil d'aide à la décision.](#)

COSR

Congrès Québécois
en Santé Respiratoire

3 & 4 novembre
2022



CENTRE DES SCIENCES DE
MONTRÉAL ET À DISTANCE

Programmation et inscriptions : congres-cqsr.ca

Plus de 11 heures de formation accréditées !
Réseautage dans une ambiance conviviale autour d'un délicieux cocktail
et repartez avec votre sac-cadeau d'une valeur de 100 \$.



Personne ne perd contre le cancer

Une chronique de **Stéphane Laporte** pour [La Presse](#). 24 août 2019. Reproduction autorisée.

Chaque fois qu'une personnalité succombe à un cancer, on ressort toujours la même manchette : elle a perdu son combat contre le cancer. Et chaque fois, ça me vire à l'envers, ça me met en maudit. Ce n'est pas une façon d'annoncer la mort de quelqu'un. La vie n'est pas un combat de boxe, la vie n'est pas une *game* du Canadien. Les gens qui meurent ne sont pas des perdants. Les gens qui perdent, dans l'histoire, ce sont plutôt ceux qui restent. Ils perdent un amour, un parent, un ami. L'ami, lui, gagne le ciel, si vous y croyez. Si vous n'y croyez pas, il ne gagne rien, il ne perd rien, il n'est juste plus là. Parti.

Vous me direz qu'il perd la vie. C'est vrai. Mais ce n'est pas perdre au sens de subir une défaite. C'est perdre comme on perd ses clefs, comme on perd un livre, comme on perd son chapeau. La vie, il y a quelques secondes, je l'avais sur moi, et puis tout d'un coup, disparue, je ne sais pas où je l'ai mise, je ne l'ai plus. On va tous perdre la vie ainsi. Comme on perd son chat. Ce n'est pas nous qui la quittons. C'est elle qui s'en va. Et elle éteint la lumière dans nos yeux, avant de s'en aller. Bye-bye, c'était bien. Mais c'est assez.

Lorsque quelqu'un meurt d'une crise cardiaque, on ne titre pas qu'il a perdu son combat contre la maladie du cœur. Lorsque quelqu'un meurt d'un accident de la route, on ne dit pas qu'il a perdu son combat contre le gros camion. Lorsque quelqu'un met fin à ses jours, on n'écrit pas qu'il a perdu son combat contre la dépression. Et on a raison. Ça n'a rien à voir. Aucune vie ne se termine par un échec. Celle des gens atteints d'un cancer pas plus que les autres.

Ma mère est morte d'insuffisance rénale, après de longues années de dialyse à la maison.

Personne autour de nous n'a dit : elle a perdu son combat contre l'insuffisance rénale. Elle est morte, c'est tout.

Parce que le film se termine ainsi pour chacun de nous. On meurt à la fin. Et même si on connaît la fin, ça ne nous empêche pas d'apprécier le film, au contraire.

Si la formule « perdre contre le cancer » est si répandue, c'est parce que le terrible mal l'inspire. Parce que son nom rime avec adversaire. Il y a des

milliers de maladies qui font des millions de victimes, mais la plus crainte, la plus détestée, la plus impopulaire, c'est le cancer. Le cancer est le méchant des méchants. La star de la noirceur. Le *Darth Vader* de la souffrance. C'est pour ça que dès que le diagnostic est posé, c'est la guerre. C'est la réputation de l'opposant qui crée l'évènement. Le cancer tue tellement de gens. Mais plein de gens en guérissent aussi.

Ce qu'on appelle le combat, ce sont des soins. Parfois les soins font mal comme un bombardement. Mais il faut tenir le coup. Parce que les soins sont faits pour qu'un jour, vous vous sentiez bien. Pour trouver le courage, pour aller chercher les ressources en vous, on visualise une bataille. Ça motive. On peut vaincre le cancer. OK. Mais le cancer ne peut pas vous vaincre. Parce que le cancer meurt avec vous. Il n'est pas plus fort que vous, il est en vous. Quand quelqu'un meurt du cancer, le cancer n'a pas les deux bras dans les airs, il n'est pas en train de sauter dans tous les coins du ring. Il est K.-O. Il ne s'en va pas à *Disneyland*. Il vous accompagne dans votre tombe. Il est mort, en même temps que vous.

Voilà pourquoi il faut cesser de dire que le cancer a gagné. Le cancer ne gagne jamais. Soit il disparaît de son côté, soit il disparaît à vos côtés. Un cancer, ce n'est jamais un champion. Un cancer n'est rien sans vous.

On présume qu'il voulait vous tuer. Peut-être voulait-il guérir, lui aussi ? Qui sait ?

Bref, la maladie ne gagne jamais. La maladie n'existe pas sans le malade.

Il faut vraiment cesser de dire qu'un humain a perdu son combat contre le cancer. L'humain, soit il guérit et continue son chemin, soit il se rend au fil d'arrivée. On ne perd pas quand on franchit le fil d'arrivée. Peu importe son temps. On est allé au bout de soi. On ne pouvait aller plus loin. On ne pouvait aller plus haut. Un malade, ce n'est jamais un perdant. Chacun a son tracé. Chacun a gagné autant qu'il a aimé.

Donc jetez la métaphore. Enlevez-la de vos banques de données. La mort d'une vedette ou d'un inconnu ne s'annonce pas comme un résultat sportif. Ce n'est pas le moment de faire du style.

Il est mort. Elle est morte. Vous pouvez dire de quoi. Simplement. Mais dites surtout ce qu'il ou ce qu'elle laisse en nous. De vivant. 🌟

Un à un: bien plus qu'une ligne téléphonique pour les patients atteints d'un cancer pulmonaire!

Entrevue avec **Marie-Ève Séguin**,
inhalothérapeute et directrice des
programmes de santé à l'Association
pulmonaire du Québec (APQ)



Introduction

L'Association pulmonaire du Québec (APQ) est un organisme qui a pour mission l'éducation et la promotion de la santé respiratoire, la prévention des maladies pulmonaires et la réadaptation auprès de la population québécoise. L'Association offre aussi un soutien et un accompagnement aux personnes atteintes de maladies respiratoires ou pulmonaires ainsi qu'à leurs proches. Pour ce faire, elle met à leur disposition une ligne d'information téléphonique gratuite depuis 1998 et des groupes d'entraide depuis 2002. Elle offre également un programme de groupe pour aider à l'arrêt tabagique depuis 2018.



[Présentation de l'Association pulmonaire du Québec](#) (mai 2022)

En mai 2021, l'APQ a créé une plateforme de jumelage téléphonique afin de briser l'isolement des patients et des proches aidants touchés par la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI). Cette année, la plateforme accueille aussi les patients atteints de cancer du poumon.

Afin d'en apprendre davantage sur cette offre de service unique au Québec, nous avons fait appel à Marie-Ève Séguin, inhalothérapeute et responsable de la mise en œuvre et de la gestion de ce nouveau programme. Aimant voir progresser les patients pour qu'ils se remettent sur pied le plus rapidement possible, madame Séguin a accepté de répondre à nos questions et nous la remercions très sincèrement.

Question 1.

Vous êtes inhalothérapeute depuis 2005 et vous travaillez à l'Association pulmonaire du Québec depuis 4 ans. Pourriez-vous nous expliquer en quelques mots en quoi consiste votre travail ?

Mon travail au quotidien est très varié. D'abord, je suis responsable de la ligne téléphonique d'information mise à la disposition de la population du Québec. Je suis aussi chargée de développer le matériel éducatif destiné à la population et aux professionnels de la santé, comme les dépliants, les guides, les affiches et les tablettes d'enseignement. Tout récemment, je m'occupe de la nouvelle plateforme de jumelage téléphonique *Un à Un*, dédiée aux patients atteints de fibrose pulmonaire, de sarcoïdose et de cancer du poumon, ainsi qu'à leurs proches. Je donne également à l'occasion des conférences portant sur les maladies pulmonaires dans les groupes d'entraide.

...



« Chaque personne qui s'adresse au service de la ligne d'information à des besoins différents, je fais donc preuve d'écoute pour adapter mon intervention en fonction de leurs besoins. Parfois, la seule chose dont la personne a besoin est de parler et de se sentir écoutée. Dans une telle situation, je ne fais pas d'enseignement, mais je lui offre plutôt de l'écoute et de l'empathie. »

Question 2.

Lorsqu'un patient (ou l'un de ses proches) compose le numéro téléphonique 1 888 POU MON 9 pour parler avec un professionnel de la santé, c'est avec un(e) inhalothérapeute qu'il discute. De façon générale, quelles informations recherchent les patients ou les proches aidants et comment adaptez-vous vos réponses lorsque la situation est délicate ?



À travers cette ligne téléphonique, je réponds à plusieurs appels provenant de patients, proches aidants, et aussi du grand public, qui ont principalement des questions sur les maladies pulmonaires, mais aussi sur des enjeux de santé environnementale, comme le radon.

La plupart du temps, les personnes qui recourent à la ligne d'information viennent de recevoir un nouveau diagnostic et désirent en apprendre davantage. Donc, lors de l'appel, je fais un survol de leur maladie, je leur fais parvenir du matériel éducatif afin qu'elles en apprennent plus sur les techniques de respiration et de toux par exemple. Je m'assure qu'elles comprennent comment bien prendre leur traitement et au besoin, je les dirige vers un professionnel de la santé, comme leur pharmacien. Un des sujets que j'aborde aussi lors de ces appels est celui de l'anxiété, c'est un sentiment très présent chez les personnes atteintes de maladies pulmonaires et les patients sont timides d'en parler. Quand je leur mentionne qu'il est tout à fait normal de ressentir de l'anxiété en raison de leur maladie, j'ai l'impression de leur enlever un gros poids.

Chaque personne qui s'adresse au service de la ligne d'information à des besoins différents, je fais donc preuve d'écoute pour adapter mon intervention en fonction de leurs besoins. Parfois, la seule chose dont la personne a besoin est de parler et de se sentir écoutée. Dans une telle situation, je ne fais pas d'enseignement, mais je lui offre plutôt de l'écoute et de l'empathie. À la fin de la conversation, je laisse mes coordonnées à la personne pour qu'elle puisse me rappeler le moment venu, si elle a des questions plus spécifiques. Dans certains cas, j'en profite pour lui faire parvenir par la poste du matériel éducatif qu'elle pourra lire lorsqu'elle en ressentira le besoin.

Dans le cadre de mon travail, il m'arrive de recevoir des appels plus difficiles, particulièrement lorsqu'une personne vient tout juste de recevoir un diagnostic de maladie pulmonaire et qu'elle se sent démunie face à la maladie. Malgré l'expérience, je trouve toujours aussi éprouvant de répondre à ce genre d'appel, la souffrance ressentie par ces personnes me touche beaucoup. Mais il y a une chose que l'expérience m'a apprise, c'est que bien souvent, l'écoute et l'empathie offertes lors de nos conversations les aident énormément et j'essaie de me concentrer sur ce bienfait lorsque je termine la conversation.



Marie-Ève Séguin, inh., en consultation

Question 3.

Un programme de groupes d'entraide a été mis en place sur le territoire québécois pour les personnes atteintes d'une maladie respiratoire ou pulmonaire, comme le cancer du poumon. Depuis 2020, le programme s'est adapté en offrant des rencontres virtuelles en raison de la pandémie de COVID-19. Quels étaient les objectifs à l'implantation de ce programme et quel constat peut être dressé 20 ans plus tard ?

Les groupes d'entraide ont pour objectif d'offrir du soutien aux personnes atteintes de maladies pulmonaires ainsi qu'à leurs proches. Ils permettent de briser l'isolement et de créer des liens tout en apprenant à mieux faire face à la maladie en offrant aux participants des moments privilégiés d'échange et de partage.

La pandémie nous a forcés à revoir le fonctionnement des groupes d'entraide puisqu'ils avaient lieu en présentiel et dans plusieurs régions du Québec. Ils sont actuellement offerts en virtuel, et nous sommes heureux de constater qu'ils ont gagné en popularité et qu'ils permettent de joindre beaucoup plus de participants, même en région éloignée, ce qui n'était pas possible avec les groupes d'entraide en personne.

Les participants aux groupes d'entraide sont tous atteints de maladies pulmonaires différentes, mais cela ne les empêche pas pour autant de tisser des liens. Peu importe leur maladie, chacun offre une oreille bienveillante aux autres. Grâce aux conférences offertes par des professionnels variés, les participants en apprennent toujours davantage sur leur maladie. De plus, s'ils ont un imprévu ou s'il n'est pas possible pour eux de participer, plusieurs conférences sont enregistrées. Ils ont donc la possibilité de les visionner sur notre [chaîne YouTube](#).

Question 4.

L'an dernier, l'APQ a ajouté à son offre de services la plateforme Un à Un, qui est une plateforme de jumelage téléphonique pour les patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) et leurs proches. Cet été, la plateforme accueille aussi les patients atteints de cancer du poumon. Pourriez-vous nous expliquer ce qu'est une plateforme de jumelage téléphonique ?

Les personnes atteintes de fibrose pulmonaire, de sarcoïdose et de cancer du poumon ressentent souvent de l'isolement en raison de leur maladie et plusieurs d'entre elles ont manifesté le besoin d'échanger avec une autre personne qui vit ou qui a vécu une situation similaire. La plateforme de jumelage Un à Un est née de ce besoin.

Le service est offert autant aux patients qu'aux proches aidants. Les personnes désirant profiter de ce service doivent s'inscrire sur le site Internet unaun.ca et, à la suite de leur inscription, elles seront jumelées avec une autre personne dont le profil correspond au leur.

Question 5.

Quel est votre rôle dans la mise en œuvre et le bon déroulement la plateforme Un à Un ?

La mise en œuvre de la plateforme de jumelage téléphonique a été un gros travail d'équipe de presque deux ans avant de voir le jour.

Nous avons d'abord réfléchi au fonctionnement même de la plateforme de jumelage pour ensuite vérifier tous les aspects légaux reliés à l'utilisation d'un tel service. Un site Internet dédié et une base de données permettant les jumelages entre les participants ont aussi été développés. Afin de faire connaître ce nouveau service, nous avons investi beaucoup d'effort dans la promotion de la plateforme, grâce à l'envoi de signets promotionnels et d'annonces à la radio et sur nos réseaux sociaux.

Une fois le service mis en place, mon rôle consiste à procéder au jumelage entre deux participants avec des profils similaires. Vu la vulnérabilité de la clientèle à laquelle nous offrons le service, nous devons également nous assurer de la qualité des échanges entre les participants. Pour ce faire, nous avons élaboré plusieurs questionnaires de satisfaction qui sont envoyés aux participants à plusieurs moments pendant leur jumelage. De plus, afin de mieux outiller les participants dans leurs discussions, j'ai développé deux documents dans lesquels on leur explique leur rôle et leur limite au sein de la plateforme et on les informe sur des principes tels que l'écoute active, l'empathie et la détresse psychologique. Je suis aussi la personne-ressource en cas de problème ou si l'un des participants a des questions plus spécifiques concernant sa maladie.



Je pense que cette prise de conscience permet d'aller de l'avant malgré le fardeau de la maladie. Les échanges obtenus grâce à la plateforme les apaisent et leur fournissent une belle énergie pour avancer plus sereinement.

**Question 6.**

Quelle est la valeur ajoutée d'un jumelage téléphonique pour les patients atteints de cancer du poumon et leurs proches ?

Je crois que la valeur ajoutée est surtout le fait de se sentir compris. En partageant leur vécu avec d'autres qui ont sensiblement la même histoire, les personnes se rendent compte qu'elles ne sont pas seules et que les épreuves qu'elles traversent ont été traversées par plusieurs autres. Je pense que cette prise de conscience permet d'aller de l'avant malgré le fardeau de la maladie. Les échanges obtenus grâce à la plateforme les apaisent et leur fournissent une belle énergie pour avancer plus sereinement.

Question 7.

Quels sont les avantages pour un patient (ou un de ses proches) d'échanger avec une personne qui a vécu un parcours similaire ?

D'une part, les personnes qui participent au programme de jumelage téléphonique ont le sentiment de faire la différence dans la vie des autres, ce qui est très gratifiant pour eux. D'autre part, en échangeant avec d'autres participants, les patients se sentent écoutés et compris. Tous s'entendent pour dire que leur expérience les a aidés à cheminer dans l'acceptation de leur maladie.

Les proches aidants aussi apprécient le programme de jumelage téléphonique. Ces derniers n'ont pas non plus un rôle évident et ils ressentent fréquemment de la culpabilité vis-à-vis de la personne malade. Plusieurs négligent leur propre santé au détriment de leurs responsabilités. Souvent, les proches aidants n'osent pas se plaindre ou parler de leurs craintes à leur proche, la plateforme de jumelage leur offre donc cette possibilité et leur enlève par la même occasion un gros poids sur les épaules.

En terminant, quel message d'espoir aimeriez-vous laisser aux personnes atteintes d'un cancer pulmonaire et aux proches qui les accompagnent ?

Le message que j'aimerais leur dire, c'est qu'ils ne sont pas seuls. L'épreuve qu'ils traversent n'est pas évidente, mais plusieurs services sont à leur disposition afin de les aider et de les soutenir. Il ne faut surtout pas hésiter à demander de l'aide.



Essais cliniques en oncologie



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ

Introduction

Le cancer est d'une complexité extrême et d'une grande diversité. Dans les faits, il existe plus de 200 différents types de cancer. Grâce à la recherche, des percées remarquables ont été réalisées au fil du temps. Ainsi, certains types de cancer, avec une faible espérance de vie, présentent maintenant des taux de survie à cinq ans qui dépassent 70, 80 et même 90 %. Chez les clientèles infantile et adolescente, 40 ans de recherche ont permis de progresser à pas de géant. Et, heureusement, les avancées se poursuivent !



Données affichées au 15 septembre 2022

Essais cliniques au Québec

Au Québec, le [Consortium de recherche en oncologie clinique du Québec](#) (Q-CROC) coordonne un réseau d'institutions de soins de santé qui mènent des recherches cliniques en oncologie. Son registre ([OncoQuébec](#)) répertorie toutes les études en cours au sein du réseau. Cet outil permet, entre autres, de diriger des patient(e)s entre les hôpitaux et de cartographier les études. Il permet en particulier de rechercher des essais cliniques en oncologie par mots-clés ou par filtres (clientèles, phases, sites tumoraux, types de traitements, centres hospitaliers, villes, etc.). Il regroupe les informations les plus complètes et à jour sur les essais cliniques en cours de recrutement dans tous les centres hospitaliers du Québec spécialisés en recherche sur le cancer.

Discuter d'essais cliniques

Parler d'essais cliniques avec une personne candidate potentielle peut s'avérer difficile. Pour cette raison, des stratégies de communication fondées sur des données scientifiques peuvent être employées pour aider les cliniciens. À titre d'exemple, une équipe de recherche financée par l'Institut national de la santé (*National Institute of Health* ou NIH) a mis au point une approche en oncologie pédiatrique qui peut être adaptée à une clientèle diverse et à plus d'un domaine pathologique^{1,2}.

Cette stratégie préconise une démarche séquentielle : la compréhension de la maladie par la personne atteinte, suivie d'une discussion sur le traitement standard actuel et enfin de la possibilité d'un essai clinique (tableau 1).

Le saviez-vous ?

Il existe des essais cliniques pour différents types et stades de cancer. Au 15 septembre dernier, 81 essais cliniques recrutaient des personnes atteintes d'un cancer du poumon.

Visitez www.oncoquebec.com pour connaître les essais cliniques en oncologie pulmonaire qui recrutent des participant(e)s au Québec.

Tableau 1. Technique de communication³
avec une personne atteinte de cancer.

- Assurez-vous de créer un climat propice à la discussion en invitant la personne à choisir qui y participera.
- Aidez-la à se concentrer sur la discussion en organisant la réunion dans un lieu privé sans risque d'interruption.
- Communiquez le respect et l'importance de cette rencontre en reconnaissant le traumatisme du diagnostic (le cas échéant) et en faisant preuve d'empathie.
- Simplifiez l'information en évitant le jargon médical. Résumez souvent et répétez les points importants.
- Fournissez un stylo et du papier pour prendre des notes et écrire des questions, invitez-la à faire des commentaires ou à poser des questions à tout moment, et encouragez-la à partager ses pensées et ses sentiments. Dites-lui que toutes les questions sont de bonnes questions.
- Soulignez-lui l'importance de recueillir toute l'information nécessaire et suscitez des questions d'une manière ouverte. (« Quelles questions avez-vous? »)
- Évitez de l'interrompre.
- Vérifiez que vous avez répondu aux questions à sa satisfaction.
- Discutez de la façon dont les traitements de la maladie se sont améliorés au fil du temps en raison de la recherche clinique et de la participation des patient(e)s aux essais cliniques.

Le saviez-vous ?

Au Québec, [plus d'une centaine d'essais cliniques](#) était en cours en septembre afin d'évaluer de nouvelles méthodes pour soigner les clientèles infantile et adolescente.

Visitez www.oncoquebec.com pour connaître les essais cliniques en oncologie pédiatrique qui recrutent des participant(e)s au Québec.

Essais cliniques en oncologie pédiatrique

Il y a 15 ans, la plupart des enfants qui recevaient un diagnostic de cancer avaient peu d'espoir de survie. Aujourd'hui, grâce à la recherche, ce sont plus de 80 % des enfants atteints des cancers les plus courants qui profitent de la vie.

Contrairement à la pensée magique, les enfants ne sont pas de petits adultes, et ceci est particulièrement vrai dans le domaine médical. Bien qu'un même type de cancer puisse affecter les adultes et les enfants, c'est la façon dont il se développe et se traite qui peut différer chez la jeune clientèle. Par ailleurs, il y a plus d'une douzaine de types de cancers infantiles et un nombre incalculable de sous-types. Pour ces raisons, il est essentiel que des essais cliniques spécifiques soient menés auprès des clientèles infantile et adolescente.

Pour aider les jeunes patient(e)s et leurs parents à comprendre les étapes d'un essai clinique, voici une courte vidéo, réalisée spécialement pour les aider à trouver réponse aux questions relatives à leur participation.



[Les Super Participants](#) (N2 Réseau des réseaux)



La FIQ, mobilisée pour défendre vos conditions de travail

Inhalothérapeutes | Infirmières |
Infirmières auxiliaires | Perfusionnistes cliniques



« [...] les chercheurs en hématologie pédiatrique visent deux objectifs majeurs : guérir les enfants dont le cancer résiste au traitement et améliorer la qualité de vie des enfants en rémission. »



Tableau 2. Cancer pédiatrique en bref^{4,5,6,7}

- Environ 80 % des enfants atteints de cancer participent à un essai clinique, contrairement à moins de 5 % chez les adultes.
- Au Canada, le cancer frappe un enfant de moins de 15 ans sur 400.
- Plus de la moitié des enfants ont moins de 5 ans au moment de leur diagnostic.
- Davantage de garçons que de filles reçoivent un diagnostic de cancer.
- Plus de 10 000 enfants, adolescent(e)s et jeunes adultes au Canada sont en cours de traitement ou en période de suivi pour un cancer —, et cette période dure cinq ans.
- À l'inverse de plusieurs cancers chez l'adulte, les cancers infantiles ne sont pas étroitement liés à des facteurs de risque associés au mode de vie ou à l'environnement. Un petit nombre seulement sont causés par des modifications de l'ADN transmises de parents à enfant.
- Les types de cancer les plus fréquents chez les enfants de moins de 15 ans sont :
 - ▢ leucémie (33 %);
 - ▢ lymphomes;
 - ▢ tumeurs solides.
- Le taux de guérison globale des principaux types de cancer est passé de 30 % en 1980 à plus de 80 % de nos jours. En contrepartie, environ 70 % des enfants qui survivent développent des séquelles et, pour 30 % de ce nombre, celles-ci entraîneront des problèmes sévères. Par conséquent, **les chercheurs en hématologie pédiatrique visent deux objectifs majeurs : guérir les enfants dont le cancer résiste au traitement et améliorer la qualité de vie des enfants en rémission.**

Conclusion

Nombreux sont les chercheurs du monde entier qui étudient le cancer : le prévenir, le dépister, le diagnostiquer et le traiter, vivre après le cancer et les soins de fin de vie. Concrètement, notre connaissance collective repose, en grande partie, sur les résultats des recherches effectuées, notamment, en laboratoire, en clinique, en [médecine de précision](#) et en santé publique.

Par les progrès réalisés, plus de gens survivent au cancer qu'ils n'en meurent. Mais le cancer reste, malgré tout, la première cause de mortalité au pays et l'une des meilleures armes pour renverser cette tendance demeure la recherche. ✨



Références

- 1 NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Septembre 2015. [Talking to Your Patient About a Clinical Trial.](#)
- 2 EDER, M. L., YAMOKOSKI, A., WITTMANN, P. W., KODISH, E. D. 2007. «Improving informed consent: suggestions from parents of children with leukemia». *Pediatrics* 2007; 119; e849-e859. DOI: [10.1542/peds.2006-2208.](#)
- 3 CONSORTIUM DE RECHERCHE EN ONCOLOGIE CLINIQUE DU QUÉBEC (Q-CROC). 2022. [Aide-mémoire: comment parler d'un essai clinique à un patient?](#)
- 4 CONSORTIUM DE RECHERCHE EN ONCOLOGIE CLINIQUE DU QUÉBEC (Q-CROC). 2022. [Septembre - mois de la sensibilisation au cancer chez l'enfant.](#)
- 5 FONDATION CANADIENNE DU CANCER CHEZ L'ENFANT. S. d. [Statistiques sur le cancer chez les enfants.](#)
- 6 HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS. S. d. [Éradiquer le cancer: septembre est le mois de la sensibilisation au cancer infantile.](#)
- 7 FONDATION CHARLES-BRUNEAU. S. d. [Le cancer pédiatrique au Québec.](#)



Discutons de chirurgie pulmonaire oncologique ambulatoire avec Dr George Rakovich

Dans l'histoire récente de la chirurgie des cancers, la science a réalisé des progrès considérables en raison, notamment, d'une meilleure compréhension de la maladie et de l'élaboration d'un plan de traitement individualisé selon le patient. De même, l'évolution des pratiques chirurgicales et anesthésiques et les innovations pharmacologiques et technologiques ont assurément contribué à améliorer la trajectoire de soins de nombreux patients tout autant que le taux de guérison de cette maladie.

À preuve, une intervention chirurgicale peut être envisagée chez des patients dont la tumeur cancéreuse pulmonaire est résécable et la durée d'hospitalisation postopératoire, qui était d'environ une semaine il y a une dizaine d'années, s'est vue écourter à deux ou trois jours seulement. Qui plus est, aujourd'hui, on offre même à certains de ces patients l'option d'une chirurgie d'un jour.

Afin d'en apprendre davantage à ce sujet, nous avons fait appel à Dr George Rakovich, médecin spécialisé en chirurgie thoracique, chef de chirurgie thoracique à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et qui enseigne aussi à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Nous le remercions très sincèrement d'avoir accepté de répondre à nos questions.

Question 1.

Comment expliquez-vous qu'un patient devant subir une chirurgie pulmonaire oncologique — à la fois très technique et d'une grande complexité anatomique — puisse recevoir son congé de l'hôpital le jour même de son opération ?

La chirurgie pulmonaire minimalement effractive a connu un essor important au cours des 10 dernières années. La chirurgie standard pour le cancer du poumon est la lobectomie, mais à l'HMR, nous avons également développé assez tôt la segmentectomie anatomique par approche thoracoscopique. Il s'agit d'une technique qui, pour des cas sélectionnés de cancers précoces et peu agressifs, permet d'offrir des résultats oncologiques comparables à la lobectomie tout en limitant la quantité de tissu pulmonaire réséquée et en diminuant la morbidité et les durées de séjour hospitalier, même chez des patients âgés et fragiles.

En intégrant les dernières techniques de contrôle de la douleur proposées par nos équipes d'anesthésie ainsi que les plus récents protocoles de soins périopératoires accélérés développés par nos équipes de soins infirmiers, nous en sommes arrivés régulièrement à donner congé aux patients au 1^{er} jour suivant des interventions complexes. La possibilité d'opérer des cas choisis en chirurgie d'un jour a donc été, en quelque sorte, une évolution naturelle de cette expertise que nous avons acquise progressivement au cours des dernières années.

Question 2.

Quels critères sont pris en compte dans la sélection des patients admissibles à la chirurgie ambulatoire ?

Il s'agit d'une approche que nous réservons encore à des patients hautement sélectionnés, tant en ce qui a trait aux caractéristiques de la tumeur cancéreuse elle-même qu'aux particularités individuelles des patients. Pour l'instant, cette approche n'est offerte que dans le cas de tumeurs qui peuvent bénéficier d'une résection pulmonaire limitée, c'est-à-dire qu'elles n'engagent pas de dissection complexe au niveau des structures anatomiques nobles du poumon (artères, bronches). Par ailleurs, il faut que les patients soient exempts de comorbidités importantes et qu'ils soient en mesure de bien comprendre les explications et de donner leur consentement pour cette approche. Ils doivent aussi habiter dans un rayon relativement rapproché de l'hôpital et avoir un accompagnateur à la maison pour au moins les 24 premières heures.

De leur côté, les patients qui subissent des chirurgies plus complexes comme des lobectomies ou des segmentectomies, qui engagent une dissection étendue des structures près de la racine du poumon, peuvent souvent recevoir leur congé dans les 24 h suivant leur intervention. Toutefois, dans ces cas, la nécessité de garder un drain thoracique (pour évacuer les fuites d'air à départ des lignes de transection pulmonaire) en place et le contrôle de la douleur demeurent les facteurs limitant la possibilité de pratiquer la chirurgie ambulatoire.

Question 3.

Quelle est la réaction des patients lorsque vous leur dites qu'ils pourraient rentrer à la maison la journée même ?

Les patients sont souvent étonnés lorsqu'on leur explique qu'ils pourraient recevoir leur congé pour la maison le jour de leur intervention. En fait, même ceux qui ne sont pas admissibles à une chirurgie d'un jour sont généralement surpris quand on leur dit qu'ils obtiendront probablement leur congé en dedans de 24 à 48 h.

Au-delà des craintes suscitées par le diagnostic de cancer, il est certain que le traitement chirurgical lui-même soulève des inquiétudes. Ces dernières proviennent sans doute de la peur de l'inconnu, d'une part, et de certaines préconceptions parfois erronées, d'autre part. Les patients peuvent s'imaginer une chirurgie avec de grosses incisions douloureuses nécessitant une hospitalisation prolongée de plusieurs jours, pour en avoir vécu l'expérience avec des proches ou en avoir entendu parler dans les médias ou ailleurs.

Alors que ce fut souvent le cas autrefois, de nos jours, ces cas sont inhabituels et il s'agit en général de situations d'exception. La surprise cède couramment la place au soulagement, surtout dans les heures suivant la chirurgie, lorsque les patients constatent eux-mêmes qu'ils sont prêts à rentrer à la maison.

À propos de D^r George Rakovich



D^r Rakovich est un médecin spécialiste dont la pratique clinique couvre le domaine de la chirurgie thoracique et ses intérêts se concentrent sur le cancer du poumon en général et les techniques avancées minimalement invasives en particulier.

En partenariat avec Polytechnique Montréal, un établissement d'enseignement supérieur d'ingénierie affilié à l'Université de Montréal, D^r Rakovich supervise plusieurs étudiants et il codirige un programme de recherche portant sur la biomécanique des lignes d'agrafes de résection pulmonaire et parenchymateuse. Il développe également un programme de recherche axé sur les techniques avancées d'imagerie, y compris la réalité virtuelle et augmentée en chirurgie pulmonaire.

D^r Rakovich est aussi titulaire d'une maîtrise en éducation médicale et a un vif intérêt pour l'éducation médicale internationale.

Source: Julie Ann Sosa. Juin 2022. « [The World Journal of Surgery Welcomes Dr George Rakovich to the Editorial Board](https://doi.org/10.1007/s00268-022-06614-w) », *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06614-w>.

Question 4.

Quels critères doivent être respectés pour qu'un patient reçoive son congé de l'hôpital le jour même ?

Tout d'abord, l'opération doit s'être bien déroulée, sans événement inattendu qui pourrait susciter des inquiétudes et nécessiter une observation jusqu'au lendemain; par exemple, une résection plus étendue qu'anticipée, ou encore un événement hémorragique intraopératoire. Ensuite, il faut une période d'observation suffisante dans les heures suivant l'opération pour s'assurer de l'absence de complication. C'est la raison pour laquelle ces cas sont effectués le matin. Pour l'instant, tous ces patients ont un drain thoracique, dont le rôle est d'évacuer le liquide et l'air résiduel de la cage thoracique en période postopératoire. On commence par noter l'absence de saignement par le drain thoracique. Puis, on s'assure que les lignes de transection pulmonaire sont bien scellées, ce qu'on peut constater par l'absence de fuite aérienne dans le système de drainage thoracique. Quand ces deux conditions sont satisfaites et concordent avec une vérification radiographique, le drain peut être retiré au chevet.

...

« [...] nous avons bénéficié de l'aide précieuse de nos équipes d'anesthésiologistes, d'inhalothérapeutes et de soins infirmiers, qui avaient l'expérience de programmes similaires dans d'autres spécialités chirurgicales. En fait, c'est cet effort collectif qui représente à mon sens la véritable innovation, plus que des questions de techniques chirurgicales proprement dites. »

Ensuite, il faut s'assurer d'un bon contrôle de la douleur. Cet élément est primordial, car il permet une respiration aisée et une toux efficace. C'est la clé pour prévenir l'accumulation de sécrétions respiratoires et l'atélectasie. À cet effet, nos équipes utilisent des techniques avancées d'anesthésie locorégionale.

Question 5.

À votre avis, est-ce que l'allongement des listes d'attente, notamment en raison du ralentissement des activités opératoires imposé par la pandémie, a eu une influence sur l'évolution des pratiques opératoires et, si oui, comment ?

Les contraintes imposées par la pandémie ont mis à l'épreuve les équipes chirurgicales dans leurs efforts pour répondre aux besoins des patients. Ce fut un élément déterminant dans le développement de notre programme de chirurgie pulmonaire ambulatoire. Cependant, il est très important de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un programme qui a été développé du jour au lendemain. À mon sens, c'est en fait l'aboutissement naturel de nos progrès en chirurgie pulmonaire minimalement effractive effectués au cours des dernières années. En d'autres mots, tous les éléments étaient déjà réunis pour permettre d'envisager la chirurgie pulmonaire ambulatoire, qui constituait en quelque sorte la prochaine étape dans l'évolution de la chirurgie minimalement effractive à l'HMR. Il s'agissait maintenant d'agencer tous ces éléments et de formaliser un programme structuré qui nous permettrait de procéder tout en assurant la sécurité des patients. Pour ce faire, nous avons bénéficié de l'aide précieuse de nos équipes d'anesthésiologistes, d'inhalothérapeutes et de soins infirmiers, qui avaient l'expérience de programmes similaires dans d'autres spécialités chirurgicales. En fait, c'est cet effort collectif qui représente à mon sens la véritable innovation, plus que des questions de techniques chirurgicales proprement dites.

Question 6.

Est-ce réaliste d'entrevoir que la chirurgie ambulatoire sera aussi accessible pour les cas plus complexes de chirurgie oncologique pulmonaire et, si oui, pourquoi ?

Les facteurs limitants demeurent le contrôle de la douleur et la possibilité de fuite aérienne à travers les lignes de transection pulmonaire. La possibilité de fuite d'air nécessite l'utilisation d'un drain thoracique pour tous les cas, car autrement cela peut mener à un affaissement du poumon. En général, plus la résection est étendue, plus les fuites aériennes sont fréquentes. Elles sont aussi plus courantes dans les cas où le poumon est

très fragile, comme dans l'emphysème. L'évolution des agrafeuses chirurgicales, qui sectionnent et scellent le tissu pulmonaire en un geste, ainsi que le développement de tissus de renforcement et de scellants ont permis de diminuer, mais pas encore d'éliminer ces fuites. Je travaille d'ailleurs avec une équipe de chercheurs et d'étudiants de Polytechnique Montréal pour tenter d'apporter des solutions à cette problématique.

D'un autre côté, les approches minimalement effractives et les techniques modernes d'anesthésie locorégionale appliquées à la chirurgie thoracique ont entraîné des avancées substantielles dans la gestion de la douleur postopératoire. Dans la mesure où on peut espérer une poursuite des progrès dans ces différents domaines, on peut également anticiper la possibilité de chirurgie ambulatoire pour des cas de résections pulmonaires plus complexes.

En terminant, quel message d'espoir aimeriez-vous laisser aux personnes atteintes d'un cancer pulmonaire et aux proches qui les accompagnent ?

Le diagnostic de cancer est déjà une source énorme de stress, mais on peut heureusement minimiser le stress occasionné par les traitements. Les avancées récentes et futures font en sorte que nous sommes — et serons de plus en plus souvent — en mesure de proposer des traitements efficaces qui occasionnent moins de perturbation dans la vie courante des patients et qui leur permettent de reprendre leurs activités normales le plus rapidement possible. ✨





Discutons de blocs paravertébraux et de mastectomie avec D^{re} Ariane Clairoux

Au moment de réaliser l'entrevue (juillet 2022), le nombre de personnes hospitalisées pour la COVID-19 repartait à la hausse dans les hôpitaux du Québec, mais les équipes du bloc opératoire s'affairaient toujours à rattraper les retards chirurgicaux imposés par la pandémie. Parmi les stratégies mises en place afin de réduire les listes d'attente, soulignons le recours aux blocs paravertébraux, plutôt qu'à l'anesthésie générale, pour les cas de mastectomie.

Afin d'en apprendre davantage sur cette approche anesthésique, nous avons fait appel à D^{re} Ariane Clairoux, anesthésiologiste spécialisée en anesthésie régionale à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et chercheuse au centre de recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, professeure adjointe de clinique à l'Université de Montréal. Nous la remercions très sincèrement d'avoir accepté de répondre à nos questions.

Question 1.

Comment vous est venue l'idée d'anesthésier vos patientes en utilisant les blocs paravertébraux pour l'ablation d'un sein ?

J'ai vu une patiente âgée avec une MPOC très sévère et une hypertension pulmonaire sévère en clinique préopératoire pour une mastectomie de propreté, donc une chirurgie à visée palliative uniquement. Malgré sa condition, elle était très active et avait une impressionnante qualité de vie qu'il fallait préserver. Une anesthésie générale, avec tous les risques que cela comportait en postopératoire étant donné sa condition cardio-

pulmonaire, n'était pas souhaitable. Aucun de mes collègues n'était formé pour faire des blocs paravertébraux à cette époque, nous avons tout de même procédé avec une épidurale et la patiente s'en est très bien sortie. Je suis donc partie en postdoctorat avec comme objectif clair de me former en blocs paravertébraux.

Les blocs paravertébraux sont une ancienne technique qui s'effectuait «à l'aveugle» selon des repères anatomiques. Étant donné que l'injection se fait à quelques millimètres de la plèvre, la peur du pneumothorax (bien que peu fréquent dans les faits) prenait généralement le dessus et cette technique a rapidement été reléguée aux oubliettes. Avec l'avènement de l'anesthésie régionale échoguidée avec des appareils hyperperformants, cette technique, effectuée à l'échographie plutôt qu'à l'aveugle, a discrètement refait surface. Dans la littérature scientifique, le peu d'articles qui portent sur le sujet prédisait le retour de cette technique, étant donné ses multiples avantages, en 1999, en 2006... C'est finalement en 2020 que s'est opéré le retour, au Québec du moins ! Cela demeure cependant un bloc que l'on qualifie d'avancé, qui requiert une excellente maîtrise de l'échographie et de l'anesthésie régionale en général. Cela requiert une courbe d'apprentissage, mais qui s'effectue assez rapidement pour les anesthésistes avec une expérience en anesthésie régionale.

À mon retour de postdoctorat, cette technique était offerte aux patientes chez qui une anesthésie générale n'était pas souhaitable (p. ex. : MPOC sévère, apnée du sommeil, hernies cervicales symptomatiques non opérées, voies aériennes qui représentent un défi, etc.). Cependant, les blocs paravertébraux n'étaient pas offerts à toutes les patientes qui se

présentaient pour subir une mastectomie. Étant donné la difficulté technique à réaliser ces blocs, les anesthésistes habilités à en faire se comptaient sur les doigts d'une main à Maisonneuve-Rosemont et ils étaient tout aussi rares dans le reste de la province.

Au tout début de la pandémie, quand nous ne savions pas à quoi nous avions affaire comme virus, quand il n'y avait pas de masques ni de tests, nous avons instauré des protocoles pour minimiser la production d'aérosols lors de l'instrumentation des voies aériennes supérieures et lors de l'urgence. Ces protocoles allongeaient énormément les durées d'anesthésie en salle d'opération. En procédant avec des anesthésies générales, nous aurions dû annuler au minimum 50 % des cas de la journée. J'ai pris l'ascenseur avec le chirurgien ce matin-là avant de commencer la journée et je lui ai dit que j'allais offrir aux patientes de subir leur intervention sous anesthésie régionale plutôt que sous générale. Elles ont toutes accepté sans hésitation.

Question 2.

À quelles patientes pouvez-vous offrir les blocs paravertébraux ?

À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, les blocs paravertébraux sont offerts à la quasi-totalité des patientes subissant une mastectomie ou d'autres chirurgies du sein à visée reconstructive par exemple.

La grande majorité des anesthésistes de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sont formés pour faire des blocs paravertébraux. Nous nous assurons que l'anesthésiste attiré à cette salle chaque jour est en mesure de proposer la technique aux patientes.

Les patientes exigent maintenant cette technique anesthésique et c'est important pour nous de respecter cette demande dans la mesure du possible et de leur offrir un haut niveau de satisfaction. La mastectomie est souvent l'aboutissement d'un long parcours de soins et d'obstacles, accompagné de montagnes russes émotionnelles. C'est important pour notre équipe de guider les patientes et de rendre l'expérience de cette chirurgie — qu'elles attendent toutes depuis longtemps — la plus agréable possible.

Dans plusieurs hôpitaux à travers le Québec, plusieurs anesthésistes sont maintenant formés à cette technique anesthésique et sont en mesure d'offrir des blocs paravertébraux à leurs patientes.

Question 3.

Quelle est la réaction des patientes lorsque vous leur dites qu'elles pourraient être éveillées au moment de la chirurgie ?

Les patientes subissant des chirurgies oncologiques du sein sont généralement très informées et s'impliquent activement dans leur parcours de soins. Souvent, leur chirurgien les a informées de la technique et l'a chaudement recommandée, ou elles en ont discuté avec d'autres patientes pendant leurs épisodes de soins, entre autres. Nous avons même eu une patiente récemment, qui a refusé de se faire opérer dans un autre centre hospitalier de la ville, car ils n'offraient pas les mastectomies sous blocs paravertébraux.

Certaines patientes choisissent la chirurgie sous blocs paravertébraux sans sédation, mais la grande majorité choisit de recevoir une sédation, en plus des blocs paravertébraux. Avec une sédation, le sommeil est

À propos de D^{re} Ariane Clairoux



Après un an de surspécialité en anesthésiologie régionale à l'Université d'Ottawa, D^{re} Clairoux a commencé à exercer sa profession à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal en 2017, l'endroit même où son père, otorhinolaryngologiste (ORL) et chirurgien, travaillait.

Dès 2020, soit au début de la pandémie, son expertise a été rapidement mise à profit. Pendant la période de délestage imposée dans les hôpitaux, seules les chirurgies oncologiques ambulatoires étaient autorisées. Puisque D^{re} Clairoux travaillait précisément auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein, elle pouvait donc poursuivre son travail d'anesthésiologiste.

Aujourd'hui, D^{re} Clairoux estime que cette expérience lui a permis d'asseoir son leadership et de prouver qu'il est possible d'améliorer sa pratique en usant de créativité et de confiance en soi.

Source : Suzanne Blanchet. Été 2021. « [Un exploit en pleine pandémie](#) ». *Le spécialiste*, p. 18-20, Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

agréable et confortable, les avantages demeurent les mêmes, soit moins de nausées et vomissements postopératoires, un départ plus rapide à domicile après la chirurgie, pas d'intubation ou d'instrumentation des voies aériennes et un meilleur soulagement de la douleur.

La reconnaissance ultime quant à moi est lorsqu'une patiente revient pour une chirurgie du sein subséquente et qu'elle exige la même technique anesthésique. Cette situation survient dans la plupart des cas !

Question 4.

Est-ce qu'il y a des avantages collatéraux à l'utilisation de cette technique d'anesthésie ?

Les autres avantages sont que nous sommes capables d'opérer plus de patientes qu'avant en une même salle d'opération, pendant une journée (jusqu'à 9 !). De cette efficacité augmentée résulte le fait que nous n'avons accumulé aucun retard et que nous avons même réduit à zéro la liste d'attente des mastectomies, en pleine pandémie. En optant pour cette technique, les patientes ne le savent pas généralement, mais c'est une façon de « redonner à la suivante », car en opérant plus de patientes en moins de temps, les suivantes sont aussi opérées plus rapidement.

« De constater l'engouement suscité par des initiatives comme la nôtre et tous les bénéfices que d'autres femmes en rapportent me réconcilie avec ce pan de notre société. »

Pendant la pandémie, le fait de choisir cette technique a aussi conféré un sentiment de protection et de valorisation au personnel de la santé qui se sentait « protégé » par le fait qu'il y avait moins d'aérosols générés.

Finalement, le fait de rendre cette technique plus accessible par un grand nombre d'anesthésistes a aussi permis d'élargir son indication à d'autres chirurgies : des chirurgies de reconstruction du sein, des chirurgies thoraciques ou des chirurgies abdominales par exemple.

Question 5.

Quels sont les risques de complication ?

Les risques de pneumothorax sont les premiers qui viennent en tête pour toute technique qui s'approche de la plèvre. Une étude récente a cependant évalué que le risque de pneumothorax associé à chaque niveau de bloc paravertébral lorsque fait à l'échographie était de 0,01 %, donc très faible. Tout bloc comporte aussi un risque faible de saignement, d'hématome ou d'infection qui est difficile à chiffrer, mais qui est très rare. Il y a aussi un certain inconfort associé à la technique, on doit faire quelques injections (1 à 5) selon les patientes et selon la chirurgie. Une sédation légère est administrée aux patientes et la peau est insensibilisée pour minimiser le plus possible cet inconfort. Malgré cela, les bénéfices dépassent largement les risques.

Question 6.

Une étude clinique a été menée afin de valider objectivement les résultats espérés intuitivement. Elle a été publiée dans le Journal canadien d'anesthésie le printemps dernier. En quelques mots, comment résumer les résultats obtenus ?

Les patientes qui ont reçu des blocs paravertébraux pour une chirurgie de cancer du sein dans le groupe intrapandémie étaient prêtes à quitter l'hôpital plus tôt, ont passé moins de temps en salle de réveil et ont ressenti moins de nausées et vomissements postopératoires (NVPO) que celles qui ont reçu une anesthésie générale (AG) dans le groupe prépandémie.

Pour en savoir plus

CLAIROUX, A., SOUCY-PROULX, M., PRETTO, F. et collab. Avril 2022. « [L'anesthésie régionale en tant que pratique intrapandémique: une étude de cohorte historique chez des patientes bénéficiant d'une chirurgie de cancer du sein](https://doi.org/10.1007/s12630-021-02182-0) / Intrapandemic regional anesthesia as practice: a historical cohort study in patients undergoing breast cancer surgery ». *Journal canadien d'anesthésie / Canadian Journal of Anesthesia*. 69, 485-493 (2022). <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02182-0>



Avec des temps d'attente de plus en plus longs pour l'accès à la chirurgie, des préoccupations liées aux interventions génératrices d'aérosols et les recommandations d'éviter l'AG lorsque possible, les blocs paravertébraux ont offert des avantages aux patientes et aux équipes médicales comme principale modalité anesthésique pour la chirurgie de cancer du sein.

Question 7.

Est-ce que les résultats obtenus ont suscité de l'intérêt auprès de vos pairs anesthésiologistes ?

Oui. Tout cela a suscité beaucoup d'intérêt de la part du grand public, mais aussi auprès de l'Association des anesthésiologistes du Québec (AAQ). J'ai présenté à des centaines d'anesthésistes, ce qui a aidé à faire connaître la technique dans plusieurs centres à travers le Québec. Nous offrons aussi des formations d'une journée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour des anesthésistes qui voudraient une formation terrain sur le sujet.

Dans les médias

[Une nouvelle technique d'anesthésie révolutionne les mastectomies](#) dans *La Presse*

[Mastectomies: des anesthésies locales plutôt que générales](#) au 98,5 FM

En terminant, que retenez-vous personnellement de cette expérience professionnelle ?

Nous avons récemment reçu un don extrêmement généreux d'une patiente et ça me réjouit au plus haut point que des femmes en soutiennent d'autres. Comme femme, il n'est pas toujours facile de naviguer dans le système de santé en 2022, à titre de patiente et de professionnelle de la santé. De constater l'engouement suscité par des initiatives comme la nôtre et tous les bénéfices que d'autres femmes en rapportent me réconcilie avec ce pan de notre société. ✨



Inspirer, expirer, respirer — ça coute combien ? Savoir ventiler les frais chargés à vos patients

par **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, associée Fasken Martineau DuMoulin S.E.N.C.R.L.
et **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, OPIQ

D'année en année, le syndic est interpellé par des clients qui se disent insatisfaits des frais exigés par certains inhalothérapeutes pour leurs services. Très souvent, les reproches font suite à une communication imprécise, incomplète ou carrément inadéquate avec le client, ce qui engendre une mauvaise compréhension de ce dernier quant au processus de facturation ou à l'étendue et à la nature des tarifs demandés.

Cela soulève des questionnements quant aux bonnes pratiques commerciales des inhalothérapeutes en cause. Mais, au-delà de cet aspect qui ne relève pas de la compétence du syndic, ce genre de situation pose aussi problème en regard des obligations déontologiques imposées aux membres de l'OPIQ.

Pour rappel, le *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* prévoit l'obligation d'établir une relation de confiance avec son client, d'agir avec intégrité et de fournir les explications nécessaires aux services rendus (art. 9, 10 et 13). À propos des honoraires, le code de déontologie définit le cadre suivant :

30. L'inhalothérapeute doit demander et n'accepter que des honoraires justes et raisonnables, justifiés par les circonstances et proportionnés aux services rendus.
31. L'inhalothérapeute doit notamment tenir compte des facteurs suivants pour la fixation des honoraires :
 - 1° son expérience ;
 - 2° le temps consacré à l'exécution du service professionnel ;
 - 3° la difficulté et l'importance du service ;
 - 4° la prestation de services inhabituels ou exigeant une compétence ou une célérité exceptionnelle.
32. L'inhalothérapeute doit fournir au client toutes les explications nécessaires à la compréhension de son relevé d'honoraires et des modalités de paiement.
33. Dans la mesure du possible, l'inhalothérapeute doit prévenir le client du cout prévisible de ses services avant de les rendre.

...

« [...] l'inhalothérapeute serait avisé de ventiler ses honoraires en divisant les frais pour les services cliniques, les frais administratifs, les honoraires professionnels, les équipements et les fournitures médicales. »

- 33.1. L'inhalothérapeute qui exerce sa profession au sein d'une société doit s'assurer que les honoraires relatifs aux services professionnels fournis par des inhalothérapeutes sont toujours indiqués distinctement sur toute facture ou tout relevé d'honoraires que la société transmet au client.
- 33.2. Lorsque l'inhalothérapeute exerce sa profession au sein d'une société par actions, les honoraires relatifs aux services professionnels qu'il a rendus au sein de cette société et pour le compte de celle-ci appartiennent à cette société, à moins qu'il n'en soit convenu autrement.
34. L'inhalothérapeute doit s'abstenir d'exiger à l'avance le paiement de ses honoraires professionnels. Par une entente écrite avec le client, il peut cependant exiger une avance pour couvrir le paiement des débours nécessaires à l'exécution des services professionnels requis.
35. L'inhalothérapeute ne peut recevoir d'intérêts sur les comptes en souffrance qu'après en avoir dument avisé le client. Les intérêts ainsi exigés doivent être d'un taux raisonnable.

Ces dispositions rappellent aux inhalothérapeutes qu'ils doivent :

- ① prévenir le client du cout prévisible de ses services avant de les rendre;
- ② s'abstenir d'exiger à l'avance le paiement de ses honoraires;
- ③ demander et n'accepter que des honoraires justes et raisonnables, justifiés par les circonstances et proportionnels aux services rendus;
- ④ s'assurer que les honoraires relatifs aux services professionnels rendus par des inhalothérapeutes qui exercent en société sont toujours indiqués distinctement sur toute facture ou tout relevé d'honoraires;
- ⑤ fournir au client toutes les explications nécessaires à la compréhension du relevé d'honoraires et des modalités de paiement.

Puisqu'il est du devoir de l'inhalothérapeute d'informer le client à l'avance du cout prévisible de ses services, encore faut-il qu'il existe une communication claire à ce chapitre. Dans la mesure du possible, un écrit établissant les montants estimés et remis au client constituerait une bonne pratique. Cet écrit devrait mentionner et établir la fréquence et la période couverte par les services.



Également, l'inhalothérapeute serait avisé de ventiler ses honoraires en divisant les frais pour les services cliniques, les frais administratifs, les honoraires professionnels, les équipements et les fournitures médicales. Il est important de bien définir les services rendus et de les distinguer des équipements vendus.

Une facture avec un montant global est donc une pratique à proscrire puisqu'elle ne permet pas d'évaluer si les honoraires facturés au client sont notamment « justes et raisonnables » ou « proportionnés aux services rendus ».

Voilà, en résumé, quelques bonnes pratiques qui vous sont recommandées. Elles sont non seulement conformes à vos obligations déontologiques, mais elles contribueront à démontrer votre professionnalisme et à donner confiance à vos clients, tout en leur évitant de mauvaises surprises qui pourraient vous mettre à risque. ✨

Félicitations aux lauréats et lauréates !

Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec

Sylvie Gagnon, inhalothérapeute

Dans l'ordre habituel > monsieur Alain Bernier, trésorier, CIQ,
madame Sylvie Gagnon et monsieur Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ



Prix Élane-Trottier

Jessie Lepage, inhalothérapeute de vol
chez Airmédic

Dans l'ordre habituel > mesdames Julie Bouchard et Isabelle Groulx,
respectivement présidente et vice-présidente, FIQ, madame Jessie
Lepage et monsieur Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ



Prix Roméo-Soucy

Stéphane Delisle, inhalothérapeute, Ph. D., FCCM,
directeur général au Collège Ellis

Dans l'ordre habituel > messieurs Shelby-Étienne Odigé, directeur
partenariats professionnels et étudiants, Banque Nationale,
Stéphane Delisle et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ



Félicitations aux lauréats et lauréates !

Prix Luc-Perreault

Équipe d'inhalothérapeutes en anesthésie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dans l'ordre habituel > Dr François Gobeil, anesthésiologiste, représentant l'Association des anesthésiologistes du Québec, madame Marie-Claude Bernier (qui a accepté le prix au nom de l'équipe) et monsieur Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ



Prix Jacqueline-Gareau

Érica Joncas, inhalothérapeute au Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord, CISSS de la Côte-Nord

Dans l'ordre habituel > mesdames Érica Joncas, à l'écran, et Sylvie Lessard, directrice de comptes développement des affaires, Beneva



Diplômes honorifiques OPIQ

Dr Jean-Bernard Trudeau et Dr François Marquis ont reçu un diplôme honorifique pour leur contribution exceptionnelle à la reconnaissance, à la valorisation et à la promotion de la profession d'inhalothérapeute

Dans l'ordre habituel >
Dr Jean-Bernard Trudeau et monsieur
Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ

Dans l'ordre habituel >
Dr François Marquis et monsieur
Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ





La médaille *Mérite du CIQ*

Dans l'ordre habituel > monsieur Alain Bernier, trésorier, CIQ,
madame Sylvie Gagnon et monsieur Jocelyn Vachon,
président de l'OPIQ



Profession: inhalothérapeute

Sylvie Gagnon honorée du prix *Mérite du CIQ* 2022



par **Line Prévost**, inh., B.A., réd. a., OPIQ

L'OPIQ a rendu hommage à madame Sylvie Gagnon, lors du banquet de clôture du congrès le 1^{er} octobre dernier, en lui remettant le Mérite du CIQ 2022 en reconnaissance de sa contribution au développement et au rayonnement de la profession.

Inhalothérapeute diplômée de la promotion 1983 du Collège de Rosemont, Sylvie commence sa carrière concurremment au CHU Sainte-Justine, à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et à la Cité-de-la-Santé de Laval. Peu à peu, son amour des enfants prend le dessus et c'est à Sainte-Justine qu'elle installe finalement sa pratique clinique. Elle s'y démarque par sa bienveillance, sa douceur, son empathie et par l'excellence de son travail. Elle y restera jusqu'en 2000. De sérieux problèmes de santé l'obligent alors à se réorienter. Résiliente, il est hors de question pour elle d'abandonner la profession. Ayant à cœur la qualité et la sécurité des soins, le développement et la reconnaissance de la profession, elle joint, en 2003, l'équipe de l'inspection professionnelle. C'est ainsi que depuis près de 20 ans, ne pouvant plus traiter directement la patientèle, elle continue de la protéger avec une pratique axée sur les compétences et l'amélioration de l'exercice.

Dès les débuts de sa carrière, Sylvie s'est démarquée par son professionnalisme, son enthousiasme, son dévouement et son souci de la compétence et de l'amélioration de la pratique. Inspectrice responsable des équipes lors des visites d'inspection clinique, elle a sillonné la province à plus d'une reprise pour réaliser son mandat et a visité presque tous les hôpitaux du Québec. Depuis plus de 10 ans, elle siège au comité d'inspection professionnelle (CIP) à titre de vice-présidente.

À ce titre, elle participe activement à une refonte complète du mécanisme de surveillance de l'exercice... deux fois plutôt qu'une ! Constatant à l'affût des meilleures pratiques, elle fonde ses interventions sur les dernières données scientifiques dans un objectif d'amélioration visant l'excellence. Elle les partage avec ses collègues au fil de ses collaborations à de nombreux ouvrages publiés par l'Ordre : normes, standards et guides de pratique. Toujours disponible et accessible, autant pour ses pairs de l'inspection que pour les membres, Sylvie accepte, avec un plaisir évident, tous les projets qui lui permettent de contribuer à l'optimisation de la pratique. Pédagogue hors pair, elle a formé bon nombre de stagiaires en inhalothérapie lors de leur passage à Sainte-Justine, de même que tous les nouveaux membres de l'équipe de l'inspection depuis 10 ans.

Depuis près de 40 ans, Sylvie participe activement à l'avancement et au rayonnement de la profession, de même qu'à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité de la pratique par son implication au comité d'inspection professionnelle.

À la lumière de ses actions tout au long de sa carrière, vous constaterez qu'elle répond entièrement aux critères de sélection. En lui décernant le *Mérite du CIQ* 2022, le conseil d'administration de l'OPIQ et toute la communauté des inhalothérapeutes souhaitent ainsi saluer son professionnalisme et son engagement profond envers l'Ordre et ses membres. À l'aube de sa retraite, il s'agit d'un hommage légitime et d'une reconnaissance professionnelle pleinement méritée.

Nos sincères félicitations Sylvie !



SYLVIE GAGNON

Dans un format que nous désirons distrayant, nous vous offrons par cette chronique, l'occasion de mieux connaître madame Sylvie Gagnon, lauréate du Mérite du CIQ 2022.

Sylvie lors de la remise du prix Mérite du CIQ 2022 ▷



Occupation : inhalothérapeute et inspectrice administrative.

Âge : 62 ans.

Lieu de travail : OPIQ.

Statut : en couple

Lu : la série de sept romans *Les sept sœurs* de Lucinda Riley.

Vu : je ne me lasse jamais de visionner des documentaires ou des émissions de voyages partout à travers le monde.

Voulu : faire la différence pour quelqu'un ou pour une cause.

Reçu (cadeau, conseil, etc.) : de belles valeurs de la part de mes parents. Ils m'ont toujours inspirée et motivée à me respecter et à respecter les autres, à me dépasser et à ne jamais lâcher.

Sur une île déserte, vous apportez : de l'eau douce, de la lecture et du chasse-moustique (ma plus grande bataille depuis quelques années!).

Un voyage inoubliable : Compostelle, pour les nombreuses rencontres et pour le dépassement de soi.

Votre plus belle réussite personnelle : malgré ma maladie (polymyosite), être rendue là où je suis aujourd'hui et avoir eu l'audace et la chance d'écrire mon livre (*Quand tout bascule*) afin d'aider et d'informer des personnes qui, comme moi, sont atteintes d'une maladie orpheline.

Votre plus belle réussite professionnelle : après presque 40 ans dans le milieu de la santé, avoir toujours la passion pour ma profession et la partager avec mes collègues et mes pairs par divers accomplissements (formations, conférences, etc.).

Un remède quand tout semble difficile : prendre du recul et aller marcher.

Un objectif à atteindre : écrire un deuxième livre.

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes : affirmer leur fierté d'être inhalothérapeute, ne jamais sous-estimer le travail d'équipe, car ensemble nous pouvons déplacer des montagnes et surtout, toujours garder le patient au centre de leurs interventions.

Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez : enseignante, sans contredit.

Le bonheur pour vous, c'est quoi ?
Me lever chaque matin en remerciant la vie d'être la personne que je suis devenue. C'est aussi et surtout le bien-être.

En terminant, je vous offre une recette, toute simple, tirée de mon livre édité en 2007 :

*Prendre la vie, une journée
ou un événement à la fois ;*

*Bouger pour toutes les fois
où la faiblesse prenait toute la place ;*

*Dire et réagir, quand les choses
ne me conviennent pas ;*

Rire ou sourire plus d'une fois par jour ;

*M'entourer d'amour et en donner
autant que mon cœur le permet.*

Sylvie Gagnon
2022/09/21



Ensemble contre la COVID

Les héros de la vaccination

A lors que la planète entière est toujours occupée à combattre le virus, des héros de la vaccination demeurent présents pour administrer les vaccins.

Cet album de bande dessinée (BD) témoigne de la précieuse contribution de centaines, voire de milliers, de professionnels de différents horizons, au Québec, qui ont permis d'accélérer le rythme d'administration des vaccins en maintenant les professionnels de la santé, dont les inhalothérapeutes cliniciens, là où leur présence s'avérerait essentielle.

Il vous transportera au cœur même des **30 professions du domaine de la santé humaine et animale** autorisées à vacciner durant la pandémie. Pour immortaliser cette mobilisation et cette fierté, **Mario Malouin, illustre dessinateur québécois**, a dessiné un(e) représentant(e) de chacune des 30 professions, pour mettre en évidence et mieux faire connaître sa pratique clinique au quotidien et son apport inestimable à la campagne de vaccination.

Un voyage unique et palpitant qui permettra au lectorat de constater la diversité des activités professionnelles de ces vaccinateurs et vaccinatrices et de mesurer pleinement leur contribution exceptionnelle. Vous découvrirez aussi toute la fierté qui les animait tous, à travers des **témoignages empreints d'altruisme, de passion, de bienveillance, de moments tendres ou parfois drôles!** ✨



Note : tous les profits seront versés à l'organisme [Les Impatients](http://www.lesimpatients.ca)! qui vient en aide aux personnes avec des problèmes de santé mentale par la voie de la création artistique, dont des ateliers de bandes dessinées.

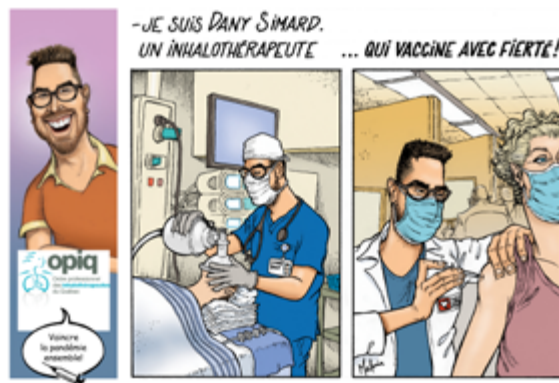
L'OPIQ remercie sincèrement monsieur Dany Simard qui, pour cette BD, s'est fait le porte-étendard des inhalothérapeutes qui vaccinent avec fierté.



Date de sortie
12 octobre 2022

Points de vente

- **Les Impatients: boutique en ligne**
(www.lesimpatients.ca)
- **Librairies du Québec**
- **Salon du livre de Montréal** (23 au 27 novembre 2022)





Assurance habitation : 4 conseils pour la tenir à jour

Magnifique, votre nouvelle cuisine ! Et refaire la plomberie du rez-de-chaussée s'est avérée une autre bonne idée. Savez-vous que ces changements influencent sans doute votre assurance habitation ? Voici des conseils en vue de votre renouvellement, pour que votre protection et son prix collent à vos besoins réels.

1. Rénos et gros travaux : indiquez-les à votre assureur

Bien des facteurs influencent le coût de votre assurance habitation : âge, secteur et dimensions de votre propriété, matériaux de construction utilisés, etc.

La couverture doit aussi tenir compte des sommes requises pour reconstruire votre maison en cas de sinistre – un incendie, par exemple. Pas surprenant alors que les rénos influent sur la valeur de votre résidence, vos protections et leur prix. Vous avez fini le sous-sol ou remplacé un vieux chauffe-eau cette année ? Signalez-le à votre assureur.

2. Mentionnez les installations importantes

Vos protections et leur coût dépendent aussi d'ajouts comme...

- du chauffage auxiliaire (foyer, poêle à bois ou au gaz, etc.)
- un système de sécurité relié à une centrale
- la pose d'un clapet antiretour, qui sert à prévenir les refoulements provenant des égouts municipaux

C'est parfois le genre d'atouts qu'un assureur considère pour revoir son prix à la baisse !

3. Protégez vos principaux achats de l'année

Depuis un an, vous avez acheté un bijou, des meubles, une œuvre d'art ? Vérifiez auprès de votre assureur si votre couverture comprend la valeur de tous vos biens, incluant les nouveaux. Pourriez-vous tout racheter en cas d'ennuis ?

Un cas concret

Cette année, Phil a enrichi le contenu de sa cave à vin avec plusieurs grands crus : bordeaux blancs, chablis... Il doit l'indiquer à son assureur, car sa collection gagne de la valeur sans être couverte. Un vol ou du vandalisme, par exemple, lui coûteraient très cher.

4. Déclarez tout changement de votre vie qui a un impact

Début d'une cohabitation, télétravail, séparation... Au-delà des changements matériels, des modifications dans votre style de vie ou dans l'organisation familiale entraînent elles aussi des besoins en assurance ou une révision de son coût.

La clé d'une maison bien protégée

L'assurance habitation n'est pas quelque chose de figé qu'on doit ajuster aux 15 ans. Elle doit évoluer avec vous. Même s'il devient tentant de ne pas signaler une nouveauté par peur d'une hausse de prix, c'est un faux calcul : en cas d'ennuis, l'assureur pourrait réduire le montant réclamé ou refuser votre réclamation si des changements importants n'étaient pas mentionnés. Le choix logique, c'est donc d'y voir pour garder vos protections à jour !

beneva

Gain en capital: comment ça fonctionne ?

Connaissez-vous les dépenses ou les déductions admissibles pour diminuer votre gain en capital? Voici des réponses à vos questions.

Comment fonctionne le gain en capital?

Le gain en capital vous permet de réaliser un bénéfice sur vos transactions, comme lorsque vous vendez votre chalet ou vos actions, par exemple. Toutefois, plusieurs règles s'appliquent.

Quelle est la définition du gain en capital?

Le gain en capital représente les profits que vous faites sur toute disposition (généralement une vente, mais cela peut aussi être une cession, une donation ou toute autre forme de transfert) de vos immobilisations, et que vous devez la plupart du temps intégrer dans votre déclaration de revenus annuelle.

Que sont les immobilisations? On parle notamment de chalets, de terrains, de matériel d'entreprise ou d'activité de location (qu'elle soit à grande ou à très petite échelle), ainsi que de vos actions, de vos obligations et de vos fonds communs.

Au Canada, 50 % de la valeur de tout gain en capital est imposable. Afin de réduire l'impact fiscal, il importe de bien comprendre et de maîtriser les règles qui l'encadrent. N'hésitez pas à en discuter avec votre comptable.

Comment calculer le gain en capital sur un immeuble?

Le calcul d'un gain en capital sur la vente d'un immeuble est relativement simple. Il s'agit du prix de disposition, moins le montant payé à la base, moins certaines dépenses encourues durant la période où vous étiez propriétaire et qui avaient pour fins d'améliorer le bien. On les appelle des dépenses en capital ou dépenses capitalisables.

Par exemple, si vous avez acheté un chalet au prix de 200 000 \$ et que vous le vendez 250 000 \$, votre gain en capital sera de 50 000 \$. Notez cependant que 50 % de ce montant est imposable. Vous seriez donc imposé sur un montant approximatif de 25 000 \$.

En outre, si vous donnez à vos enfants ce même chalet, toujours acheté au prix de 200 000 \$, mais que sa juste valeur marchande (JVM) est évaluée à 240 000 \$, on considérera que vous aurez généré un gain en capital de 40 000 \$. Vous serez aussi imposé, même dans une situation de donation. Et si vos enfants revendent le chalet 300 000 \$, ils seront également imposés sur les 60 000 \$ de profit supplémentaire.

En fait, seules les transactions comme les transferts entre conjoints ou pour une résidence principale peuvent éviter l'imposition sur le gain en capital. Vous devrez cependant payer de l'impôt sur les profits réalisés au moment de la vente de toute autre résidence.

Quelle est la définition du gain en capital?

Le taux d'imposition varie selon la situation et certains critères, notamment la province ou le territoire où vous demeurez et votre revenu annuel. La portion imposable du gain en capital s'ajoute à tous les autres revenus imposables du contribuable. C'est donc le total de vos revenus qui déterminera le palier d'imposition (taux marginal) applicable.

Comment bien gérer votre gain en capital?

Contacté un conseiller financier, un fiscaliste, un comptable ou un gestionnaire de patrimoine pourrait s'avérer rentable si vous envisagez de générer des gains en capital et si vous possédez des placements avec dividendes.

Un spécialiste pourra vous conseiller de déclarer une perte en capital ou de vendre des titres perdants pour compenser des gains, à un moment stratégique. Par ailleurs, si vos entrées d'argent ne sont pas constantes, vous pourriez réaliser vos gains l'année où vos revenus sont inférieurs, ce qui vous permettrait de profiter d'un taux d'imposition moindre.

En bref, ce qu'il faut retenir, c'est que chaque situation est unique et qu'il vaut mieux aller chercher l'aide d'experts en amont afin de maximiser vos revenus pour en profiter pleinement.

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les inhalothérapeutes à bnc.ca/professionnel-sante.



Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Rencontres avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (pérennisation des arrêtés touchant la réglementation professionnelle)

FIQ

- Rencontre avec la vice-présidente

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Assemblée des membres
- Assemblée générale
- Remise du prix du CIQ au Dr Jean-Bernard Trudeau
- Forum des directions générales
- Forum des présidents
- Forum sectoriel des présidents des ordres de la santé et des services sociaux
- Forum de l'admission
- Forum des syndicats

- Forum des responsables des dossiers de pratique illégale et usurpation de titre
- Groupe de travail sur les changements climatiques
- Groupe de travail sur la pénurie de main-d'œuvre au Québec
- Groupe de travail sur le développement d'outils relatifs aux obligations imposées aux ordres d'après le projet de loi n° 96 *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*
- Groupe de travail sur l'encadrement des systèmes d'intelligence artificielle (SIA)

Table de collaboration interordre de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage
- Comité organisateur du colloque sur l'interdisciplinarité

Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

- Rencontres comité exécutif
- Rencontre des représentants
- Rencontre du comité de pilotage de la révision du profil national des compétences (PNC)

INESSS

- Comité de suivi MPOC

Divers

- Rencontres avec les responsables de services en inhalothérapie
- Colloque Éducation | Formation | RH en santé et services sociaux : *se réinventer dans l'urgence pour un avenir meilleur*
- Conseil québécois sur le tabac et de la santé (CQTS) : l'encadrement des produits de vapotage en cessation tabagique

Notre offre pour les inhalothérapeutes devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages et privilèges à bnc.ca/professionnel-sante

Fière partenaire de



Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/professionnel-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada. © 2021 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.





Règlement sur la formation continue
Période de référence
 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2024



Le *Campus OPIQ* fête ses 15 ans! Pour l'occasion, il s'est refait une beauté. Une ligne graphique plus épurée qui améliore la performance et l'efficacité de la plateforme. À vous de la découvrir!

À noter, vous pouvez consulter les présentations *PowerPoint* (lorsqu'il nous est permis de les partager) de notre dernier congrès: sous « Communauté », choisir « Les répertoires de documents » dans le menu déroulant.



Vous souhaitez être informé par courriel quand l'OPIQ propose une activité, publie un nouveau document, une nouvelle édition de la revue ou lorsqu'une nouvelle formation est mise en ligne sur le *Campus OPIQ*?

Rien de plus simple... Abonnez-vous aux communications de l'OPIQ!

Connectez-vous à [votre dossier en ligne](#). De là, il vous sera possible de modifier vos informations à partir de la section **Tableau des membres** ▶ **Modifier vos renseignements**.

Le cancer

Lectures complémentaires

- **Gouvernement du Québec:** [Programme québécois de cancérologie](#)
- **Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS):** [Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi du cancer du poumon](#)
- **Société canadienne du cancer:**
 - [Stade et grade](#)
 - [Stadification du cancer](#)
 - [Stade du cancer du poumon non à petites cellules](#)

Les activités de formation sont en partie possible grâce à la contribution financière de **Beneva**, de **Johnson & Johnson** et de **Philips** (partenaires Or), de la **Banque Nationale** et de **Boehringer-Ingelheim** (partenaires Argent) du *Campus OPIQ*.

Suivez-nous sur nos médias sociaux et surveillez notre infolettre pour rester informés au sujet des activités de formation du *Campus OPIQ*. Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ: [Activités de formation externes à l'OPIQ](#)

questionnaire de **formation continue**

Veuillez prendre note que nous n'acceptons plus de questionnaire en format papier, vous devez le remplir sur le **Campus OPIQ** pour obtenir votre heure de formation continue.



La lecture des deux textes suivants est requise pour remplir le questionnaire de formation continue en ligne sur le Campus OPIQ.

- *Dépistage du cancer du poumon par TAFD: à quel patient le recommander (p. 23)*
- *Essais cliniques en oncologie (p. 30)*

01 **VRAI ou FAUX**

Le cancer pulmonaire est parmi les cancers les moins souvent diagnostiqués au pays.

02 **VRAI ou FAUX**

Plus de 50 % des cancers du poumon sont diagnostiqués au stade IV.

03 **VRAI ou FAUX**

Le taux de survie à cinq ans pour un cancer de stade IV est de 40 %.

04 **VRAI ou FAUX**

30 000 nouveaux cas de cancer du poumon pourraient s'ajouter d'ici la fin de l'année.

05 **VRAI ou FAUX**

La tomographie axiale à faible dose est le seul examen qui a démontré sa capacité à diminuer la mortalité causée par le cancer du poumon.

06 **VRAI ou FAUX**

La façon dont la maladie se développe et se traite est la même chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant.

07 **Parmi les énoncés suivants, lequel est vrai?**

- Environ 80 % des enfants atteints de cancer participent à un essai clinique.
- Environ 80 % des adultes atteints de cancer participent à un essai clinique.

08 **VRAI ou FAUX**

Contrairement aux adultes, les cancers infantiles ne sont pas étroitement liés à des facteurs de risque associés au mode de vie ou à l'environnement.

09 **Parmi les types de cancer suivants, lesquels sont plus fréquents chez les enfants de moins de 15 ans?**

- Leucémie et lymphomes
- Lymphomes et tumeur solides
- Leucémie et tumeurs solides
- Leucémie, lymphomes et tumeurs solides

10 **VRAI ou FAUX**

En oncologie pédiatrique, il y a davantage de garçons que de filles qui reçoivent un diagnostic de cancer.

Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 80 % pour la reconnaissance d'une heure de formation qui sera inscrite à votre dossier.

Je
ne
manque
pas d'air

I N H A L O T H É R A P E U T E

une carrière inspirante

carrière
inspirante
.com

