



l'inhalo

octobre 2014

DOSSIER

PNEUMOPATHIES INTERSTITIELLES DIFFUSES

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES
VENDREDI 31 OCTOBRE 2014 À 8 h 30

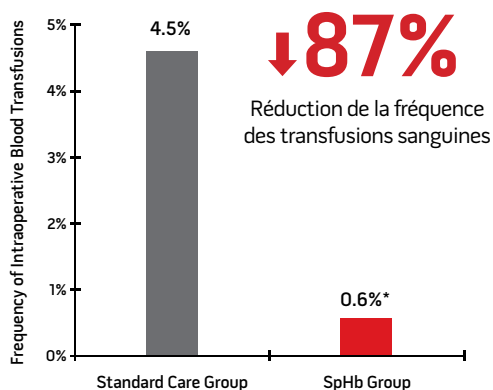
Optimisez les décisions de transfusion

avec le monitoring de l'hémoglobine non invasive et en continu (SpHb®)



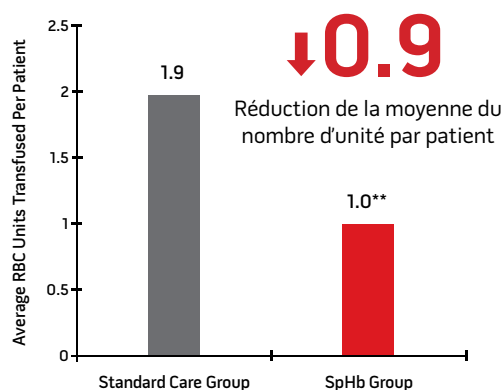
Améliorez la prise de décision centrée sur le patient avec une visibilité en temps réel de l'hémoglobine, qu'elle soit stable, en augmentation ou en diminution.

Impact de la SpHb dans les chirurgies avec perte de sang minime



Randomized controlled trial in 327 orthopedic patients.
*p=0.03 vs Standard Care Group

Impact de la SpHb dans les chirurgies avec beaucoup de perte de sang



Prospective cohort study in 106 neurosurgery patients.
**p<0.001 vs Standard Care Group

Le monitoring SpHb aide les cliniciens à réduire les transfusions sanguines dans les chirurgies que les pertes de sang soit petites ou grandes, et contribue également à initier des transfusions plus rapidement lorsque celles-ci sont vraiment nécessaires.

Pour en apprendre plus, veuillez visiter www.masimo.fr/hemoglobin



¹ Ehrenfeld JM, et al. American Society of Anesthesiologists. 2010;LB05. ² Awada WFN et al. Proceeding of the Society for Technology in Anesthesia Annual Meeting. 2013; p 51.

Mise en garde: la loi fédérale des États-Unis restreint la vente de cet appareil par ou sur prescription d'un médecin



L'assemblée générale annuelle des membres

Des circonstances exceptionnelles empêchant la publication de l'éditorial de la directrice générale, je profite de cet espace pour vous convier à l'assemblée générale annuelle des membres qui aura lieu le vendredi 31 octobre 2014 à 8 h 30 à la salle Louisbourg AB de l'auberge Godefroy à Bécancour.

Vous avez déjà reçu la version électronique du rapport annuel que je vous invite à lire. Vous serez ainsi à même de constater tout le travail accompli par la permanence, qui contribue à la réalisation de notre mission, et ce, dans le respect des valeurs organisationnelles.

L'AGA sera suivi d'une activité de formation de trois heures, où nous aurons le plaisir d'entendre deux spécialistes dans leur domaine respectif, qui viendront nous entretenir de résilience au stress et de la place d'Internet dans la pratique clinique.

L'accès à l'AGA est gratuit, mais une inscription est nécessaire pour l'activité de formation, car les places sont limitées.

Au plaisir de vous y rencontrer,



Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial
Président

POUR VOUS INSCRIRE À LA DEMI-JOURNÉE DE FORMATION, *cliquez ici*



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	6
Dossier	
Pneumopathies interstitielles diffuses	
La fibrose pulmonaire idiopathique...	
Idiote ou sympathique pathologie ?	8
La sclérodermie systémique	16
Chronique: déontologie	26
Finances	28

Place à la relève	
De la promotion à la prévention, d'une pierre deux coups !	24
À l'avant-scène	30
D'ordre juridique	31
Entrecroisé	33
Babillard	34
Questionnaire formation continue	36





AVANT-PROPOS

À bout de souffle...

Durant mes quelque 28 années de pratique clinique, je n'ai rencontré que deux patientes atteintes de sclérodermie, dont l'une, lors de mes stages, présentait la forme systémique avec une fibrose pulmonaire avancée. Je me souviens de ma stupeur en entrant dans la chambre : endormie, elle avait l'air d'une momie. Avec son visage inexpressif, figé, elle paraissait étonnamment jeune. Sa bouche aux lèvres presque inexistantes ne s'ouvrait qu'à moitié. Ses mains, reposant sur la couverture, étaient épaisses comme du cuir. Ses doigts bleutés refusaient de bouger, trop ankylosés. La peau de son dos était parcheminée et rappelait celle d'un grand brûlé...

Cette image m'est revenue alors qu'une collègue suggérait qu'un article portant la sclérodermie s'avérerait intéressant sur le thème de cette édition automnale.

Fibrose, du latin *fibra*-fil et du suffixe *ose*, élément du grec *ôsis*, désignant une augmentation, une production avec une idée d'excès. La fibrose implique donc une production pathologique de tissus fibreux dont les cibles sont des plus variables (foie, cœur, poumons, reins, peau, etc.) selon la maladie primaire. Les textes du dossier abordent deux pathologies, qui font partie de la famille des pneumopathies interstitielles

diffuses, mais que l'on rencontre moins souvent en pratique clinique, soit la fibrose pulmonaire idiopathique et la sclérodermie systémique.

Je vous invite aussi à lire la chronique déontologie, en page 26, portant sur les devoirs et obligations des professionnels, ainsi que le résumé de la présentation qui a valu à l'équipe du Collège de Valleyfield de remporter le concours *Place à la relève 2014* pour le Québec. Avec une relève aussi dynamique et impliquée, j'ai confiance en l'avenir de la profession !

Dans un autre ordre d'idée, au moment où j'écris ces lignes, me croirez-vous si je vous dis que j'ai vu des lumières et autres décorations de Noël dans certains commerces ? Et que les lutins en ont pris d'autres d'assaut ! Je suis restée sans voix... Fin août, l'été — quel été ? — n'est même pas terminé ! Restons zen...

Je souhaite à tous une rentrée sereine et tout en douceur !



Line Prévost inh.

Line Prévost, inh., réd. a.
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., DESS en enseignement collégial

Administrateurs

Josée Boudreau, inh., Brigitte Fillion, inh., Roselyne Héту, inh., Francine LeHouillier, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc., Julie Roy, inh., France St-Jean, inh., Isabelle Truchon, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Laurier Boucher, Louise Lafrenière, Guy Simard, Jean-Pierre Tremblay

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Président

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

1^{re} vice-présidente

Michèle Vincent Félix, inh.

2^e vice-présidente

Francine LeHouillier, inh.

Trésorière

Annie Quenneville, inh., B. Sc.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Laurier Boucher

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A., M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^{re} Andrée Lacoursière, DESS droit et politiques de la santé

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Sandra Di Palma, inh.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh., réd. a.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

Chargée de projet

Élaine Paré, inh., M.A.

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

Secrétaire à l'accueil et services aux membres

Lise Lafrance

Syndic

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

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh., réd. a.

Collaborateurs

Livia Battisti, inh., Alex Bougie, stg. inh., Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, M^{re} Andrée Lacoursière, Mireille Lévesque, inh., Cloé Marcl, stg. inh., Elaine Paré, inh., M.A., Sclérodermie Québec, Marise Tétreault, inh., M.A.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2014

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.

Photos des membres de l'OPIQ

Manon Prud'Homme, Photo Gariépy

Publicité

CPS Média

Jean-Philippe Thibault, conseiller publicitaire
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél.: (450) 227-8414 • Téléc.: (450) 227-8995
Courriel: jpthibault@cpsmedia.ca

Publication trimestrielle 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

Le genre masculin employé dans ces textes désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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



Exclusivité de Cardinal Health Canada

Humidificateur de gaz respiratoire AIRcon de WILamed

Humidification de gaz respiratoire complète pour tous les groupes de patients

L'humidificateur de gaz respiratoire haute performance AIRcon de WILamed associe la technologie moderne et une conception novatrice. Il convient à une grande variété d'applications cliniques nécessitant une oxygénothérapie humidifiée à haut débit dans le cadre d'une ventilation invasive ou non invasive.

L'humidification redéfinie

- Convient à tous les respirateurs courants utilisés chez les nouveau-nés comme chez les adultes
- Protection de classe II pour usages cliniques et extracliniques
- Trois modes d'utilisation (ventilation invasive, ventilation non invasive, ou ventilation ajustée par l'utilisateur)
- Large gamme d'accessoires
- Gestion élaborée des alarmes
- Surveillance automatique du niveau d'eau
- Protocole en cas d'incident ou d'alarme (données exportables vers un ordinateur de bureau)
- Peu d'entretien nécessaire et aucun coût caché
- Faible consommation d'énergie (économique)

Utilisation facile

- Écran couleur TFT de 9 cm (3,5 po) avec gradateur automatique
- Menu logique de navigation avec symboles et pictogrammes
- Fonction de pause de traitement
- Tube d'expiration : chauffage ajustable
- Ajustement individuel de l'humidification


CardinalHealth
 Essentiel aux soins de santé™

AIRcon^{MC} est une marque de commerce appartenant à WILamed GmbH.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :

Elisa Bisante

Elisa.Bisante@cardinalhealth.ca

Tél. : 514.241.3146



MOT DU PRÉSIDENT

Sortir des sentiers battus

L'automne, à nos portes, signe la fin de ma première année à la présidence de l'Ordre. Année pendant laquelle j'ai rencontré des inhalothérapeutes passionnés qui, au quotidien, osent sortir de leur zone de confort et poussent leur pratique clinique un peu plus loin. Ainsi, à l'instar de ses membres, l'OIPIQ est fier d'avoir innové en étant le premier ordre à adopter un règlement de formation continue obligatoire en 2004. Innovateurs, nous l'avons aussi été en prenant un virage technologique en nous dotant d'une plateforme d'apprentissage électronique en 2007, ce qui nous a valu l'OCTAS 2009 dans la catégorie *Apprentissage en ligne et gestion des connaissances* pour les organismes de moins de 300 employés.

Alors que nous célébrons les 50 ans de notre profession — et à l'aube du 30^e anniversaire de notre intégration au système professionnel québécois —, force est de constater qu'elle a évolué à la vitesse « grand V » ! Complexification progressive des tâches, nouvelles responsabilités professionnelles, utilisation de technologies avancées, nouveaux médicaments, traitements et modes de ventilation, que de chemin parcouru depuis les premiers « oxygénothérapeutes » ! Depuis, les inhalothérapeutes ont su développer et renforcer leur expertise en soins cardio-respiratoires et faire ainsi leur marque dans de nouveaux secteurs d'activités.

Porté par les modifications apportées au *Code des professions* par la *Loi 90*, notre champ d'exercice est désormais mieux défini et nous jouissons d'une plus grande autonomie professionnelle, repoussant les limites de notre engagement premier, à savoir les soins cardiorespiratoires. Cela a donné lieu au développement de pratiques novatrices et à l'implication active des inhalothérapeutes dans des domaines élargis. Plusieurs exemples me viennent à l'esprit. Je pense aux différentes cliniques de suivi (asthme, MPOC, clinique de la douleur, etc.) et à la rééducation respiratoire qui favorisent, par la prévention, l'enseignement et l'éducation, une meilleure prise en charge, compréhension et gestion de sa maladie par le patient et ses proches, contribuant ainsi à la réduction des visites à l'urgence. Je pense aux nombreux projets de recherche dans lesquels l'expertise des inhalothérapeutes est mise à contribution pour identifier les candidats, les évaluer, effectuer les suivis, transmettre les informations et l'enseignement nécessaires au bon encadrement de ces patients. Je pense aux centres de simulation haute-fidélité, qui permettent la consolidation des compétences, dont certains sont supervisés par des inhalothérapeutes. Et plus récemment, avec l'exercice en société, plusieurs ont laissé vibrer leur fibre entrepreneuriale et ont mis sur pied leur propre compagnie de services. Ce ne sont là que quelques exemples qui illustrent le dépassement professionnel. Vous en connaissez sûrement d'autres. Beaucoup d'entre vous, animés d'une passion pour votre profession, font des choses extraordinaires pour vos patients au quotidien, mais qui passent souvent sous silence.

Peut-être avez-vous dans votre entourage un (ou une) collègue dont la pratique mérite d'être citée en exemple ? Je vous invite à nous en faire part, car, en plus d'être une source d'inspiration pour nombre d'entre nous, il (ou elle) pourrait être admissible à l'un des [prix distinction](#) remis annuellement par l'OIPIQ.

Sur ce, je vous souhaite une bonne rentrée automnale 2014 !

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

Président



Banque Nationale	29
BOMImed	19
CardinalHealthCanada	5
CAREstream	21
FIQ	31
Hollister	15
La Capitale	27





A WORD FROM THE PRESIDENT

Think outside the box



Fall, now at our doorsteps, marks the end of my first year as the Ordre's president. A year in which I met passionate respiratory therapists who every day dare to step out of their comfort zone and outstretch the limits of their clinical practice. So, like its members, the OPIQ is proud of having been the first professional order to make continuous training mandatory back in 2004. We have also been innovators by taking a technological leap forward in 2007 outfitting ourselves with a digital learning platform for which we received the 2009 OCTAS in the category *Apprentissage en ligne et gestion des connaissances* for organizations with less than 300 employees.

As we celebrate the 50 years of our profession—and nearing the 30th anniversary of our joining Québec's professional system—we must recognize that it has grown by leaps and bounds! Tasks of increased complexity, new professional responsibilities, use of advanced technology, new medication, treatments and ventilation modes, what ground have we covered since the first «oxygen therapists». Since then, respiratory therapists have learned to develop and strengthen their expertise in cardiorespiratory care, thus making their mark in new sectors of activity.

Bill 90 brought changes to the *Code des professions* that define more precisely our field of practice and we enjoy greater professional autonomy, pushing back the limits of our primary obligation which is cardiorespiratory care. This has given rise to the development of innovative practices and to respiratory therapists expending their involvement in different fields. Many examples come to mind. I am thinking about the many follow-up clinics (asthma, COPD, pain clinic, etc.) and also respiratory rehabilitation that favour, through prevention, teaching, and education, a better understanding, undertaking, and management of the disease by the patient and those close to him/her, thus reducing emergency room visits. I am thinking about the many research projects where the contribution of the respiratory therapist's expertise is needed to identify candidates, evaluate them, do the follow-up, transmit the information and the formation necessary to take better care of these patients. I am thinking about high fidelity simulation centres, that allow the consolidation of competencies, some of which are supervised by respiratory therapists. And more recently, by practicing within a partnership or a joint-stock company, many have followed their business acumen to launch their own service enterprise. These are only some examples that illustrate professional enhancement. You surely have some more. Many of you, driven by a passion for your profession, do extraordinary things for your patients every day, but often these actions go unnoticed.

Maybe you rub shoulders with a colleague whose work deserves to be held up as an example? I invite you to let us know because in addition to being a source of inspiration to many of you, he/she may be eligible to one of the [prizes of distinction](#) awarded each year by the OPIQ.

With this, I wish you a great 2014 fall season!



Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial
President



Maquet-Dynamed	37
Masimo	2
McArthur Medical Sales inc.	25
Novartis	11, 38
RIIRS	22
UQAT	32

index des annonceurs



compétence

5

La fibrose pulmonaire idiopathique...

Idiote ou sympathique pathologie ?

par **Mireille Lévesque**, inhalothérapeute et instructeur FMCQ, enseignante au Cégep de Chicoutimi.

En mai 2014, les résultats de l'essai de phase III ASCEND sur la pirféridone dans le traitement de la FPI ont été présentés au congrès de l'*American Thoracic Society* et publiés dans le *New England Journal of Medicine*, marquant un important jalon dans le programme de recherche clinique sur la pirféridone qui se déroule depuis une dizaine d'années. Les résultats montrent de façon concluante les effets robustes du traitement par la pirféridone et viennent consolider son profil d'innocuité et de tolérabilité, déjà bien établi.

Maladie peu connue, la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) fait partie des maladies pulmonaires interstitielles. À l'heure actuelle, on estime que 5000 à 8000 Canadiens sont atteints d'une FPI. La FPI frappe un peu plus d'hommes que de femmes, et elle est généralement diagnostiquée chez des patients de 50 à 80 ans.

Démystifions ensemble cette pathologie.

In May, 2014, the results of the ASCEND phase III study of pirfenidone in the treatment of IPF were presented at the American Thoracic Society convention and published in the *New England Journal of Medicine*, establishing an important milestone in the 10-year clinical research program on pirfenidone. Results conclusively show the robust effects of the pirfenidone treatment and consolidate its already well-established innocuousness and tolerance profile.

A little-known disease, idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a type of interstitial lung disease. We estimate that 5,000 to 8,000 Canadians are presently afflicted with IPF. IPF affects men in a slightly higher proportion than women, and it is generally diagnosed in patients of 50 to 80 years of age.

Let's demystify this pathology together.

« Les symptômes cliniques de la fibrose pulmonaire idiopathique sont non spécifiques et peuvent être partagés avec plusieurs maladies cardiaques et pulmonaires comme l'asthme, la MPOC et l'insuffisance cardiaque congestive. »

Définition

La fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) est une maladie chronique évolutive des poumons dont on ne connaît pas la cause exacte, d'où le terme « idiopathique » qui signifie d'origine inconnue. La FPI diffère donc des autres formes d'atteinte pulmonaire fibrosante dans lesquelles un facteur déclenchant spécifique, tel que l'inhalation de substances nocives comme l'amiante (amiantose), est connu. On sait par contre que, dans la FPI, survient une anomalie dans le processus de cicatrisation du poumon qui entraîne une production excessive de tissus cicatriciels (*voir photos 1 et 2*). Ce remplacement de tissus pulmonaires sains par des tissus cicatriciels reste irréversible à ce jour. Et malheureusement, ce phénomène demeure asymptomatique jusqu'à ce que l'accumulation de tissus cicatriciels dans les poumons affecte gravement la respiration normale.



Tissu pulmonaire normal



Tissu pulmonaire dans la FPI

Source : InterMune Inc. [En ligne]. [http://www.intermune.fr/idiopathique_pulmonary_fibrosis] (consulté le 7 juillet 2014).

Signes et symptômes

Les symptômes cliniques de la fibrose pulmonaire idiopathique sont non spécifiques et peuvent être partagés avec plusieurs maladies cardiaques et pulmonaires. Plusieurs patients présentent une dégradation de leur état (> 6 mois) à la suite d'une dyspnée ou d'une toux non productive.

Par le fait même, les symptômes systémiques associés suivants ne se manifestent pas uniquement dans la FPI :

- perte de poids;
- fatigue;
- arthrose;
- myalgie.

Diagnostic

L'obtention de l'histoire complète du patient revêt une grande importance. En plus de l'historique de la médication, de l'utilisation de drogues, des dimensions sociale, occupationnelle et récréative, de l'environnement respiratoire, celle-ci doit aussi inclure une révision de tous les systèmes pour exclure toutes les autres causes de maladies

pulmonaires interstitielles. Afin d'établir le diagnostic, le médecin doit considérer le côté clinique, les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et d'autres données pathologiques.

Il s'écoule souvent jusqu'à deux ans entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic. Ce phénomène tient surtout au fait que les symptômes de la FPI ressemblent à ceux de maladies plus répandues comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive, ainsi que d'autres maladies pulmonaires fibrosantes. Le médecin doit s'assurer de l'absence de ces maladies pour confirmer le diagnostic de FPI.

Examen physique

L'examen physique de patients atteints de la fibrose pulmonaire idiopathique peut révéler :

- de fins crépitations inspiratoires aux deux bases pulmonaires (chez la plupart des patients);
- un hippocratisme digital (présent chez 25-50 % des patients atteints);
- une hypertension pulmonaire (présente chez 20-40 % des patients atteints).

Analyses de laboratoire

Les résultats de test de routine en laboratoire ne sont pas spécifiques pour le diagnostic de la fibrose pulmonaire idiopathique. Cependant, quelques tests peuvent être utiles pour exclure d'autres causes de maladies interstitielles pulmonaires.

- Anticorps antinucléaires et taux de facteur rhumatoïde : des résultats positifs sont présents chez 30 % des patients avec fibrose pulmonaire idiopathique, mais les taux ne sont pas généralement élevés. La présence de taux élevés peut suggérer une autre maladie des tissus conjonctifs.
- Niveau de protéine C-réactive et vitesse de sédimentation globulaire : élevé, mais ne sert pas au diagnostic de la FPI.
- Analyse sanguine complète : polycythémie (rare).
- Gazométrie artérielle : hypoxémie chronique (commun).
- Épreuve diagnostique de la fonction pulmonaire : trouble restrictif non spécifique avec diffusion au monoxyde de carbone (DLCO) réduite.

Le test à la marche 6 minutes (TM6) est souvent employé lors de l'évaluation clinique initiale et longitudinale du patient atteint de fibrose pulmonaire idiopathique. Le patient avec une désaturation à < 88 % durant le TM6 et une diminution progressive de la DLCO (> 15 % après 6 mois) présente, en forte probabilité, une augmentation du risque de mortalité.

Il est à noter qu'un déclin de 10 % de la CVF chez un patient atteint de FPI est considéré cliniquement significatif et constitue un prédicteur important d'un risque accru de décès.



L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

Imagerie médicale

- Radiographie pulmonaire : présence d'opacités réticulaires périphériques prédominantes sur les bases pulmonaires, aspect de nids d'abeilles (*honeycomb*) et une perte de volume au niveau du lobe inférieur (voir photos 3 et 4).
- TACO : sensible, spécifique et essentiel pour le diagnostic de la fibrose pulmonaire idiopathique. Cet examen démontre des opacités réticulaires (voir photo 5).
- Échocardiographie transthoracique : peut détecter l'hypertension pulmonaire, mais peut être de performance variable avec une hypertension pulmonaire idiopathique et d'autres maladies pulmonaires chroniques.

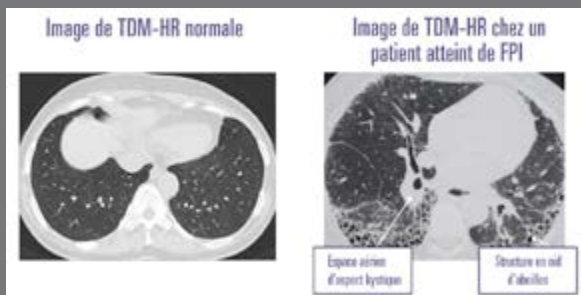


Radiographie pulmonaire normale



Radiographie chez patient atteint de FPI

Source : InterMune Inc. [En ligne] [<http://www.intermune.fr/diagnosis>] (consulté le 7 juillet 2014).



Source : InterMune Inc. [En ligne]. [http://www.intermune.fr/idiopathic_pulmonary_fibrosis] (consulté le 7 juillet 2014).



Procédures

- Bronchoscopie : absence de lymphocytes lors du lavage bronchoalvéolaire ; peut être important pour le diagnostic (augmentation des neutrophiles [70-90 % des patients] et des éosinophiles [40-60 % de tous les patients]). La procédure peut être utilisée pour exclure un diagnostic différentiel.
- Biopsie pulmonaire (biopsie pulmonaire ouverte ou chirurgie par thoracoscopie vidéoassistée, [préférée]). C'est le meilleur examen pour distinguer la pneumonie interstitielle habituelle d'avec les autres pneumonies interstitielles idiopathiques.



Traitement

Le traitement médical optimal de la fibrose pulmonaire idiopathique reste encore à être identifié. Les stratégies au niveau du traitement incluent l'évaluation et la gestion des comorbidités en s'appuyant sur les lignes directrices récentes telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'apnée obstructive du sommeil, le reflux gastro-œsophagien et les maladies coronariennes.

D'autres stratégies aidant la gestion de la maladie :

- encourager les fumeurs à cesser de fumer et offrir la pharmacothérapie si besoin;

Encadré 1

Pirfénidone (Esbriet®)

- Antifibrosant oral qui inhibe la synthèse du TGF-beta, médiateur chimique qui régit de nombreuses fonctions cellulaires, incluant la prolifération et la différenciation, et qui contribue grandement à la fibrose.
- La pirfénidone inhibe aussi la synthèse du TNF-alpha, cytokine connue pour son rôle actif dans la régulation de l'inflammation.
- Sur le marché depuis le 1^{er} octobre 2012 puisque Santé Canada a approuvé Esbriet® pour le traitement de la FPI légère à modérée chez l'adulte.
- Des analyses secondaires confirment l'effet du traitement sur la CVF. L'article du *New England Journal of Medicine* fait état de quelques analyses supplémentaires qui viennent corroborer les résultats de l'analyse principale quant à l'effet du traitement par la pirfénidone sur la variation de la CVF. La baisse moyenne de la CVF entre le début de l'étude et la semaine 52 était de 235 ml dans le groupe recevant la pirfénidone et de 428 ml dans le groupe placebo.
- La molécule de pirfénidone n'est pas parfaite. Étant un médicament de première génération, elle présente des effets secondaires qui peuvent être importants, comme les nausées et la diarrhée.

- installer de l'O₂ aux patients hypoxémiques au repos ou à l'exercice (pression partielle en oxygène [PaO₂] < 55 mmHg ou une saturation d'O₂ [SaO₂] < 90 % au repos, pendant le sommeil ou à l'effort;
- vacciner les patients contre l'influenza et les infections à pneumocoques.

Chirurgie

- Transplantation pulmonaire : référer les patients diagnostiqués ou avec probabilité d'une fibrose pulmonaire idiopathique pour une évaluation prégreffe en regard de la capacité vitale, à moins de contre-indications.

...

« [...] un déclin de 10 % de la CVF chez un patient atteint de FPI est considéré cliniquement significatif et constitue un prédicteur important d'un risque accru de décès. »

• • • Pharmacothérapie

- Corticostéroïde systémique (exemple : prednisone).
- Agents immunosuppresseurs (exemple : azathioprine, cyclophosphamide).
- Nouveau médicament : la pirféridone (voir encadré 1, p. 13).

Au moment d'écrire cet article, le système public d'assurance médicaments, géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ne paie pas le traitement avec la pirféridone d'un coût s'élevant à 40 000 \$ par année pour un patient. Le médecin spécialiste en charge du patient qui présente les mêmes critères que dans les études, peut demander à ce que celui-ci soit considéré comme un patient d'exception. Le médicament sera payé après l'évaluation du dossier par les pharmaciens de la RAMQ.

La découverte d'une première molécule qui agit sur la cicatrisation des tissus représente donc une bonne nouvelle pour bien des patients, car le processus de réparation et de cicatrisation des tissus est impliqué dans de nombreuses autres maladies.

Évolution

La FPI évolue différemment chez chaque personne atteinte. Même après le diagnostic, l'évolution de la FPI est difficile à prévoir. Chez certaines personnes, la maladie et les symptômes demeurent assez stables pendant des années, alors que chez d'autres, les symptômes s'aggravent assez rapidement. La FPI est unique du fait qu'elle peut se détériorer à la suite de poussées soudaines et inattendues. Ces exacerbations aiguës se caractérisent par un essoufflement intense, de violentes quintes de toux et de la fatigue généralisée.

Mortalité/morbidité

La durée de survie médiane à partir du diagnostic varie de 2 à 5 ans et le taux de survie à 5 ans est d'environ 20 à 40 %. La FPI tue donc plus rapidement que bien des cancers, notamment le cancer du sein, de l'ovaire et colorectal.

Le plus haut taux de décès est répertorié lors de la saison hivernale même quand les causes infectieuses sont exclues.

Race

Aucune donnée épidémiologique concernant une population en particulier n'a été publiée jusqu'à maintenant.

Sexe

L'incidence et la prévalence de la fibrose pulmonaire idiopathique est plus élevée chez l'homme âgé de plus de 55 ans, comparativement aux femmes du même âge.

Âge

La FPI affecte principalement les personnes âgées de 50 ans et plus. Le deux tiers des personnes atteinte de cette maladie sont âgées de plus de 60 ans au moment du diagnostic.

Conclusion

La recherche sur la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) est en constante progression. Certains chercheurs, dont D^r André Cantin, pneumologue, directeur médical de la clinique des fibroses pulmonaires au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et professeur à l'Université de Sherbrooke, travaillent à long terme sur cette pathologie. La mise en marché de la pirféridone est prometteuse. La recherche doit donc se poursuivre pour peaufiner le traitement, amenuiser ses effets secondaires et éventuellement utiliser le médicament pour d'autres maladies.

Alors, selon vous, « idiote » ou « sympathique » pathologie? 



Bibliographie

- KING, T. Mai 2014. *Résultats de l'essai de phase III ASCEND sur la pirféridone dans la fibrose pulmonaire idiopathique*. InterMune Canada Inc. [En ligne] [http://www.intermune.ca/pdf/ASCEND_Presentation_ATS05182014FR.pdf] (consulté le 12 juin 2014).
- RAGHU, G. ET COLL. 2011. « An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management ». *Am J Respir Crit Care Med*, 183: 788-824.
- INTERMUNE INC. [En ligne]. [http://www.intermune.fr/idiopathic_pulmonary_fibrosis] (consulté le 12 juin 2014).
- MEDSCAPE. [En ligne] [<http://www.medscape.com/>] (consulté le 11 juin 2014).
- INTERMUNE CANADA INC. 2013. *Livret d'informations destiné aux personnes atteintes de fibrose pulmonaire idiopathique*. 27 p.
- LEY, B., COLLARD, H.R., KING, T.E. Février 2011. « Clinical course and prediction of survival in idiopathic pulmonary fibrosis ». *Am J Respir Crit Care Med*, Vol. 183, n° 4, [Medline] (consulté le 16 juin 2014).



SYNDIC

**Responsabilité
et obligations professionnelles**

L'inhalothérapeute a une obligation de moyens dans le cadre de l'exécution des fonctions inhérentes à la profession.

Les diverses obligations de l'inhalothérapeute sont, entre autres, de soigner, renseigner et assurer la sécurité du patient.

Un air de confiance

Offre une mesure de protection supplémentaire — avec confiance.

Le nouveau support pour tube endotrachéal AnchorFast Guard présente un manchon protecteur intégré afin d'aider à prévenir l'occlusion du tube.

Voyez comment nous aidons à faire passer l'intérêt des patients avant tout — avec confiance. Téléphonez au 1.800.263.7400 ou visitez le www.anchorfast1.com

AnchorFast Guard
Support pour tube endotrachéal oral

Maintenant avec protection du tube



Mise en garde : Avant d'utiliser le support pour tube endotrachéal oral AnchorFast Guard, veuillez lire entièrement le feuillet de mode d'emploi qui accompagne le produit.

Hollister et son logo, et AnchorFast Guard sont des marques de commerce de Hollister Incorporated.
© 2013 Hollister Incorporated

compétence

5

La sclérodermie systémique

par **Line Prévost**, inh., réd. a., coordonnatrice aux communications,
en collaboration avec **Élaine Paré**, inh., M.A., chargée de projet, OPIQ.

Source : tiré et adapté de plusieurs documents. © 2014, Sclérodermie Québec, tous droits réservés.
[En ligne] [<http://sclerodermie.ca>] (consultés du 5 au 12 septembre 2014). Utilisation et adaptation autorisées.

Par définition, la sclérodermie est une maladie rare, chronique et incurable, qui se caractérise par une fibrose diffuse, une sclérose du derme causée par l'accumulation de tissu fibreux et rigide de type cicatriciel.

Il existe deux types (ou formes) de sclérodermie : localisée si elle ne touche que certains endroits de la peau (atteinte en plaque [dite de morphée] ou en bande [dite linéaire]), généralisée ou systémique si elle atteint aussi les viscères comme le tube digestif, le cœur, les poumons et les reins. Cette dernière forme, qui peut conduire à la défaillance d'organes vitaux, est celle dont il est question ici.

Causes et mécanisme

La sclérodermie est une maladie auto-immune et inflammatoire dont l'étiologie exacte reste inconnue. Son mécanisme est toutefois partiellement expliqué. Il résulte d'une altération du tissu conjonctif par l'activation des fibroblastes (surproduction de collagène) couplée à une réaction inflammatoire avoisinante (lymphocytes sécrètent des anticorps spécifiques) qui entraîne une fibrose (ou sclérose).

Le diagnostic

Un diagnostic précis et efficace est souvent long et difficile, du fait qu'à ses débuts, la sclérodermie peut être semblable à plusieurs autres maladies auto-immunes touchant les tissus conjonctifs.

Épidémiologie

Une estimation de la fréquence aux États-Unis est de 50 000 à 300 000 cas avec vingt nouveaux cas par million d'habitants par année. La fréquence exacte de cette maladie est inconnue dans notre propre milieu. Toutefois, en appliquant la fréquence connue américaine à notre population, nous

pouvons déduire qu'il y aurait aujourd'hui environ 10 000 patients atteints de sclérodermie avec 150 nouveaux cas qui s'ajoutent par année au Québec. Bien que considérée comme rare, cette maladie est plus élevée en fréquence que la dystrophie musculaire et la leucémie.

La sclérodermie touche plus fréquemment les femmes, tant dans sa présentation limitée que diffuse. La moyenne d'âge au début de la maladie se situe dans la quarantaine. La sclérodermie est rare chez l'enfant et ne représente que 3 % de tous les cas. La forme localisée sera la plus fréquente ; la forme systémique sera exceptionnelle.

Formes de la maladie

Dans la forme systémique de la maladie, on y reconnaît principalement deux groupes : limitée (touche près de 60 % des patients) et diffuse (forme la plus grave, touche 10 à 20 % des patients).

La sclérodermie systémique limitée — dont, au Québec, l'espérance de vie de dix ans après le diagnostic est de 80 % — est désignée par l'acronyme **CREST** qui représente cinq symptômes souvent présents dans cette forme :

- C** > Calcinose (dépôt de calcium à la peau)
- R** > Raynaud (modification de la coloration des doigts et des orteils au froid)
- E** > Œsophage — « E » pour le terme anglais *esophagus* (dysfonction du 2/3 inférieur de l'œsophage)
- S** > Sclérodactylie (aspect des doigts infiltrés par le collagène)
- T** > Télangiectasie (petit capillaire dilaté visible au visage ou aux mains)

Le diagnostic à son début de la forme limitée de la maladie est difficile : l'atteinte cutanée qui se limite aux doigts, aux avant-bras ou au visage

Phénomène de Raynaud

Le phénomène de Raynaud est une modification de la coloration des doigts et des orteils au froid causée par la constriction temporaire des vaisseaux sanguins.



peut demeurer absente sinon très discrète. Les patients sont souvent dirigés vers un spécialiste parce qu'ils présentent un phénomène de Raynaud. En cours d'évaluation, d'autres indices s'ajouteront possiblement tels :

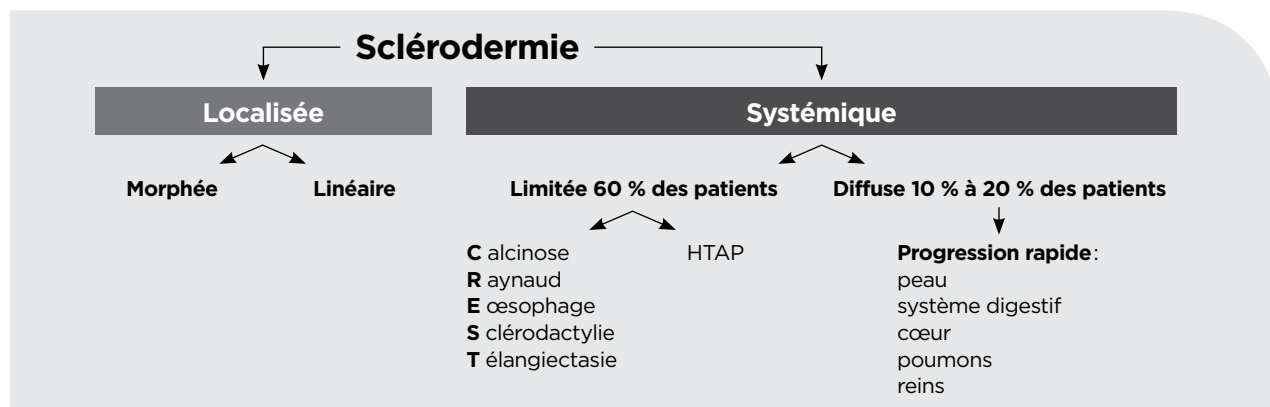
- l'atteinte digestive haute (œsophage);
- la présence de télangiectasies capillaires aux doigts : petits vaisseaux dilatés visibles à l'œil nu ou au microscope (par la technique de capillaroscopie);
- la présence d'anticorps particuliers à la sclérodermie (anti-centromères ou anti-topoisomérase);
- après plusieurs années d'évolution, la calcinose chez certains patients.

Dans cette forme, les organes internes sont touchés tardivement. L'atteinte pulmonaire peut être de deux ordres : l'atteinte interstitielle pulmonaire et l'hypertension artérielle pulmonaire.

La sclérodermie systémique diffuse — dont, au Québec, l'espérance de vie de dix ans après le diagnostic est de 60 % — se différencie de la forme limitée par la rapidité de progression des atteintes, par ailleurs beaucoup plus expansives. La peau, le système digestif, le cœur, les poumons et les reins sont les organes les plus souvent atteints entraînant une perte fonctionnelle variable.

...

Figure 1. Principales caractéristiques des formes de sclérodermie



« Le phénomène de Raynaud, qui est souvent un symptôme précoce, est présent chez plus de 95 % des patients souffrant de sclérodermie, mais peut se voir aussi en dehors de cette maladie. »

• • • **Les atteintes : symptômes, diagnostics et traitements**

Pour les besoins de cet article, seuls la peau et les organes cibles touchant la pratique clinique des inhalothérapeutes seront abordés. Seront décrits aussi les traitements en vigueur actuellement. Même s'il n'existe pas encore de traitement « curatif » de cette maladie, il y a une multitude de traitements efficaces pour certaines complications.

La peau

L'atteinte cutanée caractéristique est le durcissement (fibrose) de la peau, dont le degré est variable d'un patient à l'autre. Lorsque la fibrose ne touche que la peau des mains, et parfois des pieds, du visage et du cou, nous parlons de sclérodermie de forme limitée. Quand elle s'étend à la peau du tronc, et parfois aux bras, aux jambes, et même à l'abdomen, nous parlons de sclérodermie diffuse.

L'infiltration de la peau peut s'accompagner d'atrophie des tissus du visage appelé « faciès sclérodermique » caractérisé par des yeux creux, un amincissement nasal, des plis péribuccaux, l'amincissement des lèvres ou une limitation de l'ouverture buccale. L'atrophie des muscles des joues peut faire paraître la dentition plus proéminente. L'infiltration de la peau dans d'autres zones du visage effacera les rides d'expressions, si bien que le patient paraît plus jeune que son âge.



Le traitement médical du durcissement de la peau ne fait toujours pas l'unanimité. La D-pénicillamine a connu son heure de gloire et son efficacité est remise en doute. D'autres médicaments sont à l'essai : colchicine (surtout en présence de calcinose), méthotrexate et autres immunosuppresseurs. Puisqu'il n'y a pas d'unanimité dans la littérature médicale, le choix du traitement peut varier d'un patient à l'autre et d'un médecin à l'autre.

Mise à part la fibrose de la peau, il existe plusieurs autres atteintes cutanées associées à cette maladie comme les télangiectasies, la calcinose, les démangeaisons, la sécheresse de la peau et les troubles de pigmentation. Ces anomalies ne sont pas considérées comme étant graves et n'ont pas d'incidence sur le pronostic, mais elles sont souvent une source d'inquiétude, d'anxiété et d'inconfort, avec, parfois, une diminution importante de la qualité de vie.

Les vaisseaux

La constriction temporaire des vaisseaux sanguins des doigts ou des orteils, qui survient au froid, est ce qu'on appelle le phénomène de Raynaud. La vasoconstriction peut provoquer une baisse de la circulation sanguine qui se manifeste par un blanchiment pouvant être associé à une sensation d'engourdissement. Le phénomène de Raynaud, qui est souvent un symptôme précoce, est présent chez plus de 95 % des patients souffrant de sclérodermie, mais peut se voir aussi en dehors de cette maladie. La prévention du phénomène de Raynaud et des ulcères demeure la protection du froid et une hydratation adéquate de la peau par l'application de crème ou onguent non parfumés. Les médicaments de types vasodilatateurs (ex. : nifédibine, fêlodipine, amlodipine) sont souvent utiles pendant la saison froide.

Il est à noter qu'une vasoconstriction prolongée peut créer des ulcères généralement douloureux et difficiles à guérir, pouvant même conduire à une nécrose et, dans de rares cas, à l'amputation. Ainsi, tout signe d'infection (douleur, rougeur, chaleur, œdème) devra être traité agressivement (voir les images de la page précédente).

Le tube digestif

Plus de 90 % des patients atteints de sclérodermie auront une atteinte digestive, particulièrement l'œsophage : dysfonction et reflux gastro-œsophagien avec ou sans œsophagite, sténose. Pour les autres composantes du tube digestif, reportez-vous au tableau de la page 20.

Des examens permettront de déterminer ce qui cause les malaises : la manométrie œsophagienne, la gorgée barytée ou l'endoscopie haute pour analyser les contractions œsophagiennes pour visualiser l'œsophage et l'estomac. Ces examens permettront un traitement approprié.

Plusieurs antiacides sont efficaces ; au besoin, d'autres médicaments seront ajoutés pour stimuler la contraction du sphincter œsophagien et celle de l'estomac.

Les poumons

L'atteinte des poumons est une des complications internes les plus fréquentes de la sclérodermie survenant chez plus de 70 % des malades. Elle peut affecter les poumons à des degrés variables et confère généralement un pronostic plus sombre dans les cas plus sévères. Il existe deux types principaux de complications pulmonaires reliés à la

La famille de ventilateurs compacts des SI

Une capacité de rendement élevée pour tous les environnements

T1

MR1

C1



CANADA
96, PLACE TERRACON
WINNIPEG, MB
R2J 4G7

ÉTATS-UNIS
844 EAGLE DRIVE
BENSENVILLE, IL
60106

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
T. 800.667.6276
F. 877.435.6984
C. info@bomimed.com

www.bomimed.com



Nous vous présentons la ligne de ventilateurs
d' **HAMILTON MEDICAL**
Solutions de ventilations intelligentes
des SI jusqu'à l'IRM



TABLEAU DE FRÉQUENCE D'ATTEINTE SELON LES ORGANES

D^r Medsger (792 patients) et autres auteurs américains : résultats de dix années d'observation de la maladie comparés à ceux des D^r Senécal et collaborateurs* (309 patients) : renseignements à la première visite (résultats en gras).

	Fréquence globale	Forme limitée	Forme diffuse
Épidémiologie			
• distribution		56 %	44 %
• âge du début de la maladie (ans)		42 %	33 %
• durée de la maladie (ans)		12,5 / 5,4	3,4 / 2,8
Peau			
• épaissements cutanés (points)		5,7 / 5,5	38,5 / 36,1
Vaisseaux			
• Raynaud		97 % / 93 %	94 % / 77 %
• calcinose		44 % / 26 %	13 % / 40 %
• tégangiectasies		83 % / 76 %	62 % / 65 %
Muscles / os			
• arthralgie/arthritis		47 % / 11 %	93 % / 13 %
• faiblesse musculaire	80 %		
• myosite	20 %	1 %	10 %
• résorption des doigts	40-80 %		
• contracture en flexion		56 %	82 %
• frottement tendineux		6 %	11 %
Tube digestif			
• S. Sjögren (bouche + yeux secs)	30 %	25 %	46 %
• épaissement périodontal	30 %		
• dysfonction œsophagienne	80-90 %	25 %	40 %
• reflux gastro-œsophagien	60-70 %		
• hypotonie sphinctérienne œs. inf.	30-50 %		
• gastroparésie	75 %		
• malabsorption (diarrhées)	50 %		
• dysfonction pancréatique	33 %		
• diverticules coliques	50 %		
Poumons			
• anomalies de la diffusion DLCO	70 %		
• fibrose bibasilaire	75 %	3 %	15 %
• hypertension pulmonaire	> 10 %		
Reins			
• atteinte détectée	50 %		
• atteinte à l'autopsie	60-80 %		
• hypertension artérielle		7 %	
• protéinurie		7 %	
• crise rénale	10-15 %	0,5 %	1,4 %
Cœur			
• péricardite détectée	7-20 %		
• péricardite à l'autopsie	70-80 %		
• fibrose myocardique (autopsie)	90 %	60 %	77 %
• arythmie à l'effort	33 %		
Foie			
• cirrhose biliaire primitive	< 10 %	3,9 %	
Autres systèmes			
• hypothyroïdie	25 %		
• dépression modérée/sévère	17 %		

* Les collaborateurs du D^r Jean-Luc Senécal : D^rs Denis Choquette, Lilian Lonzezz, Jean-Richard Goulet, Tamara Grodzicky, France Joyal, Jean-Pierre Raynauld, Éric Rich, André Roussin; Yves Raymond, Ph. D. et Mélanie Arbour, B. Sc.



scélérodermie : la maladie pulmonaire interstitielle (MPI) modérée à sévère (fibrose pulmonaire) et l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). Les deux peuvent survenir de façon isolée ou coexister. La MPI survient le plus souvent dans la forme diffuse de la sclérodermie et peut demeurer longtemps asymptomatique, même si la radiographie en indique la présence. Le patient n'aura pas nécessairement d'essoufflement; toutefois des tests de fonctions pulmonaires, dont la diffusion du monoxyde de carbone (DLCO), pourraient signer la présence de l'atteinte pulmonaire. Le collagène se dépose aux sites des échanges gazeux, nuisant à l'oxygénation sanguine. Lorsque les dépôts de collagène deviennent abondants, ils sont alors visibles à la radiographie, particulièrement aux bases des poumons.

L'HTAP survient chez 7 à 50 % des patients atteints de sclérodermie et après 10 à 20 ans d'évolution de la maladie. Elle semble plus fréquente dans la forme limitée de la sclérodermie. Elle peut cependant aussi être une complication tardive d'une fibrose sévère (MPI). Les tests DLCO sont sévèrement perturbés et une échographie et un cathétérisme cardiaques démontrent une pression très élevée dans la cavité droite du cœur pouvant mener, à long terme, à l'insuffisance cardiaque droite. Le patient atteint peut présenter des symptômes variés, allant de l'essoufflement à l'effort, douleurs thoraciques, OMI, distension des jugulaires à la syncope dans les cas plus avancés. Plusieurs médicaments en combinaison : prostacyclines (*Flolan*®, *Remodulin*®, *Ventavis*®); antagonistes du récepteur de l'endothéline-1 (*Tracleer*®), inhibiteurs de la phosphodiesterase-5 (*Viagra*® et *Cialis*®), anticoagulants, diurétiques, cardiotoniques, etc. ont considérablement modifié le pronostic sombre de ce type d'atteinte. L'oxygène à domicile est réservé aux cas les plus sévères.

L'atteinte pulmonaire assombrit bien sûr le pronostic de survie. Toutefois, de nouveaux médicaments à l'étude et l'accès à la greffe pulmonaire pour les cas très avancés permettent désormais de défier les statistiques actuelles.

Le seul cancer rapporté plus fréquent dans la sclérodermie étant le cancer du poulmon, inutile de préciser que le tabagisme est à proscrire.

Le cœur

Les manifestations cardiaques sont fréquentes chez les patients atteints de sclérodermie (environ 15 % à 35 % des malades) et surviennent aussi bien dans la forme limitée que diffuse de la maladie. Cependant, l'atteinte cardiaque peut être silencieuse chez certains, occasionnant peu de signes et de symptômes. Lorsqu'apparaissent les symptômes suivants, l'évolution est souvent plus grave :

« L'atteinte des poumons est une des complications internes les plus fréquentes de la sclérodermie survenant chez plus de 70 % des malades et confère généralement un pronostic plus sombre dans les cas plus sévères. »

- palpitations ou sensation que les battements du cœur sont irréguliers ou anormaux;
- douleurs angineuses;
- dyspnée lors d'effort physique;
- dyspnée au repos;
- œdème des membres inférieurs.

Les complications cardiaques sont :

- péricardite (7 à 20 % des cas);
- épanchement péricardique;
- fibrose du myocarde;
- insuffisance cardiaque (5 % des cas);
- arythmies (dont 30 % se manifestant à l'effort);
- myocardite.

Les reins

L'atteinte rénale est fréquente, mais détectée seulement dans 50 % des cas à la suite de la présence d'une hypertension artérielle, d'une protéinurie ou d'une élévation de la concentration de la créatinine plasmatique.

Seulement 10 à 15 % des patients, plus fréquemment avec la forme diffuse de sclérodermie, présenteront une condition sévère, « la crise rénale », qui se caractérise par :

- l'arrêt soudain de la fonction des reins;
- une augmentation soudaine et marquée de la pression artérielle (mais il arrive que certains patients conservent des pressions artérielles normales);
- une analyse des urines qui démontre la présence de protéines et des agglomérations de cellules particulières aux reins (cylindres).

Jadis, la crise rénale était considérée la cause la plus fréquente de décès chez les patients atteints de sclérodermie. Avec la disponibilité de nouvelles générations de médicaments comme le captopril et l'énalapril qui contrôlent efficacement la pression artérielle et la dialyse, la survie des patients devient la règle.

Après quelques mois, la fonction rénale reprend et la dialyse peut être cessée. L'hypertension artérielle doit être surveillée, mais sa présence ne signifie pas nécessairement que la cause est l'atteinte rénale ; elle est une condition fréquente, répondant bien à la médication et sans relation à l'atteinte soudaine des reins causée par la sclérodermie.

...

Astral^{MC} 150 de Resmed: Une évolution technologique



Ventilateur de maintien des fonctions vitales Astral^{MC} 150

Dès son installation initiale et tout au long de son utilisation quotidienne, l'appareil Astral offre une liberté de mouvement accrue, un fonctionnement fiable et une conception efficace qui visent à enrichir la vie des patients.

Avantages:



Options de traitement polyvalentes

Astral est synonyme d'excellence en matière de ventilation invasive et non-invasive et fournit une gamme complète de modes de traitement adaptés aux patients adultes et pédiatriques.



Monitoring facile

Le grand écran tactile en couleur affiche les formes d'onde et les données en temps réel pour permettre de configurer correctement l'appareil et de suivre l'état du patient. Les données sur la FiO2 et la SpO2 sont intégrées afin de compléter les fonctions relatives au traitement.



Simplification de la gestion des stocks

L'appareil Astral permet de traiter un large éventail de maladies respiratoires chez les patients adultes et pédiatriques. Des temps de réponse raccourcis et concept d'entretien préventif simple et peu coûteux.



Capacité d'alimentation par batterie et portabilité

Ce ventilateur ne pesant que 7 lb est doté d'une batterie interne à autonomie de 8 heures donne la possibilité de se déplacer plus loin et plus longtemps.



Intuitive Accessoires



Sac de mobilité

Chariot d'hôpital

Téléalarme

Appelez Carestream au 1-888-310-2186 pour de plus amples renseignements.



Distribué par:



Télécopieur: 1 888 310.2187

www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

Carestream Medical est certifiée ISO:13485 et ISO:9001
Carestream Medical: Commanditaire d'élite CSRT

La survie

Survie cumulative avec la sclérodémie systémique
 à partir de la détection de certains organes cibles (Medsger 1981-1990)
 [Joyal, 2007, p. 41]:

Organes cibles	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans
Tube digestif	80 %	61 %
Poumons	72 %	49 %
Cœur	61 %	42 %
Reins	58 %	40 %

Prédiction de la survie à 5 ans du début de la présentation de la sclérodémie basée sur trois facteurs : protéinurie, vitesse de sédimentation élevée et une diminution de la DLCO (Bryan, 1999) [Joyal, 2007, p. 41] :

- survie à 93 % en l'absence de ces trois facteurs ;
- capacité de prédire la mortalité à > 80 % en présence de ces trois facteurs (résultats basés sur deux décès sur les 280 étudiés !)

Et l'avenir ?

Le futur apporte beaucoup d'espoir aux personnes atteintes de sclérodémie. Il n'y a rien de moins qu'une mini-révolution en cours au Québec. En 2005, Sclérodémie Québec, un OSBL, a mis sur pied la Chaire de recherche en sclérodémie de l'Université de Montréal et le Groupe de recherche en sclérodémie du CHUM.

Le nombre important et croissant de malades sclérodermiques vus par l'équipe médicale du CHUM, les travaux de recherche et les publications scientifiques qui en découlent ont entraîné une expansion de la recherche en sclérodémie.

Malgré l'absence, à l'heure actuelle, de traitements curatifs ou préventifs pour la sclérodémie, des progrès importants ont été effectués depuis les quinze dernières années au niveau de nouveaux médicaments et de nouvelles cibles thérapeutiques. Les études cliniques en cours et à venir sont très prometteuses et nous offriront de nouvelles connaissances et possiblement des traitements plus ciblés et efficaces. L'époque de la contemplation impuissante de la sclérodémie est en train de disparaître.

Pour en savoir plus, consultez le site Sclérodémie Québec.

Remerciements

L'OPIQ remercie Sclérodémie Québec et monsieur André Viens pour l'autorisation d'utilisation et d'adaptation des différents documents apparaissant sur leur site Internet.



Références (consultées le 5 et le 11 septembre 2014)

- ENCYCLOPÉDIE ORPHANET GRAND PUBLIC. Octobre 2007.
 «La sclérodémie». France, 17 p. [En ligne] [www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Sclerodermie-FRfrPub39.pdf].
- GORDZICKY, T. Printemps 2007. «L'atteinte pulmonaire et son traitement dans la sclérose systémique – première partie». *Bulletin de Sclérodémie Québec*, vol. 11, n° 1, p. 4 et 5. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/information/articles-et-publications/latteinte-pulmonaire-et-son-traitement-dans-la-sclerose-systemique-premiere-partie/>].
- GORDZICKY, T. Printemps 2008. «L'atteinte pulmonaire et son traitement dans la sclérose systémique – deuxième partie». *Bulletin de Sclérodémie Québec*, vol. 12, n° 1, p. 4 et 5. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/information/articles-et-publications/latteinte-pulmonaire-et-son-traitement-dans-la-sclerose-systemique-deuxieme-partie/>].
- GORDZICKY, T. Printemps-été 2011. «Le traitement de la sclérodémie : le passé, le présent et le futur». *Bulletin de Sclérodémie Québec*, vol. 15, n° 1, p. 4 et 5. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/information/articles-et-publications/le-traitement-de-la-sclerodermie-le-passe-le-present-et-le-futur/>].
- GORDZICKY, T. Hiver 2011. «La crise rénale sclérodermique». *Le Bulletin de Sclérodémie Québec*, vol. 14, n° 2, p. 4 et 5. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/information/articles-et-publications/la-crise-renale-sclerodermique/>].
- GORDZICKY, T. Automne 2009. «L'atteinte cardiaque dans la sclérose systémique». *Le Bulletin de Sclérodémie Québec*, vol. 13, n° 2, pages 4 et 5. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/information/articles-et-publications/latteinte-cardiaque-dans-la-sclerose-systemique/>].
- JOYAL, F. 2007. «À propos de la sclérodémie au Québec» (2^e éd.), Sainte-Julie, Sclérodémie Québec, 56 p. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/wp-content/uploads/2014/06/A-propos-de-la-sclerodermie-par-France-Joyal-MD.pdf>].
- JOYAL, F. Février 2007. «Enfin l'hiver!» (2^e éd.), Longueuil, Sclérodémie Québec, 22 p. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/wp-content/uploads/2014/06/Enfin-l-hiver-Dre-France-Joyal.pdf>].
- MARIEB, E.N. et HOEHN, K. 2010. *Anatomie et physiologie humaine*. Montréal : ERPI. 4^e édition, adaptation française de Linda Mousseau et René Lachaine. 1293 p.
- SCLÉRODERMIE QUÉBEC. Novembre 2011. «Qu'est-ce que la sclérodémie?» *Brochure du Service de rhumatologie*, CHU de Québec. 12 p. [En ligne] [http://sclerodermie.ca/wp-content/uploads/2014/06/Qu_est-ce-que-la-sclerodermie-CHU-de-QC.pdf].

FUTURS RETRAITÉS

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

Le RIIRS

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

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

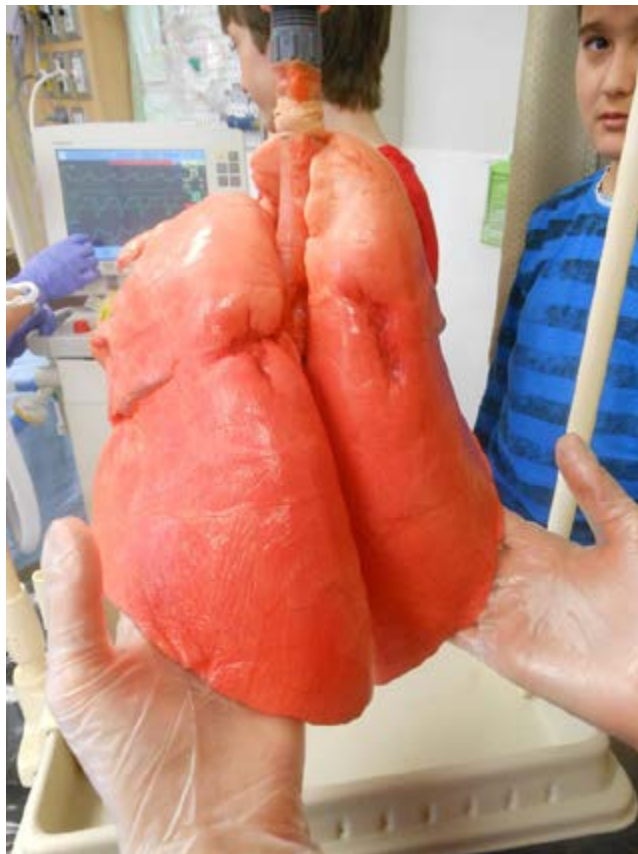
Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :
Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé
 Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519
 info@riirs.org • www.riirs.org

L'inhalothérapeute
le parten**air**e le plus
éclairé
en santé cardiorespiratoire



 **opiq**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

Semaine de l'inhalothérapeute **du 5 au 11 octobre 2014**



De la promotion à la prévention, d'une pierre deux coups !

par **Alex Bougie** et **Cloé Marcil**, étudiantes de 3^e année, programme de Techniques d'inhalothérapie, Collège de Valleyfield.

Imaginez-vous à neuf ans avec des poumons dans les mains ! L'activité de sensibilisation *École ouverte sur son milieu* mise en place par le Collège de Valleyfield, vise à faire découvrir la vie collégiale aux jeunes du primaire. Nous avons donc organisé des ateliers portant sur la promotion de notre profession et la prévention du tabagisme. L'objectif principal était de faire découvrir une profession méconnue et complexe aux yeux d'enfants candides et curieux. De la sensibilisation à la promotion de la profession, nous désirions démontrer l'importance du rôle de l'inhalothérapeute.

Nous avons reçu, dans les laboratoires du programme d'inhalothérapie du Collège de Valleyfield, 397 jeunes répartis en dix-huit groupes. Ventilation de poumons de porc, simulation d'intubation en urgence et simulation d'une crise d'asthme sont des exemples de situations vécues par ces élèves.

Pour le premier atelier, nous voulions souligner le volet prévention. Nous avons donc présenté les fameux poumons de cochon ! (Voir photo ci-haut). Nous voulions montrer aux enfants la différence entre des poumons sains et des poumons de fumeurs, afin qu'ils puissent voir les dommages causés par la cigarette.



Le deuxième atelier proposait d'expérimenter une situation d'urgence où il fallait procéder à l'intubation d'un patient avec l'estomac plein. Notre but était de faire participer les jeunes à l'intubation pour qu'ils manipulent le matériel et voient comment ça se passe dans la vraie vie. Nous voulions qu'ils aient du plaisir tout en apprenant. Afin de rendre l'atelier un peu plus amusant, nous avons décidé de faire vomir « nos patients ». Évidemment, ce n'était que de l'eau !

Pour le troisième atelier, nous avons voulu leur « faire vivre » une crise d'asthme pour qu'ils comprennent comment certains de leurs amis se sentent lorsqu'ils subissent une crise. Nous avons mis une musique entraînante afin de stimuler les jeunes à bouger pour qu'ils s'essouffent. Nous leur avons fait faire des sauts papillon, des sauts de grenouille, de la course sur place, etc. Une fois bien essoufflés, ils ont respiré dans une paille, le nez bouché. Ils se sont vite rendu compte de la difficulté de la chose !

Donc, ventilation de poumons de porc, simulation d'intubation en urgence et expérimentation d'une crise d'asthme sont des exemples d'activités vécues par ces jeunes lors des ateliers. Afin d'évaluer l'appréciation et l'impact de ces ateliers chez les jeunes, deux

Pour le premier atelier, nous voulions souligner le volet prévention en présentant les fameux poumons de cochon!

questionnaires ont été conçus. La journée même de l'atelier, les participants ont rempli un questionnaire d'appréciation de leur participation à ces activités. Les résultats obtenus étaient surprenants et démontraient l'intérêt des jeunes, ce qui nous a poussées à participer au concours *Place à la relève*. Nous désirions partager notre belle aventure avec nos futurs collègues!

Nous avons aussi reçu beaucoup de très bons commentaires par exemple:

- «ateliers diversifiés et bien animés»;
- «poumons + mises en situation très appréciées»;
- «Bravo à l'équipe d'inhalothérapie, un mélange parfait entre théorie et pratique»;
- «Élèves passionnées»;
- «Très bons animateurs».

Le deuxième questionnaire s'adressait aux enseignants qui ont aussi beaucoup apprécié l'atelier. Selon eux, la vulgarisation et la participation interactive favorisaient les apprentissages et ont permis de renforcer des notions déjà apprises en classe, sur le système respiratoire notamment.

Malheureusement, les retombées et l'incidence d'une telle présentation sur les jeunes et leurs choix futurs ne peuvent être évaluées maintenant. Avec notre projet, nous souhaitions faire comprendre aux jeunes à quel point la cigarette est néfaste pour la santé et aussi, secrètement, tenter d'influencer leur choix de carrière! Nous ne saurons jamais si le message est passé. Nous pouvons juste espérer très fort! Nous savons pertinemment qu'une multitude d'autres facteurs et informations les influenceront au moment de ces deux choix. Toutefois, nous espérons qu'ils se rappelleront cette expérience le moment venu.

Nous avons nous-mêmes «subi» l'influence d'une enseignante et son idée un peu fantasque qui nous a incitées à faire ce projet. Nous avons



Alex Bougie et Cloé Marcil, étudiantes du Collège de Valleyfield et gagnantes du concours *Place à la relève* 2014 pour le Québec

donc imaginé des ateliers amusants et divertissants pour les jeunes, mais il nous a aussi fallu considérer l'aspect pédagogique, pour que les activités soient aussi éducatives.

Nous sommes très fières de cet accomplissement parce que c'était un projet d'envergure pour deux étudiantes de première année! Comme c'était aussi la première fois que le département d'inhalothérapie participait à l'activité *École ouverte sur son milieu*, nous avions des doutes quant à l'intérêt qu'allaient susciter nos ateliers. Heureusement, enseignants et élèves étaient attirés par les ateliers, même si c'est une profession méconnue. Nous espérons que les prochaines cohortes suivront nos pas et continueront de faire vivre ce beau projet. Nous

aimerions que plus d'écoles primaires partout au Québec aient accès à ce genre d'activité de sensibilisation pour ouvrir les horizons et faire découvrir de belles professions, comme celle d'inhalothérapeute qui gagne à être connue. Mais, il n'y a presque pas de promotion de la profession auprès des jeunes. Toutefois, grâce à notre projet, 397 jeunes connaissent l'inhalothérapie et savent qu'il n'y a pas que des médecins et des infirmières dans un hôpital! Et c'est sans compter le nombre de personnes à qui ils en ont parlé! Notre but était de faire découvrir la profession aux jeunes et les résultats obtenus nous prouvent que c'est mission accomplie! Nous croyons avoir fait une différence auprès des jeunes rencontrés.

En terminant, nous n'aurions pu réaliser ce projet sans l'aide de nos professeurs. Nous les remercions pour leur soutien et leur encouragement tout au long de cette belle aventure. Nous sommes fières d'être vos étudiantes, car c'est grâce à vous que nous cheminons un peu plus chaque jour comme futures professionnelles, mais aussi comme individu.



respiralogics™
respiralogics.com

Danny Ties™

Support unique pour tube avec un concept confortable qui minimise l'irritation et qui stabilise la trachéotomie



Sil.Flex™ Stoma & TC Pads

Coussins innovatifs qui absorbent la pression au site de la stomie

mmsi
McARTHUR
MEDICAL SALES INC.

Disponible au Canada par **McARTHUR MEDICAL SALES INC.**

800 996 6674 / 519 622 4030 | mmsi@mcarthurmedical.com | mcarthurmedical.com

inh.

Trois lettres responsables



par **Bernard Cadieux**, inh., M.A.P., M. Sc., syndic.

Comme nouveau syndic de l'OPIQ et responsable du Bureau du syndic, je vous invite à lire cette chronique, nouveau genre, qui traitera essentiellement des devoirs et obligations des inhalothérapeutes lors de leurs activités professionnelles. Loin de vouloir être soporifiques et moralisatrices, nous souhaitons que ces chroniques vous permettent de saisir l'importance que revêt un titre professionnel.

Nous espérons qu'elles suscitent une démarche réflexive, car elles ont pour principal objectif, porté par des mises en situation, de permettre une meilleure compréhension de ce que signifie « être un professionnel ». Loin d'avoir une approche répressive et contraignante, voire coercitive, dans nos actions en lien avec la fonction de syndic, nous croyons que la mise en place d'une communication régulière, ainsi qu'un rappel des devoirs et des obligations professionnelles, ne peuvent qu'être bénéfiques pour répondre aux différentes situations et questions qui nous sont adressées par le public et les membres.

Qu'en est-il de nos devoirs et obligations professionnelles ?

Notre adhésion, comme ordre, au système professionnel québécois, scelle notre engagement à bien protéger le public. Pour les membres de l'OPIQ, le simple fait de signer et d'apposer le titre *inh.* signifie que les inhalothérapeutes s'engagent dans toutes leurs actions à assurer aux patients des soins de qualité et sécuritaire, et ce, dans toutes les facettes de la profession.

Le mandat des ordres, d'assurer la protection du public, est encadré par une série de lois et de règlements qui décrivent les devoirs et obligations des professionnels qui en sont membres. Citons en exemple, le *Code des professions*, le *Code civil du Québec*, le *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, les *Règlements de l'OPIQ*...

Bien souvent méconnus, ces documents régissant la pratique sont relégués aux oubliettes dans le brouhaha quotidien de la plupart d'entre nous.

Toutefois, il faut garder en mémoire un principe associé à notre système juridique soit : « nul n'est censé ignorer la loi » ou pour certains *boomers* qui ont eu des cours de latin *Nemo censeatur ignorare legem*. Sans nous attendre à que tous connaissent par cœur ces documents, nous nous appliquerons, par ces chroniques déontologiques, à démystifier les grands principes de ces écrits et à démontrer leur application dans votre quotidien de clinicien.

Intégrité, disponibilité, diligence, indépendance et désintéressement, responsabilité, respect des normes, actes dérogatoires, fautes déontologiques sont autant de mots qui, lorsque pris individuellement, signifient peu de choses pour les professionnels. Toutefois, ces termes prennent un sens au quotidien. En effet, la pratique clinique foisonne de situations où les inhalothérapeutes doivent les considérer, et ce, dans tous les champs d'activités. Les devoirs et obligations que nous avons envers le public, les clients et la profession sont au cœur de nos gestes quotidiens. Cette chronique, sans prétention, visera à vous rappeler l'importance du savoir-être dans un monde où votre savoir et votre savoir-faire sont fortement sollicités.

Tout comme en gestion de la santé, la philosophie du Bureau du syndic repose sur la prévention et la promotion des comportements attendus. Comme le dit si bien la maxime : « mieux vaut prévenir que guérir ».

Bonne lecture!



SYNDIC

**Retour au travail
Membre**

Vous devez être inscrit à titre de membre actif pour la date prévue de retour au travail.

Vous devez informer l'Ordre au moins trois jours avant votre retour et défrayer le montant correspondant à la différence entre le statut de membre actif à non actif.

Avis de suspension du droit d'exercice

Avis est par les présentes donné, que pour la période du 25 juillet au 5 septembre 2014, les inhalothérapeutes suivants font ou ont fait l'objet d'une suspension du droit d'exercice, imposée par le comité exécutif ou le Conseil d'administration de l'Ordre, en vertu de l'article 10 du *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*.

Nom	Permis
Jessica Dufour*	04032
Myriam Jean-Eugène	11055
Louise Major*	88045
Richard Ménard	97013
Éloïse Cantin	12209
Elsa Cruz*	12229

* Lorsque le nom d'une personne est suivi d'un astérisque, cela signifie qu'elle a terminé les heures de formation continue manquantes et est maintenant membre en règle de l'OPIQ.

Pour vérifier si ces personnes ont satisfait aux exigences, consultez le [Tableau des membres](#) ou communiquez au 514 931-2900 ou 1 800 561-0029, poste 21.



**Fier assureur
des membres
de l'Ordre
depuis près
de 20 ans**



Nous sommes là pour vous protéger dans
l'exercice de vos activités professionnelles!
N'hésitez pas à nous contacter pour
toute question sur votre programme
d'assurance.

1 800 644-0607
lacapitale.com/opiq-rs


La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

Rénover sans fracas financier

par le service de rédaction, Banque Nationale

Lorsqu'on est propriétaire d'un condo ou d'une maison, on a parfois l'impression qu'on n'en finira jamais avec les travaux. Pensons entre autres au grand ménage de printemps, à la modernisation de notre décor selon les nouvelles tendances, aux rénovations, aux réparations, ou encore aux travaux d'entretien saisonniers : la liste est longue !

Quelle que soit la situation dans laquelle vous vous trouvez, si vous planifiez entreprendre des rénovations sous peu, voici quelques conseils pour redonner fraîcheur à votre demeure, sans avoir à casser votre tirelire* !

Planifiez en fonction de votre budget

Il peut sembler évident de dire que la planification est essentielle à tout projet de rénovation, mais bien des gens entreprennent des travaux sans anticiper où leurs désirs pourraient les mener. Après tout, tant qu'à redonner de la couleur à nos murs intérieurs, pourquoi ne pas remplacer les éclairages ou ajouter des étagères ? Bien que mineurs, ces ajouts font monter rapidement les coûts de la réno.

Ainsi, avant de commencer, assurez-vous de faire une liste complète de tout ce que vous aimeriez faire et priorisez les activités selon votre budget disponible. Nécessairement, si vous devez entreprendre des travaux importants, vous pourriez devoir considérer obtenir du financement. Si c'est le cas, commencez tout d'abord par communiquer avec votre institution bancaire. Des conseillers pourront ainsi vous guider quant aux possibilités qui s'offrent à vous. Par exemple, il est possible que vous puissiez refinancer votre prêt hypothécaire pour y inclure le coût de vos rénovations, surtout si ces dernières ajoutent de la valeur à votre résidence, ou avoir recours à certaines solutions, comme une marge de crédit hypothécaire, pour avoir accès au financement nécessaire pour vos travaux.

Planifiez pour l'avenir

Une fois votre plan et budget établis, développez une stratégie d'épargne pour les projets que vous devez mettre en suspens. N'utilisez votre carte ou marge de crédit que pour les travaux mineurs que vous pourrez rembourser rapidement, car les intérêts facturés aux soldes impayés sur ces produits sont généralement beaucoup plus élevés que les solutions bancaires offertes spécifiquement pour la rénovation de votre résidence. Par exemple, si vous savez que votre espace extérieur devra être réaménagé

dans un an, calculez-en les coûts et commencez dès aujourd'hui à économiser pour le moment venu.

Cette proactivité vous permettra également de garder l'œil sur les offres spéciales, que ce soit les spéciaux de matériaux en magasin ou les références d'experts pour le travail à effectuer. Vous pourriez par exemple commencer à acheter des matériaux peu à peu, de sorte qu'à l'arrivée du prochain été, vos dépenses seront bien moins élevées !

Évitez les mauvaises surprises

Vous avez décidé de refaire votre salle de bain et avez suivi nos conseils, en planifiant votre projet en détail. Bravo ! Mais voilà qu'en ouvrant un mur, vous constatez la présence de moisissure...

Malheureusement, les imprévus sont fréquents lorsque l'on entreprend de gros projets de rénovation. Puisqu'il est difficile de les anticiper, il importe d'élaborer votre budget de sorte à y laisser suffisamment d'espace pour réagir, advenant une telle situation. Et si par chance tout va comme vous l'aviez espéré, vous aurez alors le plaisir d'avoir mis quelques dollars en surplus de côté !

Lorsque votre budget ne permet pas de remédier à l'imprévu, la meilleure solution s'avère de réviser votre projet : y a-t-il des éléments ou matériaux que l'on peut substituer ou un achat qu'il est possible de différer ? Si vous ne pouvez modifier votre projet de sorte à pallier le manque à gagner, pensez à rencontrer votre conseiller pour connaître les solutions de financement offertes à votre institution financière.

En planifiant vos travaux en fonction de votre temps, de votre budget et de votre expertise en la matière, vous mènerez à terme tous vos projets avec grande satisfaction... et peut-être même quelques dépenses épargnées ! Bonnes rénovations !

Pour obtenir davantage de conseils sur le financement de la remise à neuf de votre demeure, consultez le bnc.ca/maison.

* Les informations présentées dans cette chronique le sont à titre informatif seulement et elles ne sont pas exhaustives. Pour tout conseil concernant vos finances et pour plus de détails sur nos solutions de financement, veuillez consulter votre conseiller de la Banque.

UN PROGRAMME FINANCIER POUR VOTRE VIE APRÈS LE TRAVAIL



La Banque Nationale a un programme financier¹ adapté aux **inhalothérapeutes** qui donne accès à des privilèges sur un ensemble de produits et de services, tels que :

- › Le compte bancaire² en \$ CA ou en \$ US;
- › La carte de crédit Platine MasterCard^{MD} Banque Nationale³;
- › Les solutions de financement comme la marge de crédit³ et le Tout-En-Un^{MD1, 3};
- › Les solutions de placement et de courtage offertes par nos filiales.

Fière partenaire de



bnc.ca/specialistesante
Adhésion en succursale

1 Le programme financier de la Banque Nationale constitue un avantage offert aux spécialistes de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, inhalothérapeutes, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes, technologistes médicaux et technologues en radiation médicale), qui détiennent une carte Platine MasterCard de la Banque Nationale et qui sont citoyens du Canada ou résidents permanents canadiens. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée. 2 Compte bancaire avec privilège de chèques. 3 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. Certaines conditions s'appliquent. ^{MD} MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé : Banque Nationale du Canada. ^{MD1} Tout-En-Un Banque Nationale est une marque déposée de la Banque Nationale.

À L'AVANT-SCÈNE



LIVIA BATTISTI

Cette chronique qui se veut ludique vous offre l'occasion de mieux connaître un pair. Apprenez-en un peu plus sur la récipiendaire du prix Élane-Trottier 2014.

Occupation. Inhalothérapeute, ÉCA.

Âge. 50 ans.

Lieu de travail. CHU-Hôpital St-François-D'Assise.

Statut. En couple et mère de famille.

Bu. Un bon vin partagé avec des amis et, dans le Sud, un petit apéritif joliment coloré, le *Blue Lagoon*.

Lu. Livres qui portent sur la flore et la faune, le jardinage, ainsi que des revues traitant d'aménagement extérieur et de décoration intérieure.

Vu. Le dernier spectacle de James Blunt.

Voulu. Retourner en Europe et faire découvrir l'Italie à mon chum.

Reçu (cadeau, conseil, etc.). Lauréate (2014) du prix Élane-Trottier et également du Prix de l'éducatrice de cœur et d'action (2000) remis par le Réseau québécois asthme et MPOC (RQAM).

Sur une île déserte, vous apportez.

Mon chum, car il saura cuisiner de bons plats, peu importe ce qu'on y retrouvera comme produits de base.

Un voyage inoubliable. Un voyage en Italie au sein de notre famille italienne alors que j'étais accompagnée de l'une de mes sœurs et où j'ai eu l'occasion de connaître plusieurs nouveaux membres de ma famille.

Votre plus belle réussite personnelle.

Mes fils qui sont maintenant des adultes responsables et à qui nous avons su transmettre de belles valeurs familiales.

Votre plus belle réussite

professionnelle. La mise en place du centre d'enseignement en asthme dans mon milieu ainsi que la mise en place d'un solide réseau professionnel qui m'a permis de développer des relations significatives avec différents professionnels de la santé. Ainsi, j'ai pu compter sur l'appui et le soutien indéfectible de plusieurs d'entre eux dont, par exemple, le Dr Jean-Guy Parent, pneumologue et médecin-superviseur du CEAM.

Un remède quand tout semble difficile.

Si les choses ne se passent pas toujours comme on le voudrait, il est important de savoir lâcher prise et d'attendre la suite des choses.

Un objectif à atteindre. Savoir bien vieillir et pouvoir mener à terme mes principaux projets.

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes. Tout simplement de s'impliquer activement dans toutes les activités et les différents comités susceptibles de mieux faire connaître notre profession ainsi que nos compétences.

Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez. Enseignante.

Le bonheur pour vous, c'est quoi ? C'est simplement de profiter du moment présent avec tous ceux que j'aime.



Bilan de la période 2012-2014 de formation continue



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

La période de référence pour l'obligation de formation continue qui s'échelonnait du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2014 vient de se terminer et tous les délais prévus au *Règlement sur la formation continue obligatoire des inhalothérapeutes* pour que les membres se conforment à leur obligation sont épuisés. L'heure est maintenant au bilan.

Au terme de l'exercice, seulement six (6) inhalothérapeutes ne s'étaient pas conformés à leur obligation d'effectuer trente (30) heures de formation au cours d'une période de référence. Le taux de conformité au règlement pour la période 2012-2014 est donc de 99,8 %. Rappelons que tous les membres de l'Ordre doivent remplir leur obligation de formation continue à l'exception des membres inscrits au Tableau de l'Ordre comme membre non actif pendant une année complète ou encore ceux qui ont demandé et obtenu une exemption du Conseil d'administration pour un motif exceptionnel. Comme en témoigne ce taux de conformité, nous constatons que les inhalothérapeutes prennent leur obligation de formation très au sérieux.

Il est particulièrement intéressant de constater, au terme de cette cinquième période de référence, que l'Ordre a transmis moins d'avis de non-conformité au règlement qu'après les périodes précédentes. Ainsi, au début du mois de mai, nous avons envoyé par courrier recommandé une lettre enjoignant à 193 inhalothérapeutes de compléter les heures manquantes à leur dossier dans les soixante (60) jours. De ces 193 membres, trente (30) ont reçu une dernière lettre les avisant que leur droit de pratique serait suspendu par le comité exécutif lors de sa prochaine séance s'ils ne se remplitaient pas leur obligation d'ici là. De ce nombre, seulement six (6) ont vu leur permis suspendu.



Cette année marque le dixième anniversaire de l'entrée en vigueur du *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*. L'Ordre est fier du chemin parcouru, tant du point de vue des formations offertes aux membres, que de l'intérêt des inhalothérapeutes pour la formation continue.

Bien que la formation continue obligatoire soit pour l'Ordre un élément important de l'encadrement de la profession, elle constitue également une valeur ajoutée qui bénéficie tant aux inhalothérapeutes, aux collègues de travail, qu'aux patients. 



Pour
des soins
à échelle
humaine



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

LA FIQ PASSE À L'ACTION
POUR DE MEILLEURS
SERVICES DE SANTÉ ET
DE MEILLEURS SOINS

sortonsducadre.info/echelle-humaine

FORMATION À DISTANCE

Développez vos connaissances cliniques avec...

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



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

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

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

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



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

Renseignez-vous!

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

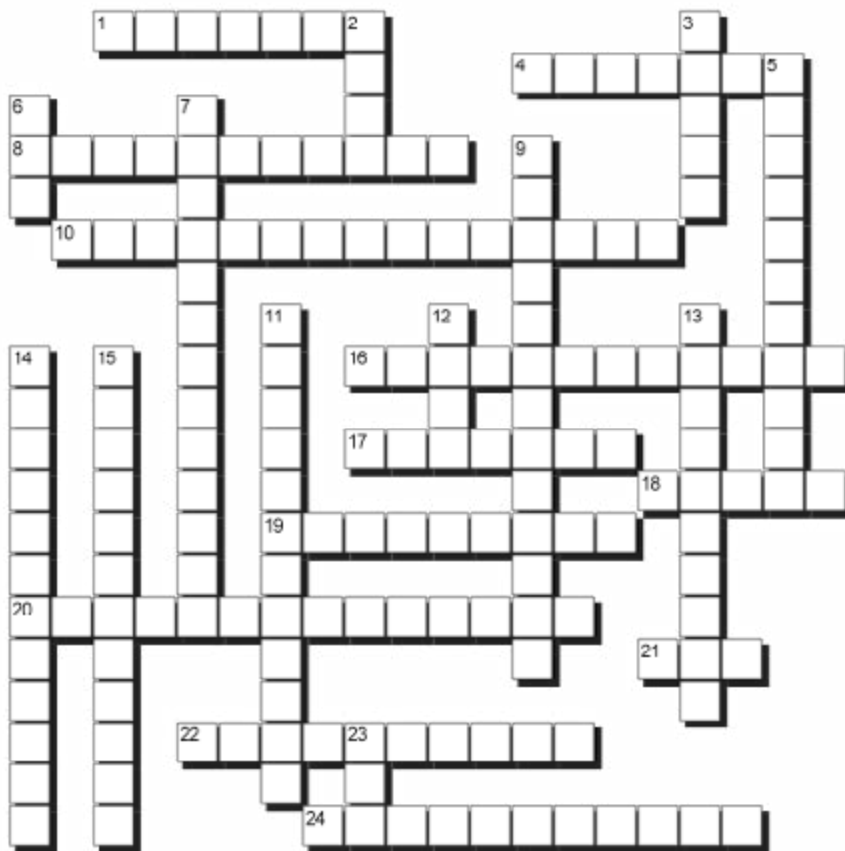
L'ORDRE Y ÉTAIT

- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) :
 - assemblée régulière des membres ;
 - comité organisateur du Colloque du Forum des syndics ;
 - comité directeur du Forum des syndics.
- Rencontre CMQ-OIIQ-OPIQ pour les lignes directrices en sédation-analgésie ;
- Journées annuelles de santé publique (JASP) : journée thématique portant sur la collaboration virtuelle en santé publique (comité scientifique) ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/comité des registraires ;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux/plan d'intervention disciplinaire ;
- Institut du Nouveau Monde / les dîners engagés ;
- Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) : rencontre du C.A.

Fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) et sclérodémie systémique

Cet entrecroisé renferme des termes se rapportant à deux maladies rares dont l'une d'elles, la fibrose pulmonaire idiopathique, a bénéficié de percées majeures dans son traitement. Quant à la sclérodémie systémique, les cliniques spécialisées font en sorte que les personnes qui en sont atteintes profitent maintenant d'un meilleur support. Deux maladies rares donc, mais où il y a de l'espoir.

Bon entrecroisé!



Horizontalement

- 1 Trouble de la vasomotricité des extrémités des membres. Syndrome ou phénomène de ...
- 4 Nom du médecin à qui l'on doit le terme médical « sclérodémie ».
- 8 Nom générique du nouvel immunosuppresseur pour traiter la fibrose pulmonaire idiopathique.
- 10 Examen au microscope des capillaires du derme et de la muqueuse conjonctivale.
- 16 Immunosuppresseur utilisé dans le traitement de la FPI.
- 17 Examen consistant en un prélèvement de tissus pour le soumettre à différents examens.
- 18 Leur expression s'efface en présence de sclérodémie.
- 19 Production, dans l'organisme, de dépôts de sels de calcium.
- 20 Dilatation visible des capillaires du visage et des mains.

- 21 Hypertension pulmonaire.
- 22 Douleur articulaire qui constitue le symptôme dont font part le plus souvent les patients atteints de sclérodémie.
- 24 Contraction involontaire et prolongée d'un ou de plusieurs muscles.

Verticalement

- 2 Diminutif du nom du test de la fonction pulmonaire qui évalue la capacité de diffusion.
- 3 Acronyme qui désigne la sclérodémie systémique limitée.
- 5 Nom donné à l'ensemble qui regroupe les maladies suivantes : sclérodémie, lupus, érythémateux, arthrite rhumatoïde et syndrome de Sjögren.
- 6 Fibrose pulmonaire idiopathique.
- 7 La mesure de sa vitesse indique de façon non spécifique la présence d'inflammation.

- 9 Examen endoscopique de la trachée et des bronches.
- 11 Collagénose.
- 12 Tomographie axiale commandée par ordinateur.
- 13 Type de bruit pulmonaire adventice provoqué par la levée soudaine d'un obstacle séparant deux compartiments gazeux de pression différente au niveau des petites voies aériennes.
- 14 Se dit d'une maladie dont l'origine est inconnue.
- 15 Cellules fusiformes provenant des cellules conjonctives en voie de prolifération.
- 23 Abréviation du symptôme montrant l'atteinte de l'œsophage dans la sclérodémie.



Références

JOYAL, F. 2007. « À propos de la sclérodémie au Québec. », *Sclérodémie Québec*, (2^e éd.), Sainte-Julie, 32 p. [En ligne] [<http://sclerodermie.ca/wp-content/uploads/2014/06/A-propos-de-la-sclerodermie-par-France-Joyal-MD.pdf>]

LÉVESQUE, M. Octobre 2014. « La fibrose pulmonaire idiopathique... Idiote ou sympathique pathologie? », *l'inhalo*, vol. 31, n° 3, p. 8-14.

PRÉVOST, L. et É. PARÉ. Octobre 2014. « La sclérodémie systémique. », *l'inhalo*, vol. 31, n° 3, p. 16-22.

Solution à la page 35
commentaires elaine.pare@opiq.qc.ca



Calendrier des événements

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 5^e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Montréal, 2-3 octobre 2014 2 Semaine de l'inhalothérapeute, du 5 au 11 octobre 2014 3 Formation de base en asthme et en MPOC offerte par le Réseau québécois de l'asthme et la MPOC (RQAM), les 8-9-10 octobre 2014, hôtel Sandman, Longueuil 4 Colloque montréalais 4^e édition, le 18 octobre 2014 5 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 19 au 25 octobre 2014 6 2^e Conférence internationale sur le raisonnement clinique, 28-31 octobre 2014, Hôtel Westin, Montréal | <ol style="list-style-type: none"> 7 Congrès québécois en santé respiratoire, 6 et 7 novembre 2014, Plaza Centre-Ville, Montréal 8 6^e Sommet québécois pour vaincre l'AVC, 14 novembre 2014, Centre Mont-Royal, Montréal 9 Journées annuelles de santé publique (JASP), du 24 au 26 novembre 2014, Centre des congrès de Québec 10 6^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, du 31 mai au 5 juin 2015, Palais des congrès de Montréal |
|---|--|



Avis

Projet de formation sur l'encadrement des étudiants stagiaires

Ne souhaitant pas produire une formation dont le contenu est déjà disponible et accessible (en ligne et gratuitement) aux inhalothérapeutes, ce projet de formation a donc été retiré de notre plan de travail.

Ainsi, pour les inhalothérapeutes désirant suivre une formation de base (ou avancée) complète et de qualité, nous vous invitons à consulter les deux références suivantes :

- [L'art de superviser des stagiaires du Consortium national de formation en santé](#) (volet Université d'Ottawa).
- [Preceptor Education Program](#) (University of Western Ontario).

Bonne formation !

Guide de pratique clinique

À paraître bientôt !

Parler, écouter et écrire : l'art de communiquer en santé

Considérant que la communication est l'outil de travail principal de l'intervenant en santé (Lussier et Richard, 2005) et que l'Institut canadien pour la sécurité des patients a identifié la communication efficace comme l'un des éléments de renforcement pour la sécurité des patients (ICSP, 2008), l'OPIQ publiera sous peu un guide de pratique clinique à l'intention de ses membres.

Table des matières

1. **Communication inhalothérapeute – patient**
 - Étiquette (règles générales de bonnes pratiques cliniques et de conversation sociale)
 - Communication (verbale et non verbale)
 - Écoute active
2. **Communication en santé**
 - Littératie en santé
 - Internet en santé
3. **Communication et adhésion thérapeutique**
 - Éducation thérapeutique du patient
 - Entretien motivationnel

Surveillez les annonces courrielles du [campus OPIQ](#) et le bulletin mensuel *l'Ordonnée* pour connaître la date de mise en ligne de toutes les activités de formation. De même, visitez régulièrement le calendrier des événements pour en savoir davantage sur les activités de formation externes à l'OPIQ qui se tiendront prochainement.



Réglementer l'**e-cigarette**

Le vapotage est à la mode. Toutefois, au Québec, comme ailleurs au Canada, sa fabrication, sa vente et son usage restent mal encadrés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a rendu public, en août dernier, un rapport dans lequel elle demande aux gouvernements d'en interdire la vente aux mineurs et l'usage à l'intérieur des lieux publics fermés.

Selon l'OMS, « les données existantes montrent que l'aérosol produit par les inhalateurs de nicotine n'est pas de la simple vapeur d'eau comme le prétendent souvent les stratégies de marketing de ces produits ».

Ces recommandations seront débattues lors de la conférence des parties à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac qui aura lieu du 13 au 18 octobre à Moscou. Un dossier à suivre.

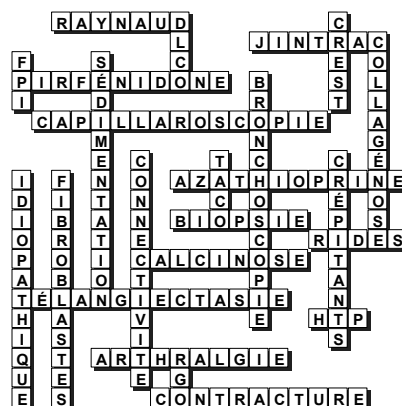
Activité de formation continue le 31 octobre 2014 à l'auberge Godefroy de Bécancour.

Vous êtes conviés à une demi-journée de formation continue qui aura lieu tout de suite après la tenue de l'AGA. Nous vous présenterons deux conférences qui, bien qu'elles sortent un peu des sentiers battus en termes de pratique clinique, sont tout à fait dans l'ère du temps !

Au plaisir de vous y rencontrer !

Pour plus de détails et vous inscrire, cliquez ici.

Solution de l'entrecroisé



Les inhalos font parler d'eux... Ou d'elles dans ces cas-ci !

Les inhalothérapeutes du programme de rééducation respiratoire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, en particulier mesdames Anne Bélanger, Karine Gendreau et Carole Prud'Homme, ont reçu les remerciements d'un patient par le truchement d'un article dans la section *Opinions* de l'édition du jeudi 28 août 2014 du journal régional *Le Canada français*. Il les remercie et indique que, grâce à leurs enseignements, il constate une nette amélioration de sa qualité de vie avec une meilleure tolérance à l'effort et un meilleur contrôle sur sa respiration.

La beauté selon Anny, grande brûlée

C'est le titre de la dernière chronique de Louise Gendron, chroniqueuse pour la revue *Châtelaine*, au sujet de la beauté. Elle y relate son entretien avec Anny Berthiaume, inhalothérapeute de la région de Québec, qui rappelle que, la beauté, ça se passe entre les deux oreilles. Une entrevue touchante et inspirante... La photo qui illustre l'article est, par ailleurs, superbe.



QUESTIONNAIRE

Questions relatives au texte

La fibrose pulmonaire idiopathique: idiote ou sympathique pathologie? en pages 8-14.

Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 90 % pour la reconnaissance d'une heure de formation qui sera inscrite à votre dossier.

01

Quel est le nouveau médicament pour le traitement de la FPI qui vient d'être présenté au congrès de l'*American Thoracic Society* et dont les résultats de l'étude ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine*?

- a) Méthadone
- b) Tramadol
- c) Pirfénidone
- d) Panadol

02

Quelles sont les caractéristiques de la radiographie pulmonaire chez le patient atteint de FPI?

- a) Présence d'opacités réticulaires périphériques prédominantes sur le sommet des poumons et perte de volume au niveau du lobe supérieur.
- b) Présence d'opacités réticulaires périphériques prédominantes sur les bases pulmonaires et perte de volume au niveau du lobe inférieur.
- c) Présence d'hyperclartés prédominantes sur le sommet des poumons et perte de volume au niveau du lobe supérieur.
- d) Présence d'hyperclartés prédominantes sur les bases pulmonaires et perte de volume au niveau du lobe inférieur.

03

Parmi les énoncés suivants, lequel NE FAIT PAS partie des symptômes de la FPI ressemblant à ceux de certaines maladies?

- a) Asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique
- b) Insuffisance cardiaque congestive
- c) Autres maladies pulmonaires fibrosantes
- d) Embolie pulmonaire

04

Quel est le nom de l'examen qui est souvent employé lors de l'évaluation clinique initiale et longitudinale du patient?

- a) Test à la marche 6 minutes (TM6)
- b) Bilan de base pulmonaire
- c) Test à la métacholine
- d) Test d'allergie

05

VRAI ou FAUX

La fibrose pulmonaire idiopathique frappe particulièrement les hommes âgés de 50 et 80 ans.

06

VRAI ou FAUX

Le remplacement de tissus pulmonaires sains par du tissu cicatriciel reste réversible à ce jour.

07

VRAI ou FAUX

Afin d'établir le diagnostic, le médecin doit considérer le côté clinique, les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et d'autres données pathologiques.

08

VRAI ou FAUX

De fins crépitants inspiratoires aux deux bases pulmonaires sont présents chez la plupart des patients.

09

VRAI ou FAUX

Un déclin de 10 % de la CVF chez un patient atteint de FPI est considéré cliniquement significatif et constitue un prédicteur important d'un risque accru de décès.

10

VRAI ou FAUX

Le pronostic des patients atteints de FPI est favorable.

MAQUET

GETINGE GROUP

SERVO-U

PLATEFORMES VENTILATOIRES SERVO



L'innovation, c'est vous!

MAQUET — The Gold Standard.

MAQUET-DYNAMED INC.
235 Shields Court, Markham
Ontario L3R 8V2, Canada
Phone: +1 905 752 3300
Fax: +1 905 752 3304
info@maquet-dynmed.com
www.maquet-dynmed.com



L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.