

BULLETIN

Volume 28 - automne 2011- hiver 2012



*Dominique Massie,
Directrice générale.*

Cette année encore, l'Association pulmonaire du Québec a le plaisir de vous présenter un bulletin complet qui vous offrira de l'information pertinente au sujet des maladies respiratoires, de nos services et de nos activités effectuées et à venir. Vous trouverez aussi les articles de nos prestigieux collaborateurs, que je remercie infiniment. Je suis certaine que leur expertise, leurs conseils et leur approche enrichissent vos connaissances au sujet des maladies. Je vous souhaite une bonne lecture et n'oubliez pas que l'Association pulmonaire du Québec compte sur votre participation afin d'accomplir sa mission.

MERCREDI 21 Espace | 5524, rue Saint-Patrick,
MARS 2012, 18H WAVE | Montréal (Qc) H4E 1A8



Le coin du pneumologue.

La découverte d'un nouveau médicament en santé respiratoire; survol des différentes étapes de la recherche



*Pierre Larivée MD
- Chef du service
de pneumologie du
Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke.
- Professeur titulaire
au département de
médecine de la faculté
de médecine et des
sciences de la santé
de l'Université de
Sherbrooke.*

L'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de maladies respiratoires repose, entre autres, sur la découverte de nouveaux médicaments. Nous avons assisté au cours de la dernière année à la mise en marché de deux nouveaux médicaments en pneumologie, le ZenhaleMC (mométasone-formotérol/Merck), inhalateur destiné au traitement de l'asthme, et le DaxasMC (roflumilast/Nycomed), médicament à prise orale pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Quelles sont les étapes de recherche précédant la commercialisation de votre nouveau médicament?


Le développement d'un nouveau médicament est le fruit d'un processus complexe, long et coûteux visant à confirmer l'efficacité clinique et la sécurité du futur médicament. La lecture de ce texte vous permettra d'en connaître davantage sur le processus de mise au point d'un médicament novateur.

Il faut près d'une quinzaine d'années pour compléter les étapes de développement d'un médicament à partir de l'identification de la molécule cible jusqu'à la commercialisation du produit final. Les coûts associés aux différentes étapes de ce long processus sont estimés à plusieurs centaines de millions de dollars. Les différentes étapes comportent la recherche fondamentale, les études précliniques, les essais cliniques chez l'humain (phases 1 à 4), l'enregistrement, la commercialisation et les études de surveillance suivant la mise en marché. On estime qu'une seule molécule cible sur 10,000 franchira avec succès les différentes étapes de recherche pour se retrouver un jour derrière le comptoir pharmaceutique. Il importe de préciser que l'approbation des nouveaux médicaments relève de la compétence de Santé Canada.

La première étape, la recherche fondamentale précède toujours la recherche clinique. Au Québec, plusieurs cher-

cheurs de renom en santé respiratoire excellent dans l'élucidation des mécanismes fondamentaux menant à l'apparition des différentes maladies respiratoires. La recherche fondamentale s'effectue donc principalement dans les universités mais aussi dans les sociétés fabriquant les médicaments. Une communication améliorée entre le secteur universitaire et les sociétés pharmaceutiques permet d'optimiser le transfert des découvertes prometteuses du secteur universitaire vers l'industrie et ainsi favoriser l'émergence de nouveaux médicaments. Cette recherche permettant d'identifier des cibles pharmacologiques potentielles est souvent réalisée en laboratoire sur des cellules respiratoires, des tissus respiratoires (bronches, poumons) ou chez l'animal. Elle englobe également la chimie médicinale qui permet l'élaboration de nouvelles molécules avec potentiel thérapeutique. Une fois la molécule potentiellement efficace découverte, l'on procède alors à un dépôt de brevet afin de protéger l'innovation liée à cette molécule pendant 20 ans. Les sociétés innovatrices ont besoin de la période garantie d'exclusivité sur le marché pour pouvoir assurer le prix des médicaments et ainsi récupérer les coûts de la recherche-développement et financer

la mise au point de nouveaux produits. Les études précliniques se font essentiellement sur les animaux et servent à établir les caractéristiques biologiques et pharmacologiques de base et à affirmer la sécurité du médicament candidat. Ce n'est que si le médicament potentiel franchit avec succès les études de toxicité chez l'animal que l'on pourra procéder avec les essais cliniques chez l'humain. La compagnie pharmaceutique doit soumettre un rapport détaillé des études précliniques à la Direction Générale de la Protection de la Santé (DGPS) pour obtenir l'autorisation de poursuivre son programme de recherche chez les sujets humains. Les essais cliniques servent à fournir des preuves scientifiques de l'efficacité et de l'innocuité d'un médicament pour l'humain. L'aspect le plus important des essais cliniques est la protection de la sécurité des patients. Avant de pouvoir commencer, une étude clinique doit d'abord être approuvée par un comité d'éthique. Les médecins chercheurs qui mènent ces études cliniques sont tenus de suivre des procédures rigoureuses et de se conformer à de strictes règles déontologiques. La participation des patients à un essai clinique doit être volontaire et un consentement éclairé doit être obtenu.

(suite au verso) 



SOMMAIRE

Éditorial	P. 1
Le coin du pneumologue	P. 1
MPOC: Le succès passe par l'implantation d'un modèle de soins participatifs ?	P. 2
Le cancer du poumon dépistables!	P. 3
La spirométrie face aux symptômes respiratoires... Nécessaire?	P. 3
La vaccination, une bonne décision.	P. 4
Les donateurs mensuels.	P. 4
Le radon: Un gaz surnois venu du sol	P. 4
Feu vert pour un vaccin contre la grippe pour adultes!	P. 5
Se faire vacciner contre le pneumocoque, une bonne décision !	P. 6
Santé Canada approuve FLUAD®	P. 6
Derby Démolition	P. 6
Tournoi de golf	P. 6

pq.poumon.ca



Ces essais cliniques se divisent en quatre phases qui doivent être franchies successivement avant d'obtenir l'autorisation de mise en marché du médicament :

Études de phase 1 : Études réalisées chez un petit groupe de sujets sains volontaires (20 à 100 participants) afin d'étudier la pharmacocinétique, la tolérance et la toxicité du médicament. Ces études sont réalisées en milieu hospitalier sous surveillance médicale rigoureuse, le but premier étant de s'assurer de l'aspect sécuritaire du médicament à l'étude.

Études de phase 2 : Études réalisées chez un petit groupe de patients volontaires atteints de la maladie respiratoire (100 à 500 participants) dans laquelle on veut démontrer l'efficacité du médicament à l'étude. Ces études généralement réalisées en milieu hospitalier fourniront des données sur la dose efficace, la tolérance et la survenue d'effets indésirables.

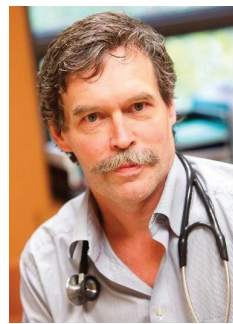
Études de phase 3 : Études pivot menées auprès de groupes de patients plus importants (500 à 10,000 participants) visant à confirmer l'efficacité et la sécurité du médicament à l'étude. Réalisées en milieu hospitalier ou ambulatoire, ces études comparent le nouveau médicament au traitement standard (s'il y en a un) ou à un placebo (si aucun traitement de référence n'existe). Le médicament qui a traversé la phase 3 avec succès peut être ensuite analysé par Santé Canada; s'il est approuvé, il pourra être commercialisé.

Études de phase 4 : Études de surveillance visant à documenter l'utilisation post-commercialisation du médicament auprès d'un très grand nombre de patients. Ces études procurent un suivi prolongé de l'efficacité, des réactions indésirables et des interactions médicamenteuses. Elles sont réalisées dans des conditions normales d'utilisation souvent dans un contexte ambulatoire.

Chaque année, on lance sur le marché canadien environ 80 nouveaux médicaments dont seulement 10% de ces derniers représentent des innovations ou améliorations importantes en regard des médicaments déjà existants.

Il ne reste plus qu'à prendre votre médicament régulièrement selon les recommandations de votre professionnel de la santé. Bonne santé pulmonaire!

MPOC: Le succès passe par l'implantation d'un modèle de soins participatifs ?



Docteur
Jean Bourbeau
Directeur de la
clinique MPOC
Institut thoracique de
Montréal, CUSM

Nathalie Saad, MD, résidente en pneumologie et Jean Bourbeau, MD, pneumologue, Institut thoracique de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Québec.

Actuellement, la MPOC est la première cause d'hospitalisation au Canada et est en voie de devenir la troisième cause de décès. Malgré l'ampleur des ravages causés par la MPOC, elle est relativement inconnue et ignorée par le public ainsi que dans notre système de santé. Les patients souffrant de MPOC n'ont généralement pas droit au même capital de sympathie que les patients atteints d'autres maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète ou l'Alzheimer. Qu'en est-il du financement de la recherche spécifique à la MPOC au Québec et

au Canada? En fait, les programmes spécifiques aux maladies chroniques par les organismes du secteur public comme le FRSQ et les IRSC ne mentionnent que très rarement la MPOC comme une priorité de recherche. Il en résulte donc que les travaux de recherche dans ce domaine se trouvent gravement sous-financés. Ceci est difficile à comprendre compte tenu des

fardeaux économiques et sociaux liés à cette maladie.

On s'en voudrait par contre de dresser un portrait entièrement sombre de la situation. Les chercheurs canadiens et québécois sont reconnus comme chefs de file en MPOC. Nous avons assisté ces dernières années à une série d'avancées qui ont changé notre façon de prendre en charge la MPOC et améliorer la vie des gens qui en souffrent. Ces avancées n'ont rien à voir avec une découverte « sensationnelle » en biologie moléculaire ou en génétique. Non, il s'agit plutôt de petits « miracles » de la recherche moderne appliquée, c'est-à-dire cette recherche qui fait peu de bruit mais qui a des applications immédiates sur le système de santé et sur le patient. La recherche en MPOC a démontré que l'implantation d'un modèle de soins participatifs, c'est-à-dire un partenariat avec le patient, permet au patient d'atteindre une meilleure autonomie, une meilleure qualité de vie et une réduction significative des visites à l'urgence et des hospitalisations. Mieux vivre avec une MPOC, c'est possible! Le patient doit s'approprier sa maladie. Ceci est possible pour beaucoup de patients avec la mise en place d'un programme à visée d'autogestion respectant les besoins du patient, ses préférences et ses capacités. Ce programme doit mettre en évidence la réalité de la maladie et créer l'expectative que l'expertise du patient est une composante centrale à la prestation de soins. Le patient doit développer la confiance, les connaissances et les habilités nécessaires afin de prendre en charge sa maladie au quotidien dans le

but de gagner de l'autonomie et augmenter sa qualité de vie.

Un exemple de programme qui permet au patient de s'approprier sa maladie tout en bénéficiant du suivi de professionnels de la santé est le programme Mieux vivre avec une MPOC®. Ce programme permet au patient d'avoir accès à du matériel didactique qu'il peut consulter lorsque nécessaire et lui permet de mieux comprendre et agir sur les situations auxquelles il doit faire face, que l'on pense à une exacerbation, la dyspnée ou la progression de la maladie. Le patient apprend aussi à adhérer et maintenir des comportements de santé, et devenir un « patient expert ». Mais, ce programme et ces outils, sans un suivi approprié ne peuvent pas remplir leur mission. A cet effet le programme comprend aussi un guide de référence pour le professionnel de la santé. Ainsi les approches de soins de la maladie sont standardisées et ces dernières sont mises à jour basées sur les preuves probantes de la littérature médicale.

Le journal Thorax publiait en août 2011 un éditorial par le Dr. Morgan sur l'impact de la responsabilisation des patients atteints d'une MPOC. Il mettait l'accent déjà dans son titre sur le fait que l'autonomisation des patients passe par un point important: l'organisation d'une équipe compétente autour d'un patient qui apprend à devenir plus à même de juger ses symptômes et d'en prendre contrôle en utilisant un plan d'action de façon appropriée. Il en va de même lorsque l'on regarde les lignes directrices canadiennes sur la MPOC. On peut y noter l'importance qui est

donnée à l'utilisation concomitante de l'éducation au patient à visée d'autogestion et d'un suivi par un professionnel de la santé, il est possible de mieux comprendre ce que ceci implique. Les programmes d'autonomisation ou d'autogestion se doivent de regrouper deux composantes importantes: l'amélioration des connaissances du patient et ses habilités à agir au quotidien sur sa MPOC et ses complications, et un intervenant pivot attribué au patient.

Il est important de savoir qu'au Québec un travail est en voie de se faire quant à la mise en place d'équipes interdisciplinaires lors de la création des cliniques réseaux intégrés. Une Clinique Réseau Intégré se définit comme: « une organisation de services favorisant la prise en charge des clientèles vulnérables et de l'ensemble de la population... [et] constitue un amalgame de la CR et du GMF, avec l'ajout d'une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé. ». Cette réorganisation en première ligne permettra de mieux centrer les actions sur le développement du partenariat avec le patient et ses besoins au quotidien.

L'agenda est clair, nous devons faire du patient atteint d'une MPOC un partenaire « participatif ». Les services offerts par le système de santé doivent être centrés sur le patient et évoluer vers un partenariat entre les professionnels et le patient. Le défi est grand mais personne ne doit sous-estimer les succès que nous pouvons accomplir. Nous aurons besoin de plus de recherche appliquée pour augmenter nos connaissances sur les façons de mieux s'adapter aux différents patients et

LISTE DES GROUPES D'ENTRAIDE :

Ahuntsic-Montréal

Le dernier mercredi du mois
De 13h30 à 15h30
CLSC d'Ahuntsic
1165, boul. Henri-Bourassa Est
Montréal

Bécancour Nicolet Yamaska

Le 3^{ème} vendredi du mois
De 18h30 à 20h30.
CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska
675 rue St-Jean-Baptiste, Nicolet
à la cafétéria

Beloil - Apnée du sommeil

Le 12 octobre 2011, 11 janvier 2012 et 28 mars 2012.
De 14h à 16h

Le 17 novembre 2011, 16 février 2012 et 17 mai 2012
De 19h à 21h
Bibliothèque Municipale Beloil
620 rue Richelieu
Beloil QC
Salle : Polyvalente

Drummondville

Le 1^{er} samedi du mois
De 13h30 h à 15h30
Centre communautaire St-Pierre,
salle 3, 575, rue St-Alfred,
Drummondville

Granby

Le 2^{ème} vendredi du mois
De 13h30 à 15h30
Loblaws, Salle communautaire
80, rue St-Jude Nord, Granby

Grand Longueuil

(autrefois St-Hubert)
Le 1^{er} mardi du mois
De 10h à 12h
Loblaws, Salle communautaire
1150, King-George, Longueuil

Laval

Le dernier mercredi du mois
De 14h à 16h au CARL
1515, boul. Chomedey, Laval

Le Gardeur

Le 1^{er} mercredi du mois
De 13h30 à 15h30
CLSC Meilleur
193, rue Notre-Dame
Repentigny (Le Gardeur)

Mont-Joli

Le 1^{er} lundi du mois
De 13h30 à 15h30
CSSS de La Mitis, salle 175
800, av. Sanatorium, Mont-Joli

Montréal - Apnée du sommeil

Date à venir
De 13h30 à 15h
Association pulmonaire du
Québec 5790, Avenue Pierre-de-Coubertin, Montréal

Rimouski

Le 1^{er} lundi du mois
De 13h30 à 15h30
550, St-Germain Est, Rimouski

Saint-Hyacinthe

Le 1^{er} mercredi du mois
Loblaws, Salle communautaire
2000, Boul. Casavant Ouest,
Saint-Hyacinthe

Shawinigan

Le 1^{er} mardi du mois
De 13h30 à 15h30
CSSS de l'Énergie, Salle 202
1265, rue Trudel, Shawinigan

Sherbrooke

Le 1^{er} mardi du mois
De 10h30 à 12h
Résidence Mena'Sen
870, boul. St-François Nord
Sherbrooke

Trois Rivières

Le dernier mercredi du mois
(relâche en décembre)
De 14h à 16h
Salle communautaire du Loblaws
3675 boul des Forges Trois-Rivières
2^{ème} étage, ascenseur disponible

Pour information ou pour démarrer un groupe d'entraide, contactez Lise Vaillancourt au : 1 800 295-8111, poste 231

situations. À cet effet, le soutien de la recherche par les partenaires du secteur privé et les organismes du secteur public comme le FRSQ et les IRSC doivent être présents plus que jamais. Il faudra aussi dans nos milieux cliniques, plus de temps, de motivation et de soutien. Le développement d'un partenariat avec le patient n'est possible que si notre environnement est interdisciplinaire, et ce en soins primaire, secondaire et tertiaire. Pour réussir, cela requiert d'abord une évolution de nos attitudes et de nos valeurs à tous, administrateurs et professionnels de la santé. Le vieillissement de la population combiné aux traitements plus efficaces de plusieurs maladies chroniques fera en sorte que le système de santé ne pourra pas y arriver seul. Ultimement, la population devra se responsabiliser et faire en sorte que la communauté joue un rôle plus important.

Références

- 1 Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K et al. Economic Benefits of Self-Management Education in COPD. *Chest* 2006; 130:1704-1711.
- 2 Bourbeau J, Julien M, Maltais F et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003; 163(5):585-591.
- 3 Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Couns* 2004; 52(3):271-277.
- 4 Bourbeau J, van der Palen J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *Eur Respir J* 2009; 33(3):461-463.
- 5 Morgan MD. Action plans for COPD self-management. *Integrated care is more than the sum of its parts. Thorax* 2011.
- 6 O'Donnell DE, Aaron J., Bourbeau J. et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2007 update. *Can Respir J* 2007; 14(Suppl B):5B-32B.
- 7 Trappenburg JC, Monnikhof EM, Bourbeau J et al. Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: a multicentre randomised controlled trial. *Thorax* 2011.
- 8 Approuvé par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseaux intégrés.

Le cancer du poumon dépistables!



Normand Blais, MD.
Oncologue thoracique.
Centre de Lutte contre
le Cancer du CHUM.

De bonnes nouvelles dans le domaine du dépistage du cancer du poumon. Dans son numéro du 4 août 2011, la prestigieuse revue médicale «New England Journal of Medicine» publie les résultats d'une étude importante portant sur le dépistage du cancer du poumon à l'aide de la tomographie axiale à faible dose. Menée dans 33 centres d'excellence aux États-Unis, plus de 50,000 personnes à haut risque* de développer un cancer du poumon ont été sollicitées pour participer à cette étude, entre 2002 et 2004, et suivies jusqu'à la fin de l'année 2009. Afin d'évaluer si la tomographie axiale offre un avantage par rapport à la radiographie pulmonaire, une moitié des participants a été randomisée (détermination au hasard) à un suivi par radiographie pulmonaire, alors que l'autre moitié des participants a été suivie par tomographie axiale. Les examens, soit la radiographie ou la

tomographie, ont été réalisés au moment du recrutement et ensuite annuellement pour 2 ans. Ceci a permis de collecter des informations sur la performance relative de la radiographie et de la tomographie axiale et surtout, d'évaluer si la tomographie axiale permet de réduire la mortalité causée par le cancer du poumon.

Des résultats préliminaires de cette étude ont été dévoilés par l'Institut National du Cancer Américain au mois d'octobre 2010. On nous annonçait déjà à ce moment une très bonne nouvelle: une diminution des décès par cancer pulmonaire est possible par un dépistage par tomographie axiale à faible dose. Ces résultats font l'objet de la publication récente du New England Journal of Medicine. Une analyse plus approfondie des résultats permet de comprendre les avantages du dépistage, mais aussi certains risques éventuels. D'abord, les trois examens par tomographie axiale ont démontré une tumeur suspecte chez 24% des participants, alors que la radiographie pulmonaire n'était anormale que chez 72% de ce groupe. Fait important: environ 95% des anomalies découvertes avec les deux types d'examens n'étaient pas d'origine cancéreuse. Malgré cela, 1060 cancers ont été découverts avec la tomographie axiale contre 941 cancers avec la radiographie. À la fin de l'étude,

247 participants suivis par tomographie axiale sont décédés de cancer pulmonaire, alors que 309 participants suivis par radiographie pulmonaire sont décédés. Ce résultat se traduit par une diminution de la mortalité par cancer du poumon de 20%. Ce résultat se compare très favorablement aux résultats obtenus avec le dépistage du cancer du sein et de la prostate. À titre de comparaison, la mammographie est associée à une diminution du risque de décès par cancer du sein d'environ 15% alors que le dépistage du cancer de la prostate n'a pas encore été associé à une diminution convaincante de la mortalité due à cette maladie.

Il n'en reste pas moins que le meilleur moyen de réduire le fardeau du cancer pulmonaire demeure la lutte au tabagisme. Malgré cette affirmation facile à écrire, il n'en reste pas moins que les politiques actuelles n'empêchent pas les jeunes adultes de s'exposer au risque de la dépendance à la cigarette et que de nombreux fumeurs seront à risque de cancer pulmonaire pour encore plusieurs années à venir. Tout en travaillant à éliminer la cigarette de notre société, il sera désormais possible de diminuer le fardeau que représente le cancer du poumon par la recherche de tumeurs plus petites, moins avancées et plus faciles à enlever par chirurgie.

Puisqu'il ne s'agit que de la première étude sur le sujet, il est probable que des améliorations techniques puissent améliorer encore davantage les résultats du dépistage du cancer pulmonaire dans le futur. Au Québec, le grand défi sera d'offrir le plus rapidement possible un accès général au dépistage du cancer du poumon tel que disponible actuellement pour les gens à risque de cancer du sein, de la prostate ou du colon.

*: Pour cette étude, les participants jugés à haut-risque étaient âgés de 55-74 ans et avaient une exposition tabagique équivalente à une trentaine d'années d'un paquet de cigarettes par jour et n'avaient pas cessés de fumer plus de 15 ans avant le début de l'étude.

Tomographe axial à faible dose.



La spirométrie face aux symptômes respiratoires... Nécessaire?

Michel Lebel, BSc, infirmier clinicien et intervenant pivot-réseau MPOC, Dr Jean Bourbeau, pneumologue, Institut thoracique de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Québec.

La MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) est une maladie respiratoire causée surtout par le tabagisme et caractérisée par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, de l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations de fréquence et de sévérité croissantes. Le sous-diagnostic de la MPOC demeure un problème important et beaucoup de patients présentent déjà une atteinte pulmonaire avancée au moment où le diagnostic est posé (1).

La spirométrie est requise pour diagnostiquer la MPOC chez les patients présentant des symptômes respiratoires. Par contre, la spirométrie ne doit pas être utilisée comme outil de dépistage chez les patients asymptomatiques. Ces deux recommandations sont basées sur une toute récente publication (août 2011) écrite en collaboration avec les organisations professionnelles suivantes: the American College of Physicians, the American College of Chest Physicians, the American Thoracic Society, and the European Respiratory Society (2), et classifiée comme une forte recommandation avec une évidence de qualité modérée.

La sous-utilisation de la spirométrie n'est pas seulement une problématique en première ligne mais elle existe dans tous les milieux. Le projet RECAP (Réadaptation, Éducation pour la MPOC et Amélioration de la Pratique médicale), un

projet mis en place dans des milieux hospitaliers, a démontré plusieurs écarts de pratique, dont la sous-utilisation de la spirométrie. Moins de 40% des patients vus à l'urgence ou admis avec une MPOC ont eu une spirométrie durant l'évènement aigu (3). Le projet est destiné aux professionnels de la santé pour les aider à l'implantation d'un modèle de qualité de gestion des maladies chroniques.

Il est opportun de regarder dans chacun de vos milieux de pratique comment augmenter l'utilisation appropriée de la spirométrie. Un projet pilote clinique est en cours au CSSS Cavendish. Ce projet, appuyé par la DAMU (Direction des Affaires Médicales et Universitaires), a comme objectif de mettre en place un programme de soins en MPOC destiné aux médecins omnipraticiens de première ligne, afin de les aider à repérer la clientèle MPOC, à poser un diagnostic précoce à l'aide de la spirométrie (inhalothérapeute et spiromètre fournis par le SRSAD (Service Régional de Services À Domicile)) et aider le médecin à entreprendre une prise en charge optimale de cette clientèle par une équipe interdisciplinaire (4). Ce projet pilote sera une expérience unique de la promotion et de l'utilisation appropriée de la spirométrie chez les médecins de première ligne afin d'optimiser la prise en charge de cette maladie chronique souvent négligée. Ce projet servira de guide à l'implantation des projets cliniques MPOC pour tous les autres CSSS de Montréal.

L'utilisation de la spirométrie devrait être présente dans la routine des outils diagnostiques des professionnels de la santé. Pourquoi en serait-il différent avec la MPOC qu'il en est avec les autres maladies chroniques? En posant un diagnostic approprié et précoce, nous pourrions améliorer les chances d'une meilleure prise en charge et conséquemment, d'une meilleure qualité de vie auprès de nos patients.

Liste des références :

1. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2007
2. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: A clinical practice guideline from the American College of Physicians, American College of chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *American college of physicians*, 2 august 2011, *annals of internal medicine*, volume 155, number 3.
3. Optimizing practice in COPD: The RECAP project. *ATS poster* 2008 Sedeno, M.F.; Lebel, M.; and Bourbeau, J.
4. Programme clinique maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) CSSS Cavendish - Programme de modification des habitudes de vie, 1er septembre 2010 Barbeau, C. Direction des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

La vaccination, une bonne décision.

Voici un siècle, les maladies infectieuses étaient la principale cause de décès à travers le monde, même dans les pays les plus développés. Les dangers liés aux maladies infectieuses sont beaucoup plus grands que les risques associés à une réaction sévère à un vaccin. Aujourd'hui, la vaccination permet de prévenir plus de 26 maladies infectieuses.

Ce geste collectif que vous posez permet :

D'augmenter votre protection contre ces maladies.

De contribuer à protéger les autres, particulièrement les personnes vulnérables, contre ces infections.

Se faire vacciner ou pas ?

L'influenza ou la grippe est une maladie respiratoire commune et très contagieuse qui affecte le nez, la gorge et les poumons.

Le virus de la GRIPPE n'est pas un virus stable. Il change (mute) légèrement tous les ans et c'est pourquoi nous devons nous faire vacciner à chaque année.

L'efficacité du vaccin diminue de moitié le risque de contracter la grippe. Il ne permet pas d'annuler les risques liés à la grippe, mais de les diminuer.

Les risques liés à la grippe sont :

Fièvre, toux, courbatures et maux de tête. Fatigue importante pendant une semaine après la guérison. Transmission à des proches ou à des personnes fragiles que l'on côtoie.

Quels sont les risques de la vaccination antigrippale ?

Les vaccins contiennent de l'eau, des sels minéraux et des virus grippaux tués ou fragmentés. Habituellement ils ne contiennent pas d'adjuvant métallique. Les accidents graves sont exceptionnels.

Mythes et réalités liés aux vaccins

Premier mythe : Les vaccins sont inefficaces.

La réalité : En fait, chaque personne est différente, on évalue entre 10 et 15% des gens vaccinés qui ne seront pas immunisés.

Deuxième mythe : Les vaccins comportent de nombreux effets secondaires graves.

La réalité : De 5 à 10% de la population tombera malade. Le risque de subir des effets secondaires graves découlant de la grippe est plus élevé que celui de manifester une réaction néfaste après avoir reçu le vaccin. La majorité des effets secondaires sont mineurs et transitoires. Aucun effet secondaire à long terme n'a été associé aux vaccins qui sont actuellement utilisés.

Troisième mythe : Il est possible de contracter la grippe par suite de la vaccination.

La réalité : Le vaccin renferme des virus morts, il ne peut pas vous donner la grippe.

La vaccination est sûre, simple et... efficace!

Agence de santé publique du Canada. (2009). Guide des parents sur la vaccination. [En ligne]. www.santepublique.gc.ca/vaccination



Les donateurs mensuels

Or

Aline Fortier
Ann Laughlin
Barbara Fletcher
Camille Charlebois
Caroline Cloutier
Christopher Davidson
Debbie Cartier
Dominique Massie
Farag Rizkalla
Francine Lamoureux
Francine Villeneuve
Ghislaine Deslauriers
Gilles Despaties
Ginette Bergeron
Gisèle Tessier-Duquette
Jacques Laparé
Jeannine Tardif-Hébert
Johanne Guénette
Linda Marlow
Lucie Barrette
Lucien Baril
Maria Battagliano
Marie-Hernance Carrier-Cook
Marie-Paule Valois
Maurice Robillard
Michelle Comeau
Pascal Isabelle
Patrick Laniel
Paul Gamache
Raymond Arseneault
Rita Morin
Robert Cumming
Steve Bergeron
Suzanne Souliere
Sylvie Jacob
Yolande Lemire
Yvan Vermette

Argent

Adélaïde Lévesque
Alain St-Amour
André Audet
André Légaré
André Rodrigue
Anne McAslan
Annette Bastien
Béatrice Daoust
Bernard Lachance
Berthe Beauchemin
Brenda L. Chaussé
Bruce Innes

Cécile Dumaine-Major
Claire St-Pierre
Claude Filiatrault
Claude Savard
Claudette Jalbert
Colette Bourque
Daniel Ménard
Denis Bélanger
Denise Drapeau
Diane D. Ouellet
Edmonia Aspirot
Eloïse Napasney
Félix Paquin
Fernand Théoret
Fernande Brosseau
Flore Gervais
Fortunée Kassouf
Francesco Massarelli
François Ippersiel
François Légaré
Françoise Labbé
Frédérique Boucher
Gaëtan Champagne
Gaétane Lapointe
Georges Laoun
Gérard Blanchet
Gérard Ouellet
Gertrude Boudreaux
Gertrude Lacombe
Ghyslaine Cayouette-Goyer
Gilles Imbeault
Ginette Brouillard
Ginette Hardy
Ginette Langlois
Gisèle Lemoyne
Guilaine Deslauriers
Gustave Caron
Guy Audet
Guy Boisclair
Guy Lussier
Guy Vignola
Harold Blenkhorn
Hélène Tremblay
Henriette L. Auger
Herta Kiesling
Irène Vallée
Jacques Galameau
Jacques Nadeau
Jeannine Chevrier
Jean-Paul Lamarre
Jinette Riendeau
Jocelyne Longchamp
Joël Pagé
John Laughrea, M.D.
John R. Blazej

John Small
Joseph Beaulieu
Josiane Brisebois
Kamal Arghydy
Kelland Willis
Kristin Kagerer
La Maison Legault Inc.
Laurette Boies-Lavoie
Linda Hains
Lloyd Sexton
Lorraine Charbonneau
Lucie Marineau
Madame Anne-Marie Crevier
Madeleine Aubry
Madeleine Lavallée
Madeleine Parent
Manon Pineault
Marcel Rioux
Marcelle Demers
Marcelle Rodrigue
Marie Roy
Marielle Daigle
Maude Léonard
Meriza Gélinau
Michel Leduc
Michèle Bisson
Micheline Bilodeau
Monique Barnabé
Monique Bernier
Monique Richer
Monique Soulière
Nicole Béliveau
Nicole Lefebvre
Nicole Lévesque
Normand Muloin
Odette Guimond
Olive May Hughes
Paul-Yvon Tremblay
Pierrette Choquet
Qualitair Inc.
Rachel Tremblay
Rachelle Brouillette
Raymond Jabbour
René Lévesque
Renée Arsenaux
Rita De Repentigny
Roger Guay
Rose-Ange Pardoën
Rose-Hélène Bouffard
Steve Huard
Sylvie Bourdon-Lareau
Thérèse Trempe-Labonté
Yvette Gauthier-Ouellet

Bronze

Albert Bouchard
Albert D'Aoust
Alexandra Muller
Alfred-Déziel Duplessis
André Alix
André Perron
André Savard
Angela Cantafio
Annie Gagné, inh
Bernard Johnson
Bessie Menard
Boromée Bourque
Brian Colwill
Carol Rose
Carole Doré
Carole Garon
Caroline Tohmé
Catherine Provencher-Martineau, inh
Chantal Auclair
Charles Carignan
Charles Ouellet
Christian Riopel
Christine Bourgault
Claire Comtois-Fafard
Claude Dumont
Claudette Beauvoyer
Claudette Morisset
Claudette Quirion
Danièle Émard
Danielle Cusson
Dany Potvin
Denise Fortin
Denise Levert
Éliane Lanouette
Élizabeth Blanchard
Estelle Pelletier-Brisson
Fernand Bernier
Fernand Pagé
Fernande Bergeron-Veillette
Fleurette Cormier
Francine Boily
Francine Plante
Françoise Deschênes
Françoise Legoux
Gaudias Harvey
Georges-Yvon Hudon
Ghislaine Girard
Ginette Faillé
Gisèle Cousineau-Robitaille
Gisèle Talbot
Guy Bouchard
Helen Stanczyk
Hélène Brissette

Hélène Fréchette
Hélène Lévesque
Hélène Tremblay
Jacqueline Larouche
Jacqueline St-Pierre
Jacques Diotte
Janet Mainville
Janine Turgeon
Jean-Denis Simard
Jean-Louis Dubé
Jean-Marc Laviguer
Jeanne-D'Arc Desmarais
Jeannette L. Du Charme
Jeannine Brousseau-Harton
Jeannine Castonguay
Jeannine Crête
Jean-Paul Paquet
Jean-Yves Marceau
Johanne Corbeil
Josée Martel
Josefina P. Alonzo
Joseph-Gaspar Cortézi
Julie Rochette
Julienne Auger-Beaudet
Karine Girard, inh
Léona P. Martel
Liette Thibault
Lilianne Lamontagne
Lisette Caty-Gagnon
Lisette Rousseau
Lorraine Lamoureux
Louis Limoges
Louise Morin
Louise Rousselle-Trottier
Luc Loiselle
Luce Poulin
Lucie Bilodeau
Lucie Bouchard
Lyne Tessier
Lyse Tremblay
Madeleine De Grandmaison
Manon Gonthier, inh
Marcel Massicotte
Marguerite Lamontagne
Marie Gautreau
Marie Gendron
Marie Paquin
Marie Pariseau-Groulx
Marie Sara Godin
Marie-Jeanne Dionne
Marie-Josée Gariépy
Marie-Lise Bujold-Hotton
Marie-Rose Denis
Marie-Thérèse Boucher
Marie-Thérèse Chénard

Mariette Deshaies
Mario Nadeau
Martine Pothier, inh
Michel Dessureault
Michelle Tymocko
Monique Sabourin
Myrthe Langeveld
Nancy Boisvert
Nathalie Lamoureux
Nicole Lévesque
Nicole Paradis
Noël Fortin
Normande Roy
Paul Lafontaine
Paul Marchand
Paul-Émile Brisson
Paulette Bolduc
Pauline Fillion
Pauline Lapointe
Peter Spivey
Philip Price
Pierre Diotte
Pierre Tremblay
Pierrette Lévesque
Pierrette Rochette
Rachel Thibeault
Raffaële Ciocca
Raynael Brunet
Réjean Doré
Réjeanne Cournoyer
René Duval
Richard Tremblay
Rita C. Lalanne
Robert Bourget
Rolande St-Hilaire-Beaudry
Roselyne Guay
Serge Allard
Serge Douville
Serge Lavoie
Simonne Cournoyer-Plante
Solange Bilodeau
Suzanne J. Cloutier
Suzanne Lessard
Suzanne Marchildon-De Carufel
Sylvie Langlois
Sylvio Vendramelli
Valérie Dionne
Vincent Montagano
Vladimir Freud
Yvan Brodeur
Yves Langlois
Yves Tremblay
Yvonne Tremblay



LE RADON : UN GAZ SOURNOIS VENU DU SOL

Par Isabelle Vézina et Mathieu Brossard, Spécialistes en rayonnement, Programme de santé environnementale, Santé Canada – Région du Québec

QU'EST-CE QUE LE RADON ?

Le radon est un gaz radioactif, incolore, inodore et sans saveur que l'on retrouve naturellement dans l'environnement. Présent partout à la surface du globe, il provient de la désintégration naturelle de l'uranium contenu dans le sol et les couches rocheuses.

QUELS SONT LES EFFETS DU RADON SUR LA SANTÉ ?

Lorsque le radon s'échappe du sol dans l'air atmosphérique, il est dilué en faibles concentrations et ne constitue pas un sujet d'inquiétude. Par contre, lorsque les facteurs favorisant sa production, son transport et son accumulation dans un lieu fermé ou mal ventilé sont réunis (dans une maison, par exemple), il peut s'ensuire une accumulation à de fortes concentrations.

En émettant un rayonnement ionisant, le radon se désintègre en particules radioactives appelées «produits de filiation du radon» qui peuvent contaminer l'air que l'on respire et se déposer dans les poumons. L'énergie transmise par les «produits de filiation du radon» aux tissus bronchiques et pulmonaires peut les endommager et, éventuellement, entraîner la formation d'un cancer du poumon. Il s'agit du seul effet à la santé reconnu découlant d'une exposition au radon. Le risque de développer un cancer du poumon dépend de la concentration et du nombre d'années d'exposition. Cependant, dans les mêmes conditions d'exposition, le risque posé par le radon est beaucoup plus grand pour un fumeur que

pour un non-fumeur. Au Canada, on estime que 10% des cancers du poumon seraient attribuables au radon, ce qui en fait la deuxième cause de cancer du poumon après le tabagisme.

COMMENT LE RADON ENTRE-T-IL DANS LES BÂTIMENTS?

Le radon s'infiltré et s'accumule principalement dans les pièces inférieures (au sous-sol, par exemple) des bâtiments. Durant la majeure partie de l'année, la pression atmosphérique à l'intérieur de la maison est inférieure à celle du sol entourant les fondations. La différence de pression qui en résulte aspire les gaz souterrains (dont le radon) dans la maison. En se déplaçant à travers les pores du sol et de la roche sur lesquels les maisons sont construites, le radon peut pénétrer par toutes les ouvertures en contact avec le sol comme les fissures, dans les murs de fondation et dans les dalles de plancher, les joints, les espaces autour des tuyaux de branchement et les montants de support, les siphons de sol et les puisards, les cavités dans les murs et l'alimentation d'eau, les planchers en terre battue, etc. L'eau souterraine provenant des puits privés ou municipaux peut contenir de grandes quantités de radon dissout si elle est en contact avec un sol contenant une importante quantité de radon. Lorsque l'eau est agitée, par exemple lors du lavage ou lors de la douche, elle peut libérer le radon dissout dans l'air ambiant et ainsi contribuer à la concentration en radon ambiante.

COMMENT SAVOIR SI LE RADON POSE PROBLÈME DANS UNE MAISON?

En raison de la multiplicité des facteurs en cause (caractéristiques du sol, type de construction, état des fondations, mode d'occupation et climat), il est très difficile de prévoir la concentration en radon dans une maison. La seule façon de découvrir s'il y a du radon à des concentrations préoccupantes dans une maison est de le mesurer à l'aide d'un appareil de mesure approprié. L'appareil est exposé à l'air de la maison pendant une période déterminée au plus bas niveau de la maison où se trouve une pièce occupée plus de quatre heures par jour, puis envoyé à un laboratoire pour analyse. La mesure du radon se fait en becquerel par mètre cube d'air (Bq/m³). Un becquerel correspond à une désintégration d'atome par seconde.

Certains appareils de mesure permettent d'évaluer la concentration sur une courte période alors que d'autres peuvent recueillir des données sur plusieurs mois. Puisque la concentration en radon à l'intérieur d'une maison varie d'heure en heure et d'une saison à l'autre (les valeurs mesurées l'hiver sont généralement plus élevées), Santé Canada recommande la prise de mesures sur une période de trois à douze mois idéalement entre octobre et avril. Les mesures couvrant une seule saison devraient être effectuées en hiver.

La directive canadienne élaborée en collaboration avec les provinces, stipule qu'il faut prendre des mesures correctives lorsque la concentration moyenne annuelle en radon dépasse 200 Bq/m³ dans les aires normalement occupées d'un bâtiment. Notez qu'il s'agit de la moyenne annuelle, d'où l'importance de mesurer le radon sur une longue période. De façon générale, les concentrations en radon varient entre 30 et 100 Bq/m³ dans les habitations du Québec. On peut toutefois trouver des maisons qui excèdent la ligne directrice dans n'importe quelle région. La seule façon de protéger les occupants est de mesurer la concentration en radon.

Y A-T-IL DES DÉPASSEMENTS AU QUÉBEC?

Au Québec, 9 % des résidences échantillonnées ont présenté un dépassement de la directive selon les résultats préliminaires de la première moitié d'une étude sur le radon menée par Santé Canada dans les résidences à travers le pays (<http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/survey-sondage-fra.php>)

La grande majorité des localités présentent des dépassements de la directive canadienne de 200 Bq/m³. Une localité peut obtenir 50% de dépassements (une maison sur deux) de la directive tandis qu'une autre localité ou même un autre quartier, peut obtenir un seul dépassement sur mille maisons (échelle donnée à titre indicatif seulement). Cela est dû au fait qu'outre la géologie du secteur, les caractéristiques de la maison, le type d'occupation, et même le climat, jouent un rôle prédominant sur le taux de radon observé dans une maison.

QUE FAIRE SI ON OBTIENT UNE MESURE ÉLEVÉE DE RADON?

La complexité, l'efficacité à long terme et les coûts d'exécution reliés aux méthodes de réduction du niveau de radon d'une maison existante varient énormément. L'efficacité de la méthode employée dépendra des particularités de la maison, des concentrations en radon, des voies d'infiltration du radon et de la qualité d'exécution des travaux. Une seule méthode peut s'avérer suffisante pour régler le problème, mais il faut parfois en combiner plusieurs pour obtenir des résultats satisfaisants (surtout si les concentrations sont élevées). Certaines des mesures de réduction exigent d'être bon bricoleur ou de faire appel à un entrepreneur compétent. Ces travaux comprennent, notamment, l'élimination des principales voies d'infiltration du radon, l'augmentation du renouvellement de l'air par ventilation mécanique de la maison et la dépressurisation active du sol qui renverse l'infiltration du radon à la source. Les propriétaires qui désirent en savoir plus sur les mesures de correction et de prévention peuvent télécharger gratuitement la brochure «Le radon - Guide à l'usage des propriétaires canadiens» sur le site Internet de la Société canadienne d'hypothèques et de logement :

<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/61328.pdf?lang=fr>

Étant donné qu'il n'existe pas de concentration de radon qui soit complètement sans risque pour la santé, les lignes directrices précisent également que plus la concentration en radon est élevée, plus il faut agir rapidement afin de réduire la concentration en radon au plus bas niveau qu'on puisse raisonnablement atteindre.

Puisqu'il est impossible de prévoir si une maison présentera des concentrations élevées en radon, des mesures de prévention devraient être entreprises dès la conception des plans et lors de la construction de la maison. Pour la plupart, il s'agit de mesures peu coûteuses, qui procurent d'autres bénéfices mais qui sont difficiles à mettre en œuvre une fois la maison construite. Ces mesures consistent, entre autres, à réduire au minimum les voies potentielles d'infiltration du radon, réduire les forces qui aspirent le radon dans la maison et prévoir l'installation d'un système de dépressurisation active du sol.

600 et plus.

En moins d'un an

de 200 à 600

En moins de 2 ans

Moin de 200.

Aucune action nécessaire

OÙ PUIS-JE TROUVER UN ENTREPRENEUR EN ATTÉNUATION DU RADON ?

Si vous souhaitez engager un entrepreneur, vous devez vous assurer qu'il détient une certification d'un organisme accrédité comme le National Environmental Health Association-National Radon Proficiency Program (NEHA-NRPP) ou le «National Radon Safety Board (NRSB). Pour voir la liste des entrepreneurs certifiés, visitez le site Internet des deux organismes aux adresses suivantes :

http://www.neha-nrpp.org/Canada_Mitigation.html

Santé Canada a récemment publié un ouvrage intitulé « Réduire les concentrations de radon dans les maisons existantes : Guide à l'usage des entrepreneurs professionnels ». Ce guide présente et détaille les différentes options d'atténuation à considérer en fonction du type de maison et de l'ampleur du problème à régler. Le guide est disponible sur le site de Santé Canada à l'adresse suivante :

http://web.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/radon_contractors-entrepreneurs/index-fra.php

Santé Canada encourage, encore cette année, les efforts de sensibilisation de l'Association pulmonaire du Québec envers la population au sujet du radon, de ses effets néfastes sur la santé et de l'importance qu'il soit mesuré.

Vous pouvez commander votre dosimètre à l'Association pulmonaire au 514-287-7400 ou au www.pq.poumon.ca.

Pour obtenir une version anglaise de cet article, communiquez avec Santé Canada à l'adresse suivante : radon_quebec@hc-sc.gc.ca

Pour plus d'informations concernant les lignes directrices canadiennes sur le radon, visitez le site Internet de Santé Canada :

http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/guidelines_lignes_directrice_f.html

Feu vert pour un vaccin contre la grippe pour adultes !

Au Québec, le virus de la grippe saisonnière circule généralement du mois de décembre à mars ou avril. Comparativement aux années précédentes, les experts s'attendent à ce que les virus qui causent la grippe saisonnière circulent plus tardivement cette année. Avec l'arrivée de l'automne, et ce même jusqu'au printemps, se faire vacciner contre la grippe permet de réduire la transmission de cette maladie contagieuse.

Tout le monde peut attraper le virus de l'influenza. La grippe est une maladie transmissible socialement qui peut engendrer de graves problèmes respiratoires, incluant la pneumonie virale. L'influenza saisonnière est une source importante de morbidité et de mortalité chez tous les groupes d'âge.

Même s'il est hautement recommandé que les personnes âgées et les personnes atteintes d'une maladie chronique se fassent vacciner, l'âge moyen des personnes hospitalisées lors de la pandémie de la grippe A(H1N1) de l'an passé était de 28 ans, alors que la grippe saisonnière entraîne habituellement l'hospitalisation des personnes âgées. Le vaccin Intanza offre à la fois une protection contre la grippe A(H1N1) et contre la grippe saisonnière.

Intanza, développé par Sanofi Pasteur, est un vaccin contre la grippe conçu pour la population âgée de 18 à 59 ans. Typiquement, ce groupe d'âge ne prend pas la peine de se faire vacciner chaque année contre la grippe. En fait, plus d'un Québécois sur trois ne croit même pas qu'il soit nécessaire de le faire.

Intanza est conçu pour encourager ce groupe d'âge à se faire immuniser contre l'influenza. Son système de micro-injection prérempli à une seule dose est conçu pour être simple et pratique : la longueur et le format de l'aiguille sont minuscules, ce qui permet d'injecter la faible dose dans le derme (sous la surface de la peau), sans pénétrer dans le muscle.



Se faire vacciner contre le pneumocoque, une bonne décision !

Le pneumocoque est une bactérie qui peut attaquer sévèrement les voies respiratoires, et les infections qu'il cause suivent une tendance à la hausse depuis les cinq dernières années. Selon les données épidémiologiques, ces infections sont fréquentes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, dont près de la moitié souffriraient d'une maladie chronique. En 2010, plus de 1 000 cas ont été déclarés au Québec ; au-delà du tiers d'entre eux concernaient des personnes ayant 65 ans ou plus.

Parce qu'elles ont un problème de santé chronique, les personnes souffrant d'une maladie pulmonaire risquent plus que d'autres de développer une infection invasive à pneumocoque, comme une pneumonie ou une infection du sang. Une telle infection peut entraîner des complications graves, l'hospitalisation et, parfois, la mort.

Ces personnes peuvent s'en protéger en se faisant vacciner. Le vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques (Pneumovax 23® ou Pneumo 23®) leur est d'ailleurs offert gratuitement. Malheureusement, au Québec, près de la moitié

des personnes âgées de 65 ans ou plus n'ont pas encore opté pour la vaccination contre le pneumocoque et seulement 18 % des personnes de moins de 65 ans qui souffrent d'une maladie chronique seraient vaccinées.

Se faire vacciner demeure l'une des meilleures décisions à prendre pour sa santé. Habituellement, une seule dose de vaccin suffit pour se protéger des infections invasives à pneumocoque et elle peut être reçue en même temps que le vaccin contre la grippe.

La meilleure façon de prendre une décision éclairée au sujet de la vaccination est de s'informer d'abord. À cette fin, vous pouvez consulter votre médecin, le service Info-Santé ou votre Centre des services sociaux et de santé ou, encore, visiter le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : msss.gouv.qc.ca/pneumocoque.

Bonne vaccination !

Santé Canada approuve FLUAD®, un nouveau vaccin antigrippal destiné aux personnes âgées

FLUAD® est un vaccin contre la grippe saisonnière de Novartis destiné aux personnes de 65 ans et plus. Au Canada, les personnes âgées représentent le groupe d'âge le plus durement touché par la grippe saisonnière. En effet, 90 % des décès et 70 % des hospitalisations liés à la grippe touchent les personnes âgées. FLUAD® est le premier vaccin contre la grippe saisonnière au Canada à contenir un adjuvant (MF 59) afin de renforcer la réponse immunitaire et offrir une meilleure protection contre la grippe. Depuis 1997, ce médicament est homologué et souvent utilisé en Europe puisque plus de 50 millions de doses ont déjà été administrées. Des études ont montré que, comparativement aux vaccins classiques sans adjuvant, FLUAD® présente une meilleure immunogénicité chez les personnes âgées (65 ans et plus), y compris chez celles atteintes de maladies chroniques. Ce vaccin sera disponible au Canada pour les personnes âgées à compter de l'automne 2011.

RÉFÉRENCES : Banzhoff A, et al. Gerontology 2003;49:177-184; Podda A. Vaccine 2001;19:2673-2680; Minutello M et al. Vaccine 1999;17:99-104; Squarcione S et al. Vaccine. 2003;21:1268-1274; Li R et al. Immun Ageing. 2008;5:2. Menec, 2003

Derby Démolition

Le 12, 13 et 14 août dernier, l'Association pulmonaire du Québec a participé au Derby Démolition qui s'est déroulé lors des activités de la Foire de Huntingdon 2011. Monsieur Paul Deschambault, participant à cette activité, et sa conjointe madame Tanya Beattie, ont décidé de ramasser des fonds pour l'Association pulmonaire du Québec en invitant les visiteurs à signer la voiture en échange d'un don.

La voiture blanche portait le logo de l'Association pulmonaire sur le coffre. Cette voiture a été exposée vendredi soir lors de la parade et toute la journée du samedi pour permettre au public de la signer. Dimanche après-midi elle a quitté la place pour se rendre au Derby Démolition.

Même avec un problème mécanique dans le réservoir de gaz qui s'est présenté pendant la course, cette belle voiture a réussi à se rendre à la 4e place. L'activité a été très populaire et nous a permis d'amasser plus de 700.00\$. Cette initiative sera renouvelée l'année prochaine et nous les en remercions infiniment.



Tournoi de golf

La toute première édition du Tournoi de Golf de l'Association pulmonaire du Québec s'est tenue, le 6 juin 2011, au Parcours du Cerf à Longueuil. Plus de 30 quatuors ont pu apprécier les multiples surprises offertes par l'Association pulmonaire tout au long du parcours et profiter d'un cocktail bien animé.

Le Tournoi de Golf, sous la co-présidence de Messieurs Jasmin Girard, Normand Fallu et Jean Caillé, a permis d'amasser plus de 50 000\$, somme inespérée pour un premier tournoi. Ces fonds contribueront à la mise en place d'un Centre de rééducation et de réadaptation pour la MPOC dans l'est de Montréal. Nous remercions sincèrement tous nos participants, partenaires et commanditaires pour avoir fait de ce premier Tournoi de Golf un réel succès.

LE BULLETIN DE L'ASSOCIATION PULMONAIRE EST DISTRIBUÉ À TOUS LES MEMBRES.

Fondée en 1938, l'Association pulmonaire du Québec est le seul organisme sans but lucratif à promouvoir la santé respiratoire et prévenir les maladies pulmonaires par la recherche, l'éducation et les services. Elle vient en aide et défend tant les personnes atteintes que l'ensemble de la population québécoise.

CONTRIBUEZ AU BULLETIN

Vous avez une anecdote à raconter, une histoire à partager, communiquez avec: Christian Ahuet

christian.ahuet@pq.poumon.ca
1 800 295-8111, poste 222
Au plaisir de vous lire!

ÉDITEUR:

Dominique Massie

COORDONNATEUR:

Christian Ahuet

COLLABORATEURS:

Carole Bouchard
Raymond Jabbour
Dominique Massie
Lise Vaillancourt

Pour nous joindre :

Tél. : 514 287-7400

Fax. : 514 287-1978

1 888 POU MON-9

www.pq.poumon.ca

GRAPHISME:

Romain Boz

DÉPÔT LÉGAL :

Bibliothèque nationale du Québec

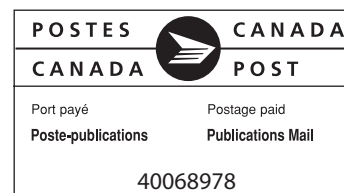
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 0843-381X



 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

5790, av. Pierre-De Coubertin
Montréal, QC H1N 1R4



Avis de non-responsabilité

L'ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC SE DÉSISTE FORMELLEMENT DE TOUTE GARANTIE EXPRESSE ET DE TOUTE GARANTIE IMPLICITE DE QUELQUE SORTIE EN RÉGARD AUX PRODUITS AFFICHÉS SUR LE BULLETIN DE L'ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC Y COMPRIS MAIS NON LIMITÉ À, TOUTE GARANTIE IMPLICITE DE BON FONCTIONNEMENT OU DE QUALITÉ MARCHANDE POUR UN USAGE EN PARTICULIER. Le contenu de ce bulletin vise à fournir des informations générales relatives aux maladies respiratoires, à la qualité de l'air, au tabagisme, et aux sujets de santé pulmonaire. Ce bulletin n'est pas destiné à remplacer les connaissances, l'expertise, les compétences, et le jugement des médecins et pharmaciens, et/ou autres professionnels en soins de santé. Aucune information contenue sur ce bulletin n'est destinée à être utilisée pour des décisions sur le diagnostic ou traitement. Les questions et inquiétudes concernant le diagnostic et le traitement doivent être adressées à un professionnel de la santé.