

VOLUME 24
NUMÉRO 4
JANVIER 2008

l'inhalo



Revue de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec



**LA DYSPHAGIE
CHEZ L'ADULTE...
SUIVRE LA BONNE VOIE !**

GE Santé



Il n'y a qu'un seul ventilateur à la hauteur de la situation.

Le ventilateur pour soins intensifs Engström mesure le volume et la pression des poumons avec une précision sans pareil pour que vous puissiez offrir les meilleurs soins possibles à vos patients. De nouvelles méthodes en matière de surveillance de la ventilation aident les cliniciens à fournir des thérapies adaptées aux besoins de leurs patients.



SpiroDynamics:

- Possibilité de surveiller la pression trachéale indépendamment des réglages du ventilateur
- Courbe dynostatique fournissant une pression alvéolaire estimée
- Possibilité de détection visuelle des points d'inflexion
- Détection optimisée de la PEP intrinsèque due aux réglages du ventilateur ou aux sécrétions

CRF INview:

- Mesure directe du volume pulmonaire de fin d'expiration chez les patients sous ventilation mécanique
- Mesures réelles de l'efficacité des manoeuvres de recrutement pulmonaire
- Calculs fondés sur la fonction pulmonaire en temps réel, sans interruption du traitement ventilatoire

Pour obtenir de plus amples renseignements sur nos produits, veuillez communiquer avec l'un de nos représentants, ou visitez notre site Web au www.gehealthcare.com/FRC



l'imagination en action

Éditorial

Le Bureau et le comité administratif en bref

Dans l'éditorial du dernier numéro, je vous ai présenté brièvement mes principales fonctions en qualité de directrice générale et secrétaire. Comme je le mentionnais alors, l'une de mes principales responsabilités est de m'assurer que les décisions des administrateurs du Bureau ou du comité administratif (ci-après désigné « CA ») soient exécutées.

Mais que fait au juste le Bureau? Quels types de décisions prend-il et comment?

Je tenterai d'apporter un éclairage sur ces questions tout en étant consciente que les quelques lignes qui me sont accordées ne permettront pas de traiter ce sujet en profondeur. Mon objectif est donc de mieux faire comprendre le rôle des administrateurs, et surtout de susciter votre intérêt à envisager, un jour, de vous impliquer à ce titre.

Le Bureau représente le pouvoir décisionnel de l'OPIQ et se compose de 13 membres de l'Ordre et de trois personnes représentant le public, nommées par l'Office des professions du Québec. Il se réunit tous les trois mois et pas moins de quatre fois par année. Les administrateurs prennent des décisions en lien avec le mandat de protection du public : délivrance de permis, limitation, suspension, radiation, imposition de stage, adoption des règlements, etc. Ils prennent aussi des décisions de nature plus administrative en lien avec la gestion telle l'adoption du budget annuel, des politiques internes, etc. Mais au-delà de ces décisions, qui je dois l'avouer, ne sont pas toujours facile à prendre, les administrateurs établissent les orientations en matière de développement de la profession. Animés d'une passion pour la profession tout en ayant une conviction profonde du bien-fondé de la mission, ils assument ce rôle en exerçant leur jugement professionnel pour toutes décisions ou orientations à prendre.

Touchant son fonctionnement, les réunions sont animées par la présidente de l'Ordre et le quorum est fixé à 10 membres. Les administrateurs reçoivent la documentation dont ils ont besoin autant que possible à l'avance et on attend d'eux qu'ils en aient pris connaissance avant les rencontres. Ils prennent des décisions en votant des résolutions. Il est donc impossible de s'abstenir à moins d'un motif de récusation jugé suffisant par le président de séance, par exemple, un conflit ou une apparence de conflit d'intérêts. Les décisions se prennent à la majorité des voix et en cas d'égalité, le président bénéficie d'un vote prépondérant.

Le CA quant à lui, est composé de cinq membres du Bureau. Chaque année, les postes de 1^{er} et 2^e vice-présidents, de trésorier et celui de l'administrateur nommé par l'Office des professions font l'objet d'élection. Le CA se réunit environ six fois par année et voit à l'administration courante des affaires de l'Ordre. Entre les séances du Bureau, il exerce tous les pouvoirs sauf ceux d'adopter ou modifier les règlements. L'une des fonctions principales des administrateurs du CA est d'étudier et analyser les dossiers de fond afin de préparer un document ou une position qui sera discutée par la suite et adoptée par le Bureau.

Évidemment le Bureau, le CA et la permanence de l'Ordre ne travaillent pas en vase clos. Il est important qu'une saine collaboration s'installe et que chacun respecte le rôle de l'autre. Les valeurs organisationnelles de l'Ordre sont au cœur de cette collaboration et en fixent les balises. La confiance est un élément indispensable à la relation entre les élus et les employés de l'Ordre. Les employés ont une connaissance approfondie des dossiers, acquise au fil des ans, qu'ils doivent mettre à la disposition des administrateurs pour qu'ils prennent des décisions éclairées.

Comme vous pouvez le constater, la gestion d'un Ordre, bien que complexe, n'est pas si compliquée et repose sur une synergie d'équipe. Une équipe qui croit en la mission certes, mais qui avant tout, possède le feu sacré pour notre belle profession.

En cette période des Fêtes que le feu sacré de l'amour et de l'amitié réchauffe vos maisons. Je vous souhaite un joyeux Noël et une année à la hauteur de vos attentes.



Josée Prud'Homme
Directrice générale et secrétaire

Sommaire

ÉDITORIAL	3
MOT DE LA PRÉSIDENTE	6
Dossiers	
LA DYSPHAGIE CHEZ L'ADULTE : SUIVRE LA BONNE VOIE ...	8
DYSPHAGIE IATROGÉNIQUE	14
QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE POUR LA FORMATION CONTINUE	25
MOTS ENTRECROISÉS	26
Finances	
RÉPONSES À VOS QUESTIONS AU SUJET DU FEER	27
Alertes médicales Inhalo	29
D'ordre juridique	
LE DOMICILE PROFESSIONNEL	31
RRRI	
RÉFLEXION SUR LA RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE - la prévention chez le professionnel clinicien et la recherche en santé respiratoire	32
L'inhalothérapeute clinicien	
LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG CHEZ LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : testez vos connaissances en ligne!	34
BABILLARD	36

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

Nathalie Bérard, inh., Hélène Boucher,
Éric Cardin, inh., Francine Gagnon, inh.,
Mylène Gauthier, inh., Mélyny Grondin, inh.,
Francine Lehouillier, inh., Pascal Rioux, inh.,
Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.,
Administrateurs nommés par l'Office des professions
Pauline Breton-Truchon, Raymond Proulx,
Andrée Tremblay

MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF

Présidente

Céline Beaulieu, inh. B.A.

1^{re} vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

2^e vice-présidente

Nathalie Bérard, inh.

Trésorière

Francine LeHouillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

M. Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A.

Adjointe à la direction générale

M^e Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles

Line Prévost, inh.

Secrétaire de direction : Clémence Carpentier

Secrétaire à l'amélioration de l'exercice : Murielle Pagé

Secrétaire à l'accueil et service aux membres

Marie-Andrée Cova

Syndic : Joëlle Larivière, inh.

Inspecteur permanent : Marise Tétreault, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Francine Bélsisle, inh., Dre Nathalie Blouin,
Nancy Breton, inh.,
Brigitte Fillion, inh., Martine Gosselin, inh.,
M^e Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh.,
Bernard Marin, Elaine Paré, inh.,
Daniel Smith, inh., Marise Tétreault, inh.,
Benoît Tremblay, inh., Gérard Tremblay, inh.

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL

DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2007

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et Archives

nationales du Québec.

ISSN-1494-1945

Conception et réalisation

Quand le chat est parti... inc.

Révision et correction d'épreuves

Gilles Vilasco, Interactif inc.

Traduction

Michael Ryan

Photos des membres de l'OPIQ

Photos Gariépy

Autres photos

Sophie D'Ayron, Pilar Macias, Marcel La Haye,
Photos Gariépy

Production graphique

Transcontinental Québec

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

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

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

Courriel : info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél. : (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc. : (514) 931-3621

Courriel : accueil@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.



Qui ne s'est jamais étouffé en « avalant de travers »? Manger et boire, on le fait sans y penser, mais quand la déglutition devient problématique, la personne souffrant de dysphagie est plus à risque de développer des problèmes de santé : dénutrition, perte pondérale, aspiration, pneumonie, atteinte de la fonction pulmonaire. De plus en plus d'inhalothérapeutes interviennent au sein de l'équipe interdisciplinaire qui gravite autour de la personne atteinte de dysphagie, il nous apparaît important d'en apprendre un peu plus sur le sujet. Un tandem composé de Francine Bélsisle, inh. et de la Dre Nathalie Blouin, omnipraticienne à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal signent le premier article du *Dossier* de ce numéro et nous informent sur la physiologie de la déglutition, l'évaluation, le dépistage et le rôle de l'inhalothérapeute. Le second article, de Josée Martel, DPH, est consacré à la dysphagie iatrogénique.

Mesdames Martine Gosselin, coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice et Marise Tétreault, inspecteur permanent, vous informent aussi en page 20 des tendances préliminaires du projet pilote sur la tenue de dossier en assistance anesthésique. Et M^e Andrée Lacoursière, adjointe à la direction générale vous adresse un rappel important concernant le domicile professionnel et la *Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et d'autres dispositions législatives* en page 31.

Je m'en voudrais de ne pas souligner le départ de Mme Béatrice Janevski, secrétaire à l'accueil et aux services aux membres, qui nous a quittés pour entreprendre une nouvelle carrière et à qui je souhaite bonne chance pour l'avenir ainsi que l'arrivée de Mme Marie-Andrée Cova qui la remplace depuis le début septembre. Bien qu'elle soit en poste depuis trois mois déjà, je tenais à lui souhaiter officiellement la bienvenue parmi nous.

Le 1^{er} novembre passe et je me plais à penser au grincheux qui n'aimait pas Noël... Les citrouilles ont fait place aux lumières et décorations de toute sorte, plus brillantes les unes que les autres; les stations radio-phoniques nous passent le répertoire des chants de Noël; les publicités, les magazines rivalisent d'ingéniosité pour nous faire préparer ces bons plats réconfortants du temps des Fêtes (juste la semaine dernière, la caissière de mon supermarché m'a remis 6 kg de sucre gratuitement! J'ai besoin de me mettre sérieusement à la préparation de pâtisseries!); le Père Noël est arrivé par hélicoptère dans plusieurs centres commerciaux, mais, nous le savons, le vrai arrive le 16 novembre et tous, petits et grands, sont conviés à son grand défilé! Je ne sais pas ce qu'il en est pour vous, mais pour ce qui me concerne, j'ai de la difficulté à vivre la « magie de Noël » de fin octobre à début novembre!

Pourtant, au moment où vous lirez ces lignes, Noël et sa magie seront vraiment à notre porte. En ces temps fous où tous, nous souffrons d'un manque chronique de temps, c'est donc mon souhait pour vous : du temps. Du temps pour vous, pour votre famille, vos amis, du temps pour profiter de tous les plaisirs que la nouvelle année vous réserve.

Joyeuses Fêtes!

Petit rappel

La venue d'une nouvelle année signifie aussi, pour l'équipe de *l'inhalo*, la recherche de nouveaux thèmes pour les parutions 2007-2008. N'hésitez surtout pas à me faire part de vos commentaires et propositions, que ce soit pour des sujets d'articles dans la revue ou encore vos besoins en formation.

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles



Index des annonceurs - Janvier 2008

ASTRAZENECA	p. 38-39	GE HEALTHCARE	p. 2
ASTRAZENECA	p. 40	MAQUET-DYNAMED	p. 7
BM ENR.	p. 19	RCR PRO	p. 31
CARDINAL HEALTH	p. 5	UQAT	p. 24
CSSS ANTOINE-LABELLE	p. 34		

VIASYS[®]
HEALTHCARE
Excellence For Life

eme
Caring for babies...
Caring for life...

intermed
precision

 **SENSORMEDICS**

BEAR

VIASYS Clinical Services

Micro
Medical

 **CORPAK**
Enteral Access Devices

PulmoneticSystems
Innovations For Life

STACKHOUSE


Nicolet
BIOMEDICAL

BIRD

TECOMET


JAEGER

GSI
Grason-Stadler

BIENVENUE DANS LA FAMILLE.

Les entreprises de VIASYS Healthcare ont une longue histoire au Canada. Chez Cardinal Health, nous visons à assurer des soins de santé plus sûrs et efficaces. Comptez sur notre engagement envers vous, vos patients et le domaine de la santé.

Pour en savoir plus, visitez notre site Web à l'adresse www.cardinalhealth.ca



CardinalHealth
Essential to care™



Mot de la présidente

De retour

Bonjour à tous. Après une absence de 8 mois, je suis de retour. Avant tout, permettez-moi de remercier chaleureusement madame Johanne Fillion qui a assuré l'intérim durant cette période et a accompli sa tâche avec tout le professionnalisme qu'on lui connaît. Merci également à madame Josée Prud'Homme ainsi qu'à la permanence pour avoir soutenu et accompagné madame Fillion tout au long de son mandat. Merci également au Bureau qui a permis que je puisse bénéficier de cette période de repos et de ressourcement.

Lors de la dernière assemblée générale, le Bureau a été dissous et les nouveaux administrateurs élus en mai dernier sont entrés en fonction. Pour ceux et celles qui nous ont quittés, merci de votre implication tout au long de ces années et à ceux qui entrent en fonction, bienvenue au sein de l'organisation. À la suite de l'assemblée générale, au sein même du Bureau, des élections ont permis de former le nouveau CA (comité administratif) en voici la composition :

- administrateur nommé par l'Office des professions, monsieur Raymond Proulx;
- première vice-présidente, madame Johanne Fillion;
- deuxième vice-présidente, madame Nathalie Bérard;
- trésorière, madame Francine Le Houllier;

- et comme présidente, j'ai l'honneur d'entreprendre un troisième mandat.

Félicitations à toute cette équipe!

Je tiens à remercier les administrateurs de la confiance qu'ils m'accordent et c'est avec enthousiasme, énergie et optimisme que j'assumerai cette responsabilité qu'ils me confient. Je tiens tout de même à préciser que ce n'est pas la présidente seule qui fait cheminer les dossiers en lien avec notre mandat de protection du public, mais bel et bien la synergie qui existe au sein de notre organisation. Par organisation, je n'entends pas seulement le Bureau et la permanence, mais également tous les inhalothérapeutes qui œuvrent au sein des divers comités, tous les consultants et bénévoles de qui l'Ordre requiert occasionnellement – voire pour certains souvent – avis et collaboration. Et je pense aussi, bien sûr, aux 3 300 inhalothérapeutes qui, dans leur exercice quotidien, démontrent un professionnalisme malgré tous les défis, les exigences et les frustrations que le système de santé québécois doit relever.

J'ai confiance que **tous ensemble** nous saurons mener à terme les principaux dossiers dont voici une brève énumération :

- la réforme de la formation initiale des inhalothérapeutes;
- l'intégration des personnes immigrantes;
- l'intégration harmonieuse s'il y a lieu, de certains groupes au sein du système professionnel;
- le maintien de la mobilité en ce qui concerne les provinces canadiennes;
- le maintien de l'efficacité organisationnelle tout en respectant les ressources humaines et financières;
- le maintien et le développement de l'accessibilité de sessions de formation continue pour tous les inhalothérapeutes.

Comme vous le constatez, ce ne sont pas les défis qui manquent. Au cours des prochaines parutions, vous serez informé de l'évolution de ces dossiers, mais n'oubliez surtout pas que c'est **tous ensemble** que nous y parviendrons.

Je termine en vous souhaitant à tous une période des fêtes des plus réjouissantes.

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Céline Beaulieu



President's Message

Back Again

Hello Everybody, after an absence of 8 months, I'm back. First of all, allow me to express my warm gratitude to Madame Johanne Fillion who filled in for me during this period and assumed the task with her usual professionalism. Thanks as well to Madame Josée Prud'Homme, as well as to the staff, whose ever-present support Madame Fillion could count on throughout her mandate. Thanks as well to the Office for allowing me this time to rest and recharge.

At the last General Assembly, the Office was dissolved, and last May the newly elected administrators took office. To those who have left us, thank you for your participation over the years, and to those who are taking office, welcome to the heart of the organization. Following the General Assembly and the elections a new Office Board of Directors was formed. This is its make-up:

- The Administrator appointed by the Office des professions, Mr. Raymond Proulx;
- First Vice President, Mme Johanne Fillion;
- Second Vice President, Mme Nathalie Bérard;
- Treasurer, Mme Francine Le Houllier;
- and President; it is my honour to undertake a third mandate.

Congratulations to the entire team!

I want to thank the Administrators for the confidence they have shown me, and it is with enthusiasm, energy and optimism that I assume the responsibility that they have conferred upon me. I also want to state clearly that it is not the president alone who advances the files in keeping with our public safety mandate, but rather the synergy that exists within our organization. By organization I do not only mean the Office and the staff, but equally all of the respiratory therapists working on the various committees and all of the consultants and volunteers whose advice and cooperation the Order sometimes – even in some cases frequently – requires. And, of course, I'm also thinking of the 3,300 respiratory therapists who, in the course of their day, conduct themselves with professionalism in spite of all the difficulties, demands and frustrations that are posed by the Québec medical system.

I am confident that together we will complete the major files briefly enumerated below:

- reform of initial training for respiratory therapists;
- integration of immigrants;
- harmonious integration, should the opportunity arise, of certain groups within the professional system;
- continuing mobility in the case of the Canadian provinces;

- continuing organizational efficiency that respects human and financial resources
- maintenance and development of accessible, ongoing training sessions for all respiratory therapists.

As you know, there is no shortage of problems. Over the course of the coming issues, you will be kept abreast of ongoing developments in these files, but don't forget that it is together that we will succeed.

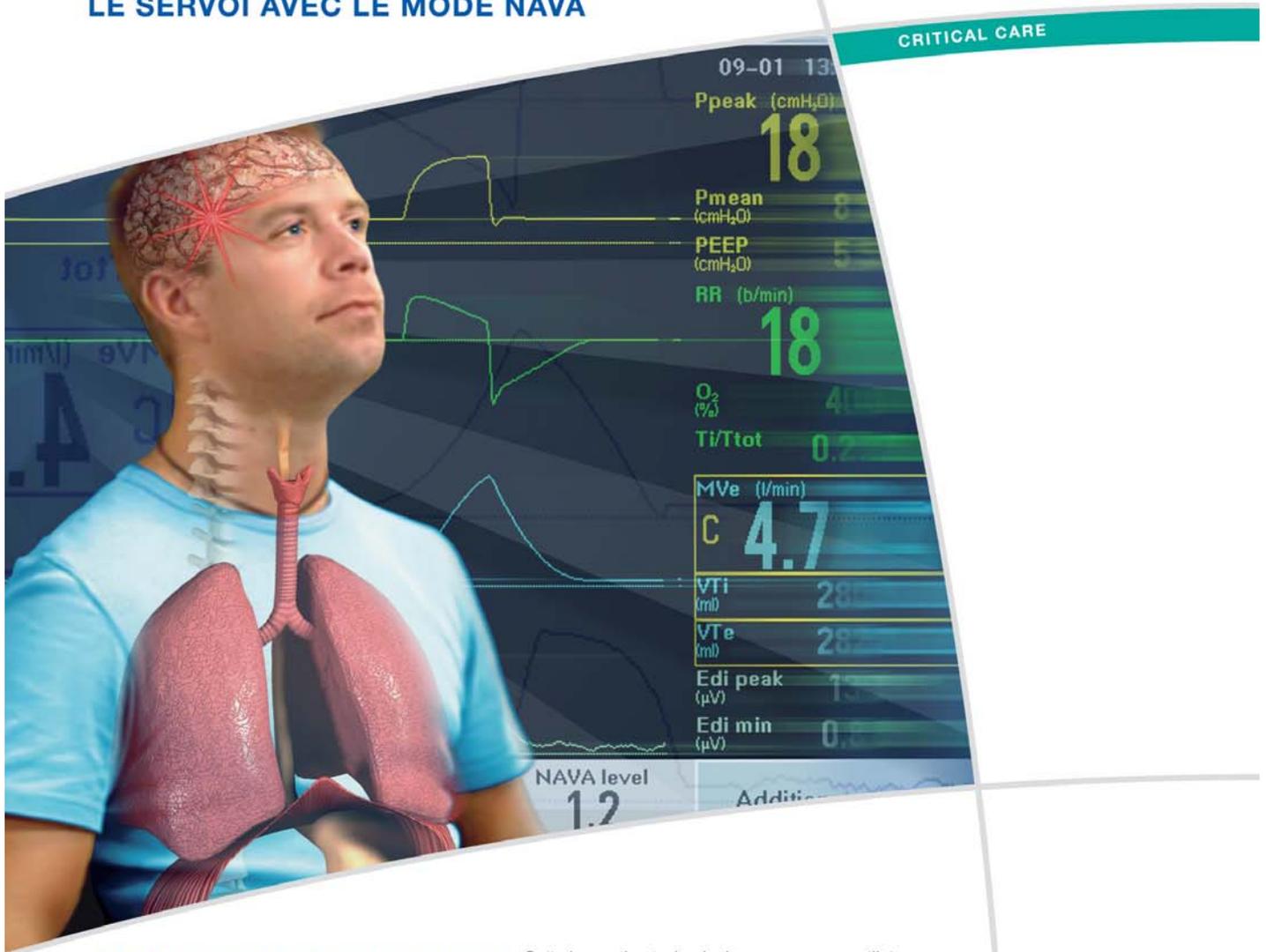
I will close by wishing all of you a pleasant holiday season.

Céline Beaulieu, R.R.T., B.A.

Céline Beaulieu

MAQUET

L'ULTIME HARMONIE AVEC L'EFFORT DU PATIENT LE SERVOI AVEC LE MODE NAVA



MAQUET annonce une application révolutionnaire dans le monde de la ventilation mécanique : le mode NAVA - l'assistance ventilatoire ajustée par le système nerveux.



Cette innovation technologique propre au ventilateur SERVOi assure un contrôle neural optimum de la ventilation mécanique. Le mode NAVA permet au patient d'ajuster lui-même sa respiration en exploitant les signaux respiratoires cérébraux via l'activité électrique du diaphragme. L'activité électrique détectée (Edi) est transmise au ventilateur et est proportionnellement utilisée pour l'assistance ventilatoire du patient. Comme le ventilateur et le diaphragme utilisent le même signal, le couplage mécanique entre les deux activités est pratiquement instantané.

Faites l'expérience de l'efficacité prédictive du suivi de l'activité neurale avec NAVA. Perfectionnez vos connaissances afin de prendre des décisions cliniques plus éclairées pour vos patients.

Le Servoi avec le mode NAVA – L'ultime harmonie avec l'effort du patient

MAQUET – The Gold Standard.

MAQUET-DYNAMED
235 Shields Court
Markham, ON L3R 2V8
Télé: 800-227-7215
www.maquet-dynamed.com

MEMBER OF THE GETINGE GROUP



LA DYSPHAGIE CHEZ L'ADULTE...

Suivre la bonne voie!

(par) [Francine Bélisle, inhalothérapeute et Nathalie Blouin, médecin omnipraticien, Institut universitaire de gériatrie de Montréal]

La dysphagie est définie comme une difficulté à faire passer le bolus alimentaire de la cavité orale à l'estomac. Sa présence témoigne d'une maladie sous-jacente atteignant les structures sollicitées lors de la déglutition. Elle implique, entre autres, plusieurs structures du système respiratoire bien connues des inhalothérapeutes. Il est essentiel de la dépister, car ses conséquences sur la santé sont nombreuses : pneumonie d'aspiration, perte de poids, dénutrition potentielle et détérioration de la fonction pulmonaire. De plus, elle peut devenir une source d'anxiété aux repas, d'isolement social, de mauvaise prise de médication et d'atteinte de la qualité de vie.

Dysphagia is defined as a difficulty in the passing of the bolus from the mouth or alimentary canal to the stomach. Its presence indicates an underlying illness affecting the physiological elements required for swallowing. This includes, amongst others, a number of structural elements making up the respiratory system and well known to respiratory therapists. It is essential that the situation be correctly diagnosed, as it has a number of health consequences: aspiration pneumonia, weight loss, potential malnutrition and deterioration in pulmonary function. Furthermore, it can become a source of anxiety during meals, of social isolation, of problems taking medications and of a decline in the quality of life.

La prévalence de la dysphagie est difficile à préciser. Elle est particulièrement importante dans les populations pédiatrique et gériatrique. Certains auteurs rapportent que, dans les hôpitaux de soins généraux aigus, sa prévalence se situerait entre 10 % et 30 %. Dans la population gériatrique, on pense qu'elle est présente chez 30 % à 40 % de la population. Dans les établissements de soins de longue durée, sa prévalence pourrait atteindre 60 %. Elle est probablement sous-estimée, car beaucoup pensent qu'elle fait partie intégrante du vieillissement. En effet, certains changements au niveau de la déglutition surviennent en vieillissant. On pense qu'il peut y avoir un ralentissement dans le déclenchement du réflexe de dégluti-

tion et peut-être une diminution du tonus du sphincter œsophagien supérieur⁽¹²⁾.

Ces changements n'entraînent pas nécessairement de la dysphagie. Par contre, en vieillissant, on voit apparaître plusieurs pathologies pouvant entraîner la dysphagie. De plus, la perte ou la modification de l'appareil dentaire provoquent des difficultés de mastication. La présence de nombreuses médications chez les personnes âgées peut, par leurs effets secondaires sur les glandes salivaires, sur le système neurologique ou sur le système digestif, entre autres, induire une dysphagie dite iatrogénique⁽³⁾ (voir p.14). Chez la personne âgée, un phénomène de fragilité peut s'installer et la rendre plus susceptible de développer une dysphagie lors de

pathologies aiguës, de déconditionnement ou de dénutrition⁽⁴⁾. Pour bien comprendre et évaluer la dysphagie, une bonne connaissance de sa physiologie est nécessaire. Elle permet de mieux localiser le problème en évaluant les symptômes décrits par le patient. En recherchant l'étiologie sous-jacente, on peut aussi prédire le type de présentation clinique. L'aspiration sous-glottique demeure la complication redoutée de la dysphagie bien que l'aspiration de matériel alimentaire ne conduise pas toujours à une pneumonie. Cela dépend de plusieurs facteurs : état de santé préalable, état pulmonaire antérieur, âge du patient, dépendance à l'alimentation, état de l'hygiène buccodentaire, présence de reflux gastro-œsophagien ou insuffisance cardiaque entre autres.

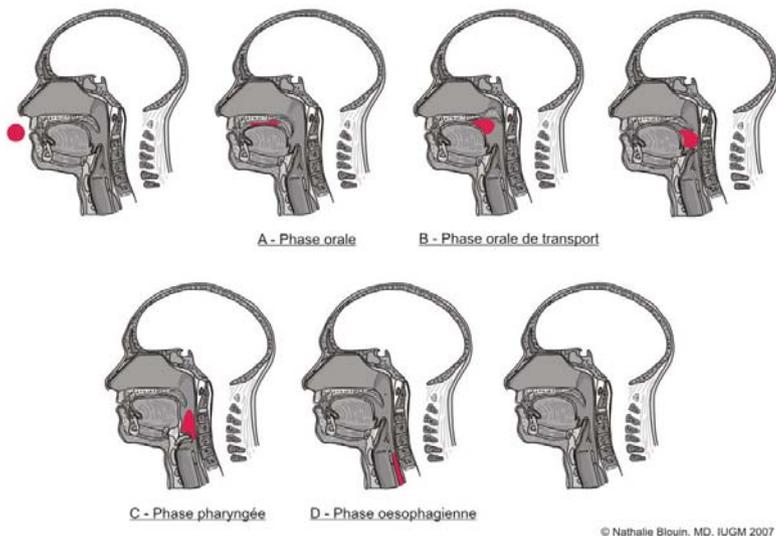


Figure 1

La physiologie de la déglutition

Classiquement, la déglutition est divisée en quatre phases qui sont illustrées dans la figure 1. Certains auteurs (Léopold et Kagel) en ajoutent une cinquième⁽⁶⁾. Ces phases sont : phase anticipatoire, phase orale préparatoire, phase orale de transport, phase pharyngée et phase œsophagienne. Les trois premières phases sont volontaires et les deux dernières sont dites réflexes.

La phase anticipatoire comprend tous les gestes nécessaires pour apporter la nourriture à la bouche : préparation du bolus à manger, préhension des ustensiles, vision et posture.

La phase orale préparatoire permet de modifier la nourriture ingérée, par la mastication et l'incorporation de salive, en un bolus alimentaire prêt pour sa propulsion vers le pharynx. Le bolus est maintenu dans la cavité buccale au centre de la langue par l'étanchéité des lèvres et l'abaissement du voile vers l'arrière de la langue. La durée de cette phase est variable et dépend de la grosseur des aliments et de leurs propriétés physiques (chaleur, goût, etc.).

Lorsque le bolus est prêt, **la phase orale de transport** débute. Elle est aussi une phase volontaire, dure de 0,9 à 1,5 s et sert à propulser le bolus alimentaire vers le pharynx. Pendant cette phase, l'apex de la langue vient s'accoler derrière les incisives, le voile du palais s'élève et vient fermer la cavité nasopharyngée. Le bolus est alors, par la mobilité de la langue, propulsé vers l'arrière. On peut immédiatement imaginer, que pour ces trois premières phases dites volontaires, de nombreuses pathologies peuvent altérer leur coordination souvent réalisée depuis de nombreuses années de façon automatique. Ainsi, l'édentation, la xérostomie, les problèmes de coordination, un trouble visuel ou olfactif, toute atteinte neurologique pouvant altérer

la force des membres supérieurs, le manque d'étanchéité buccale ou de force du mécanisme oral périphérique, par exemple sont susceptibles de modifier ces phases. De plus, la démence peut rendre les mécanismes volontaires difficiles à exécuter. L'importance de ces trois phases, comme amorce d'une déglutition réussie, est primordiale car l'atteinte d'une de ces phases peut entraîner des problèmes dans les phases subséquentes, même si celles-ci ne présentent pas de problème marqué au départ.

La phase pharyngée est réflexe. Il est difficile de situer l'endroit précis du passage du bolus entraînant

Tableau 1 - Quelques étiologies de la dysphagie

CAUSES NEUROLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • AVC ischémique ou hémorragique, hémisphérique ou tronculaire • Traumatisme crânien • Hématome sous-dural • Maladies dégénératives : <ul style="list-style-type: none"> - Démences - Maladie de Parkinson - Sclérose latérale amyotrophique - Paralyse supranucléaire progressive - Sclérose en plaques • Tumeur cérébrale ou médullaire primaire ou métastatique • Poliomyélite • Guillain-Barré
MYASTHÉNIE GRAVE (JONCTION NEUROMUSCULAIRE)	
CAUSES MUSCULAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Dystrophie musculaire (principalement Steinert et oculopharyngée) • Myopathie • Myosite
CAUSES NEUROLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Xérostomie • Néoplasie ORL et complications post-chirurgicales • Séquelles d'irradiation de la sphère ORL • Mycose • Ostéophytes cervicaux • Diverticule de Zenker • Œsophagite • Troubles de motilité œsophagienne

© Nathalie Blouin, M.D., IUGM 2007

Tableau 2 - Symptômes pouvant indiquer quelle phase de la déglutition est impliquée

PHASES	SYMPTÔMES
Orale préparatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur buccale • Xérostomie • Résidus buccaux • Problème de mastication • Écoulement labial
Orale de transport	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à propulser le bolus • Reflux nasal • Xérostomie
Pharyngée	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation de blocage pharyngé • Toux • Dysphonie
Œsophagienne	<ul style="list-style-type: none"> • Reflux gastro-œsophagien • Douleur rétrosternale ou sus-sternale • Sensation de régurgitation

Reproduit avec la permission du *Précis pratique de gériatrie*, 3^e édition, 2007, Edisem/Maloine, Acton Vale/Paris

le réflexe de déglutition, mais classiquement, cet endroit a été décrit comme les piliers pharyngés antérieurs⁽¹⁾. Certaines recherches ont démontré que cet endroit pourrait être aussi bas que l'angle de la mandibule ou même les vallécules (petites pochettes situées entre la base de la langue et l'épiglotte) chez certaines personnes. Cet endroit est donc différent d'une personne à l'autre et peut également varier chez la même personne selon le type d'aliment ingéré⁽¹⁾. Ce passage du bolus entraîne une série de mécanismes séquentiels qui permettent la progression de celui-ci vers le sphincter œsophagien supérieur (muscle cricopharyngé) et assurent la protection des voies respiratoires. Ces mécanismes sont : la contraction et l'élévation du voile, le

mouvement postérieur de la base de langue vers la paroi pharyngée déclenchant le péristaltisme pharyngé par la contraction des muscles constricteurs pharyngés (supérieur, moyen et inférieur), l'élévation avec mouvement antérieur du larynx par l'os hyoïde, l'abaissement de l'épiglotte, l'adduction des cordes vocales entraînant la suspension respiratoire et la relaxation du muscle cricopharyngé ou sphincter œsophagien supérieur (SOS).

La phase œsophagienne est aussi une phase réflexe qui débute par le passage du bolus alimentaire à travers le sphincter œsophagien supérieur (SOS). À l'aide d'ondes péristaltiques séquentielles, le bolus est pro-

pulsé vers l'estomac grâce à la relaxation du sphincter œsophagien inférieur (SOI).

Ces phases demandent une intégrité des structures physiques impliquées dans la déglutition : dents, lèvres, joues, langue, voile, pharynx, larynx, épiglotte, œsophage, musculature de la bouche, de la mandibule, du pharynx et de l'œsophage.

Presque tous les aspects du système nerveux sont sollicités dans la réalisation de la déglutition autant du point de vue sensitif, moteur ou autonome.

Étiologies

La dysphagie peut être permanente ou transitoire, intermittente ou progressive et d'intensité variable⁽⁶⁾. Ses causes sont multiples et variées, atteignant l'une ou l'autre des structures impliquées dans la déglutition. Elles peuvent être divisées en causes neurologiques (centrales et périphériques), musculaires et structurales⁽⁶⁾ (tableau 1). L'AVC aigu demeure toutefois l'étiologie la plus fréquente de la dysphagie.

Évaluation de la dysphagie

L'évaluation de la dysphagie est plus complète si elle est réalisée de façon interdisciplinaire⁽⁶⁾. Certains symptômes rapportés par le patient peuvent nous faire sus-

La perspective interdisciplinaire d'évaluation et de prise en charge d'un patient dysphagique nous semble évidente et souhaitable. Elle permet une approche plus globale, une plus grande variété d'intervention, un effet de synergie des compétences de chaque discipline et la fréquence accrue des thérapies.

pecter une dysphagie, nous orienter vers l'étiologie sous-jacente et nous préciser laquelle des phases de la déglutition est compromise. Le tableau 2 nous présente un résumé de ces symptômes. L'évaluation de la dysphagie comporte plusieurs volets disponibles : clinique, radiologique et endoscopique, détaillés au tableau 3.

Vidéo-fluoroscopie

Cet examen radiologique demeure depuis plusieurs années l'examen de choix pour l'évaluation dynamique



Participation à la réalisation, à l'interprétation de la vidéo-fluoroscopie et aux recommandations

Nos valeurs

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour :

SON LEADERSHIP...

...Parce que la santé cardiorespiratoire nous tient à cœur et que nous croyons que tous ensemble nous pouvons atteindre l'excellence.

de la déglutition en utilisant des aliments mêlés de baryum (produit radio-opaque permettant de suivre la descente du bolus). La vidéofluoroscopie constitue un bon examen pour évaluer la cinétique de la déglutition, la présence de résidus ou stases pharyngées et le risque d'aspiration. Il est très utile pour détecter les aspirations dites silencieuses, c.-à-d. n'entraînant aucune réaction de toux. Il permet également d'évaluer l'impact des diverses textures et les stratégies compensatoires lors de la déglutition. Cet examen demeure cependant une évaluation ponctuelle ne correspondant pas toujours à la réalité clinique de l'alimentation. Ici, le volume du bolus de même que la vitesse d'alimentation sont contrôlés. L'absence d'aspiration visualisée durant l'examen n'élimine pas sa possibilité chez le patient. Il comporte également certaines limitations décrites au tableau 4.

Évaluation endoscopique de la déglutition

Il existe, dans certains centres, une évaluation endoscopique de la déglutition (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallow* ou FEES). En effet, un endoscope est introduit dans le carrefour pharyngé par la voie nasale, et le patient est invité à ingérer des aliments enduits d'un colorant alimentaire. Cet examen permet de voir les écoulements précoces de la nourriture dans les divers paliers pharyngés, de visualiser les aspirations, les cordes vocales et leur mobilité, les anomalies des diverses structures pharyngées et laryngées, de même que la réaction à l'aspiration. Cependant, il ne permet pas de voir la phase orale ni la cinétique de la déglutition.

À l'examen du FEES, on peut ajouter une sonde vérifiant la sensibilité des structures pharyngées et laryngées et il se nomme alors *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing* ou FEESST.



Surveillance et intervention respiratoires

Tableau 3 -
Évaluations de la dysphagie

CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • État de conscience • Système respiratoire • Fonctions cognitives • Hygiène buccodentaire • Examen neurologique complet • Mécanisme oral périphérique (MOP) • Test de la gorgée d'eau (sensibilité 42-86 %, spécificité 30-59%) • Essai alimentaire (si possible) • Évaluation de repas
RADIO-LOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Vidéofluoroscopie de la déglutition
ENDOSCOPIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Manométrie • FEES (<i>Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing</i>) • FEEST (<i>Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing with sensory testing</i>) • Endoscopie pharyngée et laryngée

© Nathalie Blouin, M.D., IUGM 2007

Que ce soit au sein d'une équipe déjà formée ou lors d'une intervention ponctuelle, l'inhalothérapeute peut contribuer au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge des patients dysphagiques.

Perspective interdisciplinaire

La déglutition représente donc un domaine carrefour requérant nombre de connaissances spécifiques et diversifiées afin d'en comprendre le processus et son impact sur la vie du patient. Toute altération de la déglutition entraînant une perte pondérale importante, une

déshydratation, une hygiène buccale déficiente, une prise inadéquate de la médication, des infections respiratoires fréquentes, un isolement social et un contexte familial difficile, plusieurs professionnels de la santé s'interrogent sur la problématique que représente la dysphagie. La perspective interdisciplinaire d'évaluation et de prise en charge d'un patient dysphagique nous semble évidente et souhaitable. Elle permet une approche plus globale, une plus grande variété d'intervention, un effet de synergie des compétences de chaque discipline et la fréquence accrue des thérapies⁽⁹⁾. Elle peut regrouper plusieurs intervenants : médecin, orthophoniste, ergothérapeute, inhalothérapeute, infirmière, nutritionniste auxquels s'ajoutent parfois ORL, gastro-entérologue, pneumologue, dentiste,

Tableau 4 - Limites de la vidéofluoroscopie

- Disponibilité de l'examen
- Exposition du patient à la radiation
- Standardisation de procédure
- Reflet de la réalité ?
- Difficultés avec les patients présentant des problèmes de posture ou de comportement

© Nathalie Blouin, M.D., IJGM 2007



pharmacien, physiothérapeute et travailleuse sociale. Bien sûr, la composition d'une équipe de dysphagie varie selon le milieu et les ressources disponibles. Les rôles de ses membres doivent être bien définis dans les différents milieux afin de faciliter les interventions en mettant à contribution l'expertise spécifique de chaque professionnel. D'autre part, certains préalables demeurent essentiels à l'exercice de la coopération pour tous les membres d'une équipe. La poursuite d'objectifs communs, le partage d'une même philosophie, la confiance en soi et envers les autres, la compréhension et le respect des habiletés professionnelles de chacun ainsi que l'identité professionnelle bien établie constituent les fondations gagnantes d'une équipe interdisciplinaire, particulièrement en dysphagie⁽⁷⁾.

Rôle de l'inhalothérapeute : contribution clinique chez la population dysphagique

L'inhalothérapeute, par sa formation spécifique, connaît bien l'anatomie et la physiologie des structures du

système respiratoire supérieur. Ces mêmes structures sont impliquées dans le processus de la déglutition. Étudier la coordination des mouvements de la langue, du voile du palais, de l'épiglotte, des muscles constricteurs pharyngés, du vestibule laryngé, des cordes vocales et du sphincter œsophagien supérieur, lors d'une vidéofluoroscopie de la déglutition, peut devenir un champ d'intérêt particulier pour l'inhalothérapeute. De plus, celui-ci est souvent appelé au chevet d'une population à risque de développer une dysphagie. On pense, entre autres aux patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et ceux intubés de façon prolongée, ayant une trachéostomie ou présentant une maladie neurologique dégénérative avec ou sans support ventilatoire. Il fait également partie intégrante de l'équipe de réanimation cardiorespiratoire et peut aussi rencontrer des patients à risque de suffocation isolée ou épisodique. Que ce soit au sein d'une équipe déjà formée ou lors d'une intervention ponctuelle, l'inhalothérapeute peut contribuer au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge des patients dysphagiques.

Dépistage

La bonne connaissance de la physiologie de la déglutition et des causes sous-jacentes peut aider l'inhalothérapeute à dépister les patients plus susceptibles de développer une dysphagie. Outre les symptômes mentionnés au tableau 2, certaines manifestations devraient l'alerter de la présence de dysphagie :

- infections pulmonaires à répétition;
- toux spontanée en buvant ou en mangeant;

- voix mouillée lors de repas ou d'élocution;
- présence de particules alimentaires dans les sécrétions trachéales aspirées;
- tachypnée;
- distension gastrique chez les insuffisants respiratoires occasionnant un syndrome restrictif, augmentant le rythme respiratoire et accentuant le risque d'aspiration lors des repas.

Tous ces symptômes devraient être consignés au dossier du patient et discutés avec le médecin et les autres professionnels de l'équipe traitante.

Évaluation

Chez les patients présentant des problèmes de dysphagie, l'évaluation de certains paramètres respiratoires devient essentielle, afin d'étoffer l'évaluation du risque d'aspiration et de développer un plan d'intervention approprié. **L'auscultation pulmonaire et la prise de la SPO₂** pré et post épisode prandial peuvent révéler des modifications découlant d'une possible aspiration⁽⁸⁾. Cependant, une baisse de la SPO₂ perprandiale peut aussi être reliée à d'autres phénomènes que l'aspiration par exemple : apnée prolongée, insuffisance cardiaque, MPOC décompensée entre autres. **L'auscultation cervicale**, de son côté, nous renseigne sur les temps inspiratoire et expiratoire lors de la déglutition. La coordination séquentielle de ces deux fonctions, respiration et déglutition, est essentielle afin d'éviter toute aspiration de salive, d'aliment ou de médicament. Certains auteurs prétendent que, dans 95 % des cas, la déglutition est immédiatement suivie d'une expiration⁽⁹⁾. L'auscultation cervicale permet également de percevoir différents bruits produits lors de la déglutition correspondant aux mouvements de certaines structures. Couplés à un système informatique, ces bruits peuvent être enregistrés sous forme de bandes oscillatoires. Par contre, l'interprétation clinique de cette technique reste à préciser^(10, 11). **L'évaluation des volumes, des débits et des pressions maximales** (inspiratoire et expiratoire) nous renseigne sur l'état des réserves pulmonaires impliquées dans la capacité à produire une toux efficace lors de fausses routes. Ces mêmes réserves sont également mises à contribution afin d'assurer le maintien d'une bonne hygiène bronchique particulièrement lors d'infections respiratoires. **L'évaluation de la toux volontaire ou sollicitée**, du raclement de la gorge ou dérhumage volontaire ainsi que de la qualité vocale (le son « A » clair et prolongé), fait partie des paramètres pouvant être évalués par l'inhalothérapeute. Toutes ces évaluations respiratoires permettent de compléter

*Plan stratégique 2007-2011
À la croisée des chemins*

Nos valeurs

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour :

SON ENGAGEMENT...

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

l'évaluation interdisciplinaire du risque d'aspiration chez le patient.

Surveillance respiratoire

Lors de la réalisation d'une vidéofluoroscopie de la déglutition, la présence de l'inhalothérapeute assure



Participation à l'équipe interdisciplinaire – réunion plénière

des interventions ponctuelles en cas d'aspiration alimentaire importante ou d'étouffement. Les techniques de dégagement buccal, de succion, d'oxygénation, d'assistance ventilatoire et de Heimlich sont alors appliquées par l'inhalothérapeute. Le même type de surveillance se déroule au moment des premiers essais alimentaires chez un patient *nil per os* (NPO) sous alimentation entérale.

Participation à la réalisation, à l'interprétation de la vidéofluoroscopie et aux recommandations

À l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, l'inhalothérapeute se joint à d'autres membres de l'équipe de dysphagie pour participer à la réalisation, à l'interprétation interdisciplinaire des images radiologiques obtenues et à la formulation de recommandations. Cette interprétation est confirmée ultérieurement par le radiologiste. De par sa formation et sa bonne connaissance des structures impliquées dans la respiration et la déglutition, l'inhalothérapeute peut apporter une contribution spécifique et importante pour qualifier les réactions du système respiratoire lors d'une aspiration.

Participation au plan de soins

Outre la surveillance lors des essais alimentaires, le rôle de l'inhalothérapeute, en ce qui concerne le plan de soins, est axé sur le maintien de l'intégrité du système respiratoire. Ces compétences en matière de désobstruction des voies respiratoires et de succion sont des plus utiles et des plus appréciées. L'enseignement et la supervision des exercices d'inspiration et d'expiration vibratoire (Flutter®, Acapella®, etc.) ainsi que de la

NOTES

- STEPHEN, J. R., et coll. 2005. "Bolus location at the initiation of the pharyngeal stage of swallowing in healthy older adults", *Dysphagia*, vol. 20, n° 4, p. 266-272.
- SHAKER, R., et I. LANG. 1994. "Effect of aging on the Deglutitive Oral, Pharyngeal, and Esophageal Motor Function", *Dysphagia*, vol. 9 no 4 p. 221-228.
- MARTEL, J., 2001. « Dysphagie iatrogénique », *Pharmactuel*, vol. 34 (janvier/février), n° 1, p. 11-15.
- BERGMAN, H., HOGAN, D., KARUNANANTHAN, S., 2007. «La fragilité », *Précis pratique de gériatrie*, 3^e édition, Edisem/Maloine, p. 83-91.
- LÉOPOLD, N. A. et M. C. KAGEL., 1983. "Swallowing, Ingestion and Dysphagia : a reappraisal", *Arch PhysMedRehab*, vol. 64, n° 8, p. 371-373.
- BLOUIN, N. 2007. « Dysphagie », *Précis pratique de gériatrie*, 3^e édition, Edisem/Maloine, p. 725-741.
- LEBEL, P. et G. MASSÉ-THIBODEAU, 1998. «Programme de formation à l'interdisciplinarité », Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- COLLINS, M. J., et A.M.O. BAKHEIT, 1997. "Does Pulse Oximetry Reliably Detect Aspiration in Dysphagic Stroke Patients?" *Stroke*, vol. 28, n° 9, p. 1773-1775.
- COT, F. et coll. 1996. *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. Maloine/Edisem, page 19.
- BORR, C., et coll. 2007. "Reliability and Validity of Cervical Auscultation", *Dysphagia*, vol. 22, n° 3, p. 225-234.
- LESLIE, P., et coll. 2004. "Reliability and Validity of Cervical Auscultation : A Controlled Comparison Using Videofluoroscopy", *Dysphagia*, vol.19, n° 4, p. 231-240.

LECTURES SUGGÉRÉES

- CHONG, M. S. et coll. 2003. « Bedside Clinical Methods Useful as Screening Test for Aspiration in Elderly Patients with Recent and Previous Strokes », *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, vol. 32, n° 6, p. 790-794.
- COLODNY, N. 2000. "Comparison of dysphagics and nondysphagics on pulse oximetry during oral feeding", *Dysphagia*, vol. 15, n° 2, p. 68-73.
- HIGO, R. et coll. 2003. "Pulse oximetry monitoring for the evaluation of swallowing function." *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, vol. 260, n° 3, p. 124-127.
- SHAW, J. L. et coll. 2004. "Bronchial auscultation: an effective adjunct to speech and language therapy bedside assessment when detecting dysphagia and aspiration?" *Dysphagia*, vol. 19, n° 4, p. 211-218.
- MAZEROLLES, M. et V. WOISARD 2003. "Evaluation and treatment of swallowing disorders after tracheal intubation and tracheotomy", [French]. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie*, vol. 124, n° 5, p. 325-330.
- HAMMOND, C. A. S. et L. B. GOLDSTEIN, 2006. « Cough and aspiration of food and liquids to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines », *Chest*, vol. 129, n° 1 SUPPL., p. 154S-168S.
- MARIK, P. E. et KAPLAN, D. 2003. "Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly", [see comment]. *Chest*, vol. 124, n° 1, p. 328-336.
- HARDING, S. M. 2002. "Oropharyngeal dysfunction in COPD patients: The need for clinical research", *Chest*, vol. 121, n° 2, p. 315-317.
- SMITH, P. A. 2006. "Nutrition, hydration, and dysphagia in long-term care: Differing opinions on the effects of aspiration", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 7, n° 9, p. 545-549.
- COT, F. et coll. 1996. « *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte* », Maloine/Edisem, 272 p.
- BLEECKX, D. 2001, « Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition », *Dysphagie*, DeBoeck Université, 130 p.
- GROHER, M.E. 1997. "Diagnosis and Management", *Dysphagia*, 3^e édition. Butterworth-Heinemann, 388 p.
- LOGEMANN, J.A. 1998. "Evaluation and treatment of Swallowing Disorders", *Dysphagia*, 2nd edition, Pro-Ed, 406 p.

toix dirigée, contribuent au dégagement, non seulement de mucus, mais aussi de toute pénétration ou aspiration alimentaire. L'enseignement de la respiration diaphragmatique peut s'ajouter comme approche préventive. Chez les patients trachéotomisés NPO qui reprennent graduellement l'alimentation *per os*, la mise en place de mesures préventives peut être instaurée par l'inhalothérapeute, par exemple : succion pré et post alimentation, nécessité ou non de gonfler le ballonnet, entre autres.

Conclusion

Le symptôme de dysphagie est donc très prévalent chez notre clientèle et accompagne de nombreuses

pathologies, dont l'AVC. L'inhalothérapeute, par ses fonctions et ses responsabilités, se retrouve très souvent confronté à cette population sujette à présenter une dysphagie. L'acquisition de notions complémentaires en matière de déglutition et le développement de certaines habiletés face à la vidéofluoroscopie amènent l'inhalothérapeute à joindre opportunément une équipe de dysphagie. Ce problème qu'est la dysphagie représente un domaine carrefour intéressant différents professionnels de la santé. Il constitue un champ d'activité idéal pour une approche professionnelle interdisciplinaire.



DYSPHAGIE IATROGÉNIQUE

(par) [Josée Martel, DPH, pharmacienne, C.H. Robert-Giffard]

Source : *Pharmactuel*, Vol. 34, n°1, 2001, p. 11-15.

La dysphagie ou difficulté à avaler est un symptôme qui s'observe dans une multitude de problématiques médicales. Elle est parfois associée à la prise de médicaments, on parle alors de dysphagie iatrogénique. Certains médicaments peuvent affecter grandement les phases de déglutition par leurs effets pharmacologiques ou leurs effets indésirables. La dysphagie iatrogénique est parfois un problème complexe et ce particulièrement si elle est présente depuis longtemps. L'approche clinique, qu'elle soit palliative ou curative, doit tenir compte de la gravité, de l'intensité et du potentiel de réversibilité de cet état. L'anamnèse d'un patient souffrant de dysphagie doit aussi prévoir une revue attentive de sa médication

Dysphagia or difficulty in swallowing is a symptom that is found in a vast number of medical issues. When dysphagia is associated to drug administration, it is referred to as iatrogenic dysphagia. Some drugs can greatly affect phases of swallowing by their pharmacological effects or adverse reactions. Iatrogenic dysphagia sometimes represents a complex problem, particularly if it is present for a long time. The clinical approach, should it be palliative or curative, must take into account the severity, intensity and potential or reversibility of that state. The anamnesis of a patient with dysphagia must also contain a close review of the medication.

La dysphagie est habituellement définie comme une difficulté à avaler, c'est-à-dire, à transférer le bolus alimentaire de la cavité orale vers l'estomac. Elle peut donc toucher la bouche, le pharynx, le larynx et l'œsophage. En soi, la dysphagie est un symptôme de diverses conditions médicales et non une maladie (1-3). La dysphagie peut conduire à l'aspiration, la pneumonie et la mort (4). Les médicaments peuvent avoir un impact sur la salivation et la déglutition par leurs effets sur le système nerveux périphérique et sur le système nerveux central (1, 5, 6).

La prise de certains médicaments peut-être la cause ou peut contribuer grandement à aggraver un problème de dysphagie. L'étiologie des dysphagies iatrogéniques est multifactorielle. Les conséquences peuvent être immédiates ou retardées. Trois mécanismes sont généralement mis en évidence.

La dysphagie peut être : (1) un effet indésirable du médicament; (2) une complication de l'emploi de certains médicaments; (3) causée par une œsophagite induite par la prise de médicaments (7, 8).

Il importe de reconnaître les médicaments susceptibles d'induire ce type de problème afin de réviser la nécessité de les poursuivre ou de tenter de minimiser l'impact de leur effet sur la déglutition.

La dysphagie, un effet indésirable du médicament

Nombre de médicaments affectent la musculature de l'œsophage. Par leur action anticholinergique, ils provoquent une diminution de la motilité œsophagienne, diminuent la pression du sphincter œsophagien

inférieur et ralentissent la vidange gastrique. De tels mécanismes peuvent donc induire ou accroître un reflux gastro-œsophagien (Tableau 1) (7, 9). Les médicaments ne sont pas les seuls agents susceptibles de diminuer la pression du sphincter œsophagien inférieur. Une telle action est aussi le propre de certains aliments (chocolat, café, menthe), de certaines hormones (progestérone, calcitonine) et de l'alcool.

Tableau I.

Agents qui diminuent la pression du sphincter œsophagien inférieur (7, 9, 31)

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S)
- Atropine et agents anticholinergiques
- Agonistes β_2 - adrénergiques
- Bloquants adrénergiques
- Bloquants des canaux calciques (nifédipine, verapamil, diltiazem, etc.)
- Calcitonine
- Dopamine (L-Dopa)
- Glucagon
- Hormones (cholécystokinine, sécrétine, œstrogènes, progestérone, neurotensine, somatostatine)
- Narcotiques (morphine, mépéridine, etc.)
- Nitrates
- Théophylline
- Autres : chocolat, café, menthe, nicotine, aliments riches en gras, etc.

Par leur action sur le système nerveux central qui conduit à une diminution de la force musculaire, à une diminution ou un retard du réflexe de déglutition, ou à un problème de sédation, certains médicaments peuvent aussi modifier la motilité œsophagienne, c'est le cas notamment des agents narcotiques et sédatifs (5, 7).

La classe de médicaments qui est à la source de bon nombre de cas de dysphagie est probablement celle des antipsychotiques. La dysphagie induite par les neuroleptiques peut être consécutive à différents effets indésirables. Il peut s'agir de xérostomie, de parkinsonisme, de dystonie ou de dyskinésie tardive (5, 7-14). Les muscles striés de l'oropharynx et de l'œsophage pourront être atteints chez les patients avec les réactions extrapyramidales, créant ainsi le problème de dysphagie (1, 14). Par conséquent, lors de parkinsonisme, on pourra aussi observer des mouvements anormaux de la langue, une prolongation du temps de transit oral et pharyngien, un dysfonctionnement du péristaltisme lingual (*rolling*), des tremblements, etc. Tous les antipsychotiques peuvent provoquer de tels effets indésirables mais à des degrés

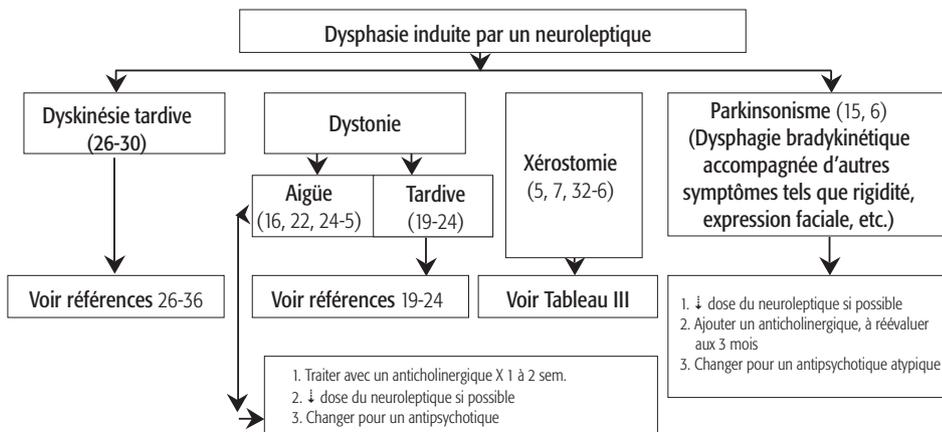


Figure 1 : Identification de l'étiologie de la dysphagie induite par un neuroleptique (NL)

variables. Diverses conduites pharmacologiques peuvent être envisagées en présence de dysphagie induite par les neuroleptiques. Cependant, l'approche pharmacologique préconisée sera toujours individualisée selon les antécédents médicaux et pharmacologiques du patient (Figure 1) (8, 15-30).

L'emploi d'un anesthésique oral local tel que la xylocaïne peut parfois être la source de problèmes de dysphagie. De tels agents altèrent le réflexe de déglutition en bloquant la conduction nerveuse. On surveillera donc plus attentivement les patients ayant subi des procédures dentaires ou endoscopiques puisqu'ils seront susceptibles d'être exposés à ce type d'agent lors des procédures médicales (5-7).

La xérostomie est aussi une cause de dysphagie non négligeable (5-7). Elle est un effet indésirable d'un nombre important de médicaments (Tableau II). La sécheresse buccale fait en sorte que le bolus alimentaire est difficile à avaler; elle contribue également à diminuer les perceptions gustatives et l'alimentation des patients peut parfois être difficile car moins attrayante (1, 7). Par ailleurs, la salive n'est plus en quantité suffisante pour neutraliser adéquatement l'acide gastrique reflué vers l'œsophage, exposant ce dernier à un risque accru d'inflammation (31). Les comprimés sont alors plus difficiles à avaler et la dissolution des formes sublinguales peut être retardée (32). La xérostomie causée par un médicament est en général réversible. On peut l'éliminer ou la minimiser en cessant le médicament, en fractionnant les doses, en réduisant sa posologie, en changeant son horaire d'administration de manières à éviter les pics plasmatiques élevés au moment où la sen-

sation de xérostomie est la plus grande soit la nuit ou en substituant par un autre (Tableau III). De même, si on administre le médicament fortement anticholinergique avant les repas, on pourra espérer que la salivation provoquée par la mastication lors du repas contrebalance la xérostomie, du moins en partie. La sensation de sécheresse buccale sera ainsi atténuée par ce mécanisme compensatoire. Différentes mesures non pharmacologiques peuvent aussi être utilisées pour contrer la xérostomie (Tableau IV) (32-36).

Le traitement de la xérostomie a de plus pour effet de prévenir la mauvaise haleine, l'infection, les gingivites, les caries ou autres pathologies dentaires. Des substituts de salive ou l'ajout de médicament sialagogue peuvent aussi parfois procurer un soulagement. Les comprimés et les capsules sont plus faciles à avaler si la bouche et l'œsophage sont d'abord lubrifiés avec une petite quantité d'eau ou autre liquide (32). En présence de xérostomie importante persistante, la forme liquide des médicaments peut être suggérée et la voie sublinguale devrait être évitée. Si la forme liquide n'est pas disponible, il est possible de suggérer d'écraser le comprimé ou de vider le contenu de la capsule pour le mélanger à de la nourriture molle, dans la mesure où cette modification de la forme galénique est possible. Somme toute, le traitement de la xérostomie vise à prévenir l'apparition de caries dentaires ou autres pathologies parodontales, à soulager les symptômes et à accroître la quantité de salive possible (32-36).

À l'inverse, il arrive parfois que la dysphagie soit provoquée par l'apparition d'une hypersalivation que l'on retrouve lors de l'utilisation de la clozapine (Clorazil^{MD})

Tableau II. Médicaments susceptibles de causer la xérostomie (5, 7, 32-36)

Classe	Agents
Analgésiques narcotiques	.Codéine, mépéridine, morphine, oxycodone, etc.
Antiarythmiques	.Disopyramide
Anticholinergiques	.Benzotropine, bipéridène, procyclidine, trihexyphénidyle, etc.
Anticonvulsants	.Carbamazépine, lamotrigine, gabapentine, phénobarbital, phénytoïne
Antidépresseurs	.Amitriptyline, imipramine, désipramine, trazodome, phénelzine, fluvoxamine, paroxétine, etc.
Antidiarrhéiques	.Diphénoxylate, loperamide
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	.Diclofénac, étodolac, ibuprofène, kétoprofène, piroxicam
Antihistaminiques	.Hydroxyzine, diphenhydramine, etc.
Antihypertenseurs	.Captopril, clonidine, prazosine, térazonine, énalapril, etc.
Antispasmodiques	.Dicyclomine, cyclobenzaprine, etc.
Antipsychotiques	.Méthotrimeprazine, thioridazine, périeyazine, loxapine, etc.
Benzodiazépines	.Diazépam, Lorazépam, etc.
Bloquants des canaux calciques	.Nifédipine, diltiazem, verapamil
Bronchodilatateurs	.Ipratropium, salbutamol
Décongestionnants	.Pseudoéphédrine
Diurétiques	.Acétazolamide, furosémide, hydrochlorothiazide
Relaxants musculaires	.Cyclobenzaprine, baclofène, orphénadrine
Stabilisateurs de l'humeur	.Lithium

Tableau IV. Mesures non pharmacologiques pour contrer la xérostomie (32, 34, 36)

- Boire de l'eau fréquemment en petites quantités ou sucer des glaçons.
- Sucrer des bonbons sans sucre, éviter les bonbons citronnés.
- S'assurer d'une bonne hygiène buccale. Brosser les dents et la langue régulièrement et nettoyer les prothèses dentaires régulièrement. Utiliser régulièrement la soie dentaire. Éviter les gargarismes qui contiennent de l'alcool.
- Éviter les aliments secs, très sucrés ou acides pouvant irriter les muqueuses.
- Stimuler la salivation par la mastication (ex : mâcher de la gomme sans sucre entre les repas).
- Diminuer la consommation de café et de cigarettes pouvant accroître la sensation de sécheresse buccale.

ou du clonazépam (Rivotril^{MD}) (35, 37). Les patients auront la sensation de s'étouffer avec leur salive, on observera qu'ils mouillent leurs vêtements ou leur taie d'oreiller. Cette hypersalivation peut parfois être la cause d'aspiration. Plus rarement, on pourra observer ce phénomène avec la prise d'olanzapine, d'halopéridol, de lithium, de donépézil ou de physostigimine (35). La conduite à tenir dépendra souvent de la possibilité de réduire la posologie, de modifier le traitement ou d'utiliser des agents anticholinergiques (ex. : benzotropine, procyclidine, etc.), des

agonistes alpha₂-adrénergiques (clonidine 0,1 à 0,4 mg par jour) ou de la pirenzépine (25 à 50 mg) pour contrer l'hypersalivation (35, 37, 38). Plus rarement, l'emploi d'une à deux gouttes d'atropine 1 % sous forme de solution ophtalmique à placer sous la langue pourra apporter un soulagement (39).

La dysphagie, une complication de l'emploi de certains médicaments

Les agents antinéoplasiques cytotoxiques peuvent induire un problème de dysphagie soit en exposant le patient aux infections virales et fongiques (ex. : candidose orale ou œsophagienne, herpès oral, etc.) à la suite de l'aplasie médullaire qu'ils provoquent, soit en affectant directement l'intégrité de la muqueuse œsophagienne (7).

Quoique plus rare, la dysphagie peut parfois être un symptôme d'une réaction allergique systématique causée par un médicament. C'est le cas par exemple des lésions de l'œsophage rencontrées lors d'une réaction de type Steven-Johnson provoquée par la prise d'un sulfamidé tel que le Bactrim^{MD}. En pareil cas, l'œsophage n'est évidemment pas le seul organe atteint mais plutôt un élément d'un ensemble de symptômes (7).

La dysphagie causée par des œsophagites iatrogéniques

Certains médicaments pris par voie orale peuvent, en raison de leurs propriétés chimiques, physiques ou pharmacologiques, provoquer une irritation locale de la muqueuse de l'œsophage (Tableau V) (7, 31, 40-42). Toute personne ingérant un médicament à

potentiel érosif est à risque de développer une œsophagite (Tableau VI).

Les conséquences d'une œsophagite induite par un médicament peuvent être très sérieuses, allant même jusqu'à la mort. L'agent causal doit donc être cessé le plus rapidement possible. La présentation clinique d'une telle manifestation est généralement typique : le début est souvent subit et s'accompagne d'une douleur rétro-sternale ou d'odynophagie dans les quelques heures suivant l'ingestion. Lorsque le chlorure de potassium est en cause, l'apparition de la dysphagie pourra se faire plus insidieusement après des mois voire des années de consommation et l'intensité de la douleur pourra être plus légère (31). Le risque d'œsophagite causée par un médicament à potentiel érosif est accru s'il y a présence d'un ralentissement du

Tableau III. Conduite à tenir en cas de xérostomie induite par les médicaments (32-36, 39)

1. Diminuer la dose ou cesser le médicament causant la sécheresse buccale.
2. Remplacer l'agent causal par un médicament à moindre risque de causer la xérostomie.
3. Modifier l'horaire d'administration du médicament. La sensation de sécheresse buccale est plus importante entre les repas, la nuit et au repos, périodes où il n'y a pas de stimulation salivaire. Ajuster l'horaire d'administration du médicament incriminé de manière à éviter les pics sériques à ces périodes. Le fractionnement des doses peut aussi être une autre solution pouvant aider grandement.
4. Modifier la forme galénique du médicament : utiliser la forme liquide si disponible, écraser le comprimé ou vider le contenu de la capsule dans la nourriture molle si possible, éviter la voie sublinguale.
5. Utiliser un sialagogue (anétholtrithione ou Sialor^{MD}) ou un substitut de salive. Réévaluer l'efficacité et la tolérance du sialagogue dans les jours suivant son instauration. Le Sialor^{MD} peut causer la diarrhée, effet qui nécessite une diminution de la posologie; il peut également colorer les urines en jaune foncé, effet qui est bénin. La pilocarpine orale (Salagen^{MD}) 5 à 10 mg TID ou le rince-bouche (4 gouttes de pilocarpine dans 12 gouttes d'eau à cracher ensuite) peuvent parfois être envisagés s'il n'y a pas de contre-indications à leur utilisation.

transit gastro-œsophagien, bien qu'il ne soit pas à lui seul suffisant pour provoquer une œsophagite (31). Plusieurs autres facteurs peuvent accroître le risque d'œsophagite avec les médicaments, notamment une xérostomie, une prise de médicament en position couchée ou avec une quantité insuffisante de liquide, la grosseur du comprimé (> 2cm), la forme galénique du médicament (prises avec une quantité insuffisante de liquide, les capsules de gélatine deviennent collantes, elles adhèrent ainsi plus facilement aux parois de l'œsophage et peuvent aussi voir ralentir leur transit œsophagien), l'âge avancé du patient, certaines pathologies (dilatation de l'aorte, hernie hiatale, maladie de Parkinson, sclérodémie, diabète, achalasie, etc.) (31, 41). Des précautions peuvent être envisagées pour prévenir les œsophagites causées par un médicament (Tableau VII) (31, 40-42). On comprendra que de telles précautions sont davantage à considérer chez une clientèle qui souffre déjà d'un problème de dysphagie puisqu'une dysmotilité œsophagienne de quelque nature qu'elle soit augmente l'adhérence des comprimés aux parois œsophagiennes et peut provoquer des lésions des muqueuses.

Tableau VI. Médicaments ayant causé des œsophagites (7, 31, 40-42)

Alendronate (Fosamax^{MD})
Alprérolol
Antibiotiques (doxycycline, tétracycline, clindamycine, minocycline, érythromycine, pénicilline, ampicilline, rifampicine)
Antirétroviraux (zalcitabine, zidovudine)
A.I.N.S
Aspirine
Corticostéroïdes (prednisone)
Fer (sulfate, fumarate)
Potassium, chlorure de (K-Dur^{MD})
Quinidine
Théophylline
Vitamine C

Conclusion

La dysphagie induite par les médicaments est un problème qui peut parfois être complexe si présent depuis longtemps. La dysphagie peut être passagère ou chronique selon l'étiologie en cause. L'approche clinique de cette problématique, qu'elle soit palliative ou curative, doit tenir compte de la sévérité, de l'intensité et de la réversibilité possible de cet état. Les mesures préventives doivent être préconisées en premier recours. Il importe, dans l'approche sélectionnée, de prendre aussi en considération le risque de décompensation

psychopathologique provoquée par une modification du traitement pharmacologique de même que le risque sérieux de détérioration de la dysphagie lorsqu'elle accompagne une dyskinésie tardive. La prudence et la patience sont souvent la clé du succès de telles modifications de traitement.

Reproduit avec autorisation.

Tableau V. Caractéristiques des médicaments pouvant provoquer les œsophagites (31, 40, 42)

Propriétés	Mécanismes	Exemples
CHIMIQUES		
pH acide (<3)	Dommages directs de la muqueuse par acidité	Doxycycline, tétracycline, fer
Irritation caustique ou chimique	Dommages directs de la muqueuse	Alendronate, A.I.N.S, chlorure de potassium
Hyperosmotique	Augmentation de l'assèchement de la muqueuse, augmentation des dommages à la muqueuse par un agent caustique	Chlorure de potassium
PHYSIQUES		
Forme entérosoluble ou gélatineuse Comprimé de grosseur importante	Transit œsophagien plus long p/r au comprimé standard, augmentation du temps de contact avec la muqueuse et du risque de dommages par un agent caustique	Chlorure de potassium à enrobage entérique Gluconate de quinidine
Formulation à libération prolongée ou avec matrice wax	Libération locale prolongée, dosage élevé du médicament, augmentation du risque de dommages à la muqueuse par un agent caustique	Chlorure de potassium, fer à libération prolongée, théophylline à libération prolongée
PHARMACOLOGIQUES		
Rupture de la barrière cytoprotectrice normale	Augmentation du risque de dommages à la muqueuse par l'acidité gastrique ou par d'autres agents caustiques	Aspirine, A.I.N.S
Diminution de la pression du sphincter œsophagien inférieur	Augmentation du reflux gastro-œsophagien, augmentation du risque de dommages de la muqueuse par l'acidité gastrique ou par d'autres agents caustiques	Anticholinergiques, nitrates, bloquants des canaux calciques, théophylline

Tableau VII. Prévenir les œsophagites causées par les médicaments (7, 31, 32, 40-42)

1. Demeurer en position debout ou assise le plus verticalement possible lors de la prise de médicaments;
2. Avaler les comprimés un à la fois plutôt que tous ensemble;
3. Boire une petite quantité d'eau avant la prise pour lubrifier l'œsophage et faciliter la déglutition des comprimés et des capsules. Faire suivre d'au moins 120 ml d'eau ou de liquides (préférentiellement 200 à 250 ml). Si dysphagie avec liquides clairs, favoriser la prise de médicaments mélangés à de la nourriture molle (ex : purée de pomme, yogourt, etc.) et faire suivre d'un jus épais si nécessaire;
4. Si le médicament est de grosseur importante (> 2 cm) : vérifier si le comprimé peut être trituré ou la capsule vidée de son contenu, ou s'il existe sous une autre formulation;
5. Éviter de se coucher dans les 30 minutes suivant la prise, particulièrement si médicament très caustique tel que le chlorure de potassium (K-Dur^{MD}), l'alendronate (Fosamax^{MD}), le risédronate, (Actonel^{MD}), la doxycycline, etc.;
6. Favoriser la formulation liquide ou parentérale des médicaments si patient avec multiples facteurs de risque susceptibles de diminuer le temps de transit œsophagien, surtout si l'œsophage est partiellement obstrué;
7. Réévaluer la nécessité de poursuivre tout médicament susceptible de causer une œsophagite.

Références

1. Cot F, Bélisle F, Blouin N, et al. *La dysphagie oropharyngée chez l'adulte*. 1996. Québec, Edisem. 272 p.
2. Mayrand S, Barkun ANG. *Dysphagia*. *Med N Am* 1997; mai/juin :10-8.
3. Gosselin BJ, Brown DH. *Investigating the causes of swallowing problems*. *Can J Diagnosis* 1994 ; mai : 75-86.
4. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, et al. Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia* 1998; 13 : 69-81.
5. Blouin N. La dysphagie de la personne âgée : comment l'aborder. *L'omnipraticien* 1999; 8 avril : 9-19.
6. Domenech E, Kelly J. Swallowing disorders. *Med Clin N Am* 1999; 83(1) : 97-113.
7. Stoschus B, Allescher HD. Drug-induced dysphagia. *Dysphagia* 1993; 8 :154-9.
8. Sliwa JA, Lis S. Drug-induced dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 445-7.
9. Ouatu-Lascar R, Triadafilopoulos G. Oesophageal Mucosal Diseases in the elderly. *Drugs & Aging* 1998; 12(4): 261-76.
10. Weiden P, Harrigan M. A clinical guide for diagnosing and managing patients with drug-induced dysphagia. *Hosp Comm Psy* 1986; 37(4): 396-8.
11. Hughes TAT, Shone G, Wiles CM. Severe dysphagia associated with major tranquillizer treatment. *Postgrad Med* 1994; 70 : 581-3.
12. Leopold NA. Dysphagia in drug-induced parkinsonism : a case report. *Dysphagia* 1996 ; 11 :151-3.
13. Craig TJ. Swallowing, tardive dyskinesia, and anticholinergics. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1083.
14. Sokoloff LG, Pavlakovic R. Neuroleptic-induced dysphagia. *Dysphagia* 1997; 12 :177-9.
15. Mamo DC, Sweet RA, Keshavan MS. Managing antipsychotic-induced parkinsonism. *Drug Safety* 1999; 20(3) : 269-75.
16. Remington G, Bezchlibnyk-Butler K. Management of acute antipsychotic-induced extrapyramidal syndromes. *CNS Drugs* 1996; 5 (suppl. 1) : 21 35.
17. Cambier J. Les dystonies : Inventaire des dystonies. *Presse Med* 1999; 28(6) :293-7.
18. Destée A, Brique S, Sablonnière B. Les dystonies : Les dystonies génétiques. *Presse Med* 1999; 28(6) : 298-305.
19. Gallouède G, Sangla S, Jedynak CP, et al. Les dystonies : Dystonies secondaires. *Presse Med* 1999; 28(6) : 306-11.
20. Marion MH. Les dystonies : Traitement des dystonies. *Presse Med* 1999; 28(6): 312-5.
21. Anonyme. Dystonia : underdiagnosed and undertreated? *Drug & Therapeutics Bull* 1988; 26(9) : 33-6.
22. Owens DGC. Dystonia : A potential psychiatric pitfall. *Br J Psychiatry* 1990; 156 : 620-34.
23. Jankovic J, Orman J. Tetrabenazine therapy of dystonia, chorea, tics, and other dyskinesias. *Neurology* 1988; 38 : 391-4.
24. Raja M. Managing antipsychotic-induced acute and tardive dystonia. *Drug Safety* 1998; 19(1) : 57-72.
25. Koek RJ, Pi EH. Acute laryngeal dystonic reactions to neuroleptics. *Psychosomatics* 1989; 30(4) : 359-64.
26. American Psychiatric Association. Task Force on Tardive Dyskinesia. Tardive Dyskinesia : A Task Force Report of the American Psychiatric Association. 1992. Washington, American Psychiatric Association.103-20.
27. Anonyme. No easy solution to antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Drugs & Therapy Perspectives* 1996; 7(4) : 13-6.
28. Cavallaro R, Smeraldi E. Antipsychotic-induced tardive dyskinesia – Recognition, Prevention, and management. *CNS Drugs* 1995; 4(4): 278-93.
29. Egan MF, PUD j, Wyatt RJ. Treatment of tardive dyskinesia. *Schizophr Bull* 1997; 23(4) : 583-609.
30. Gardos G. Managing antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Drug Safety* 1999; 20(2) : 187-93.
31. Jaspersen D. Drug-induced esophageal disorders – Pathogenesis, incidence, prevention and management. *Drug Safety* 2000; 22(3) : 237-49.
32. Drug Store News -Continuing Education- Xerostomia. (page consultée le 21 juin 2000). American Council on Pharmaceutical Education. [En ligne]. Adresse URL : http://secure.lf.com/drug/ee/99_4_lessonfree.htm
33. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth, 2nd edition. *Gerodontology* 1997; 14(1) : 33-47.
34. Larouche S. La xérostomie, Formation continue, médicaments sans ordonnance. *L'Actualité pharmaceutique* 1998; sept : 1-8.
35. Szabadi E, Tavernor S. Hypo- and hypersalivation induced by psychoactive drugs. *CNS Drugs* 1999; 11 (6) : 449-66.
36. Van Der Liet W. Oral complications associated with chemotherapy – Noninfectious complications. *Pharmacy Practice* 1990; 6(7) : 19-23.
37. Darydov L, Botts SR. Clozapine-induced hypersalivation. *Ann Pharmacother* 2000; 34 :662-5.
38. Management of salive overflow. (page consultée le 20 avril 2000). [En ligne]. Consortium on drooling. Adresse URL : <http://ihs.airweb.net/management.htm>
39. Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ, eds. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 10 ed rev. 2000. Toronto, Hogrefe & Huber Publishers. 263p.
40. Eng J, Sabanathan S. Drug-induced esophagitis. *Am J Gastroenterology* 1991; 86(9) : 1127-33.
41. Bott S, Prakash C, McCallum RW. Medication-induced esophageal injury : Survey of the literature. *Am J Gastroenterology* 1987; 82(8) : 758-63.
42. Smith SJ, Lee AJ, Maddix DS, et al. Pill-induced esophagitis caused by oral rifampin. *Ann Pharmacother* 1999 ; 33 : 27-31.



Une première au Québec!

Téléconsultation par des inhalothérapeutes!

Le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) du Centre Universitaire de santé McGill (CUSM) a tenu une première téléconsultation par visioconférence le 20 juillet 2007. Grâce à Rita Troini, conseillère/chargée du projet Télévisite PNAVD, le soutien de la secrétaire Karyn Fournier, l'équipe du PNAVD et du service de télésanté du CUSM, **l'inhalothérapeute du PNAVD a pu faire une visite à distance de sa patiente pédiatrique sous ventilation non effractive à Rouyn-Noranda!**

L'inhalothérapeute du PNAVD a passé deux heures **en intervention directe** avec la patiente, son père et l'inhalothérapeute régionale. Elle a effectué les actions suivantes :

- Évaluation clinique (SaO₂, auscultation pulmonaire, cardiaque, état général);
- Questionnement (thérapies, médicaments, infections, questions bio/psychosociales);
- Vérification technique des appareils respiratoires, circuits patient et masque;
- Vérification des paramètres ventilatoires incluant toutes les alarmes de sécurité;
- Vérification des numéros d'inventaires et les heures d'utilisation des appareils;
- Vérification et enseignement sur le masque et son entretien;
- Établir un plan de suivi en complémentarité avec l'inhalothérapeute régionale.

Tous les participants ont été satisfaits des résultats de cette première expérience.

L'inhalothérapeute du PNAVD a été très à l'aise avec ses vérifications et même très contente d'avoir réussi à établir une relation et une collaboration avec l'inhalothérapeute régionale. L'inhalothérapeute régionale ne savait pas trop à quoi s'attendre et elle a été agréablement surprise. Elle trouve le fait de voir l'inhalothérapeute du PNAVD ainsi que les équipements, beaucoup plus rapide, personnalisé et enri-

chissant. La patiente a trouvé ça *cool* une visioconférence et elle veut en faire d'autres. Le père a dit qu'il trouve ça rassurant de voir les intervenants des centres spécialisés qui s'occupent de sa fille et ceci, de si loin en plus!

Une autre téléconsultation a été effectuée aussi avec grand succès le 14 août dans la région de Val-d'Or et deux autres téléconsultations sont prévues dans la

région 09, Côte-Nord (Les Escoumins et Baie-Comeau) cet automne.

En conclusion, cette nouvelle façon de faire permet à des professionnels spécialisés tels que les inhalothérapeutes, de franchir toutes barrières de distance pour un suivi optimal de leur clientèle.

Pour plus d'information, communiquez avec : rita.troini@muhc.mcgill.ca

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL	BM enr.
<h3>Perfectionnement en milieu hospitalier</h3> <p>Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.</p> <p>Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps.</p> <p>Nous traitons des sujets variés, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">• Hémodynamie et monitoring• Mise à jour en anesthésie• Intubation difficile. <p>N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser.</p> <p>Brigitte Morin Inhalothérapeute Bac en enseignement professionnel Tél. : (418) 824-3430 morin.brigitte@videotron.ca</p>	



Tenue de dossiers en assistance anesthésique

PROJET PILOTE MULTICENTRIQUE :

le départ est donné

(par) [Martine Gosselin, inh., B. Sc., Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, OPIQ, Marise Tétreault, inh., inspecteur permanent OPIQ]

Au moment d'écrire ces lignes, le projet pilote débutait simultanément dans sept établissements de santé. Ces établissements se sont portés volontaires ou ont été sollicités par l'OPIQ parce qu'ils répondaient à certains critères importants, notamment celui d'avoir la meilleure représentativité de la pratique. Le défi qui leur a été proposé était de modifier les pratiques en matière de tenue de dossiers en se conformant au projet des lignes directrices.

Les centres hospitaliers choisis étaient situés dans les villes suivantes : Montréal, Québec, Val-d'Or et Verdun (Tableau 1). Dans chacun des centres, un inhalothérapeute chargé de projet avait pour rôle d'assurer la liaison entre l'Ordre et l'établissement, de coordonner le projet et d'agir à titre de personne-ressource

pour les inhalothérapeutes, médecins et autres professionnels impliqués.

La mise en place du projet pilote ne s'est pas faite sans heurts. Certains y ont vu une surcharge de travail et d'autres ne comprenaient pas l'importance de la tenue d'un « dossier anesthésique » complet et conforme ainsi que son lien avec la protection du public. Cependant, la majorité des inhalothérapeutes, et même quelques-uns des anesthésiologistes rencontrés, ont vu le projet comme une opportunité d'amélioration de la qualité de leur pratique en matière de tenue de dossiers, et ce, au-delà des six semaines du projet pilote. Certains des responsables en anesthésie ont envisagé l'élaboration et l'adoption d'ordonnances collectives et de protocoles anesthésiques.

Bien qu'à l'heure actuelle les lignes directrices ne soient pas encore disponibles pour diffusion, il n'en demeure pas moins que le *Règlement sur les dossiers et les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'OPIQ* et les normes en matière de tenue de dossiers en assistance anesthésique et sédation analgésie, existent depuis déjà plusieurs années. Concrètement, le projet pilote nous a per-

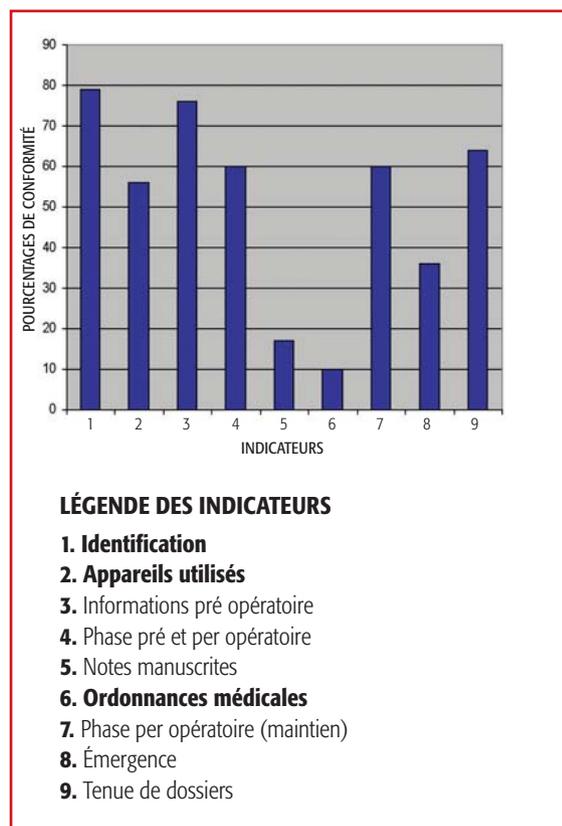


Tableau 2

mis d'établir le fait que bien des gens avaient l'impression qu'avant le projet pilote « les obligations en tenue de dossiers n'étaient pas si strictes », et que maintenant « cela s'en vient et il faudra faire avec ». Or, les lignes directrices ne sont qu'un **outil** facilitant

Établissements participants

CUSM; Hôpital Royal Victoria
CUSM Hôpital Général de Montréal
CHU Sainte-Justine
CSSS du Sud-Ouest – Verdun;
Centre Hospitalier de Verdun
CHUQ : C. H. universitaire de Laval
CSSS de la Vallée-de-l'Or;
Centre Hospitalier de Val-d'Or
Clinique Privée

Lors de l'étude des dossiers par les inspecteurs, les noms des usagers, les numéros de dossiers, les noms des établissements et des professionnels impliqués ont été rendus confidentiels.

Nos valeurs

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour :

SON INTÉGRITÉ...

...Parce que le public et les inhalothérapeutes n'attendent pas moins que l'Ordre soit honnête, sincère, équitable et transparent.

la compréhension et l'application de la réglementation déjà en vigueur.

Dans un autre ordre d'idée et tel que brièvement abordé dans la dernière parution de *l'inhalo*, l'OPIQ a proposé aux participants un formulaire type. Cinq des établissements participants ont choisi d'utiliser le formulaire ou une variante de celui-ci. Les deux autres établissements ont choisi de s'adapter aux lignes directrices en utilisant leurs formulaires habituels ou en les modifiant quelque peu. À ce titre, les archivistes médicales et les comités de formulaires/dossiers rencontrés ont accueilli positivement le projet pilote.

Tendances préliminaires

L'ensemble des résultats du projet pilote et le détail des indicateurs seront publiés lors de la parution des lignes directrices ainsi que dans les prochaines parutions de *l'inhalo*. En attendant, voici quelques-unes des tendances remarquées après l'observation des indicateurs du projet pilote. Ces résultats proviennent de l'étude de 169 dossiers anonymisés. Ces résultats reflètent, nous croyons, la pratique générale de la tenue de dossiers ; ils mettent en évidence les éléments à améliorer ou à maintenir.

Sans détailler les 105 indicateurs utilisés pour l'étude des dossiers, nous vous présentons ici le pourcentage de conformité de la tenue de dossiers aux lignes directrices. Un indicateur est, par exemple, l'identification correcte du dossier de l'utilisateur ou d'une activité réservée réalisée par l'inhalothérapeute, comme l'intubation endotrachéale. Un indicateur peut porter autant sur des aspects techniques de la pratique que sur des aspects cliniques.

Ainsi, à partir des dossiers étudiés, nous avons noté la présence ou l'absence de chacun des indicateurs. Dépendamment des cas et des réalités de chaque centre, certains de ces indicateurs se révélaient être non applicables.

Le résultat sommaire du tableau 2 donne le pourcentage de conformité des sept établissements, **sans analyse**.

Dans le but d'exposer comment se déroule une partie du projet, prenons ici trois sections en exemple. Ces sections représentent un exemple de résultat faible, de résultat médian ainsi que le meilleur résultat. Nous nous référons donc aux points 6, 2 et 1 du tableau 2. Les graphiques suivants indiquent le résul-

tat combiné des 7 établissements et donc des 169 dossiers étudiés, selon le pourcentage de conformité aux lignes directrices.

Pour les graphiques qui suivent, voici la légende :

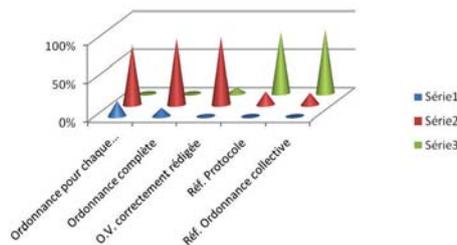
en bleu : conforme ;

en rouge : non conforme ;

en vert : non applicable.

Section 6 : Ordonnances médicales (résultat faible)

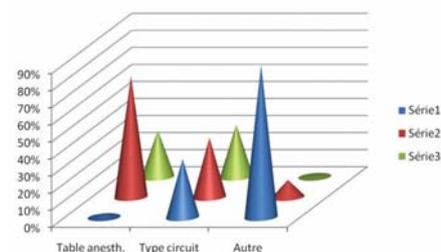
Interprétation des 1^{er} et 3^e indicateurs : la mention de la présence d'une ordonnance médicale pour chaque activité réservée réalisée par l'inhalothérapeute (intu-



bation, administration d'un médicament, etc.) est peu documentée (20 %). La mention de la présence d'une ordonnance verbale est très peu documentée (3 %).

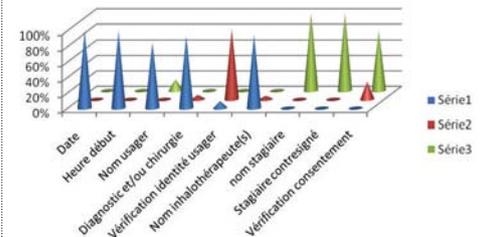
Section 2 : Appareillage (résultat médian)

Interprétation des 1^{er} et 2^e indicateurs : dans 71 % des cas, il n'est pas possible de retracer quelle table d'anesthésie a été utilisée lors d'un cas. De même, dans des 33 % des cas, il n'est pas possible d'identifier quel type de circuit ventilatoire a été utilisé. Toutefois, pour les autres types de monitoring, le pourcentage de conformité est de 89 %.



Section 1 : Identification (meilleur résultat)

Interprétation des 4^e et 6^e indicateurs : le diagnostic ou le type de chirurgie est inscrit au dossier anesthésique dans 94 % des cas. Le nom des inhalothérapeutes présents en salle est correctement noté dans 95 % des cas (ceci n'inclut pas toutefois la signature). Il est impossible dans un court article d'analyser et de présenter toutes les données et leurs particularités ; il ne faut pas non plus en tirer des conclusions hâtives. Nous avons toutefois désiré vous présenter un aperçu du travail en cours. Le détail des indicateurs et les résultats du projet pilote seront exposés à la publication des lignes directrices et dans les prochaines parutions.



Plusieurs participants ont mis du temps, de l'énergie et une grande fierté dans ce projet, ils ont collaboré à la réflexion et à la préparation des lignes directrices, qui seront présentées au Bureau. Nous soulignons leur ouverture à recevoir les résultats d'étude de leurs dossiers et leur participation au forum de discussion mis à leur disposition. Nous vous présenterons encore dans *l'inhalo* et en congrès plus de détails sur ce projet et, qui sait, peut-être des témoignages de participants?



Dans la dernière édition de l'inhalo, nous vous annonçons le lancement du *campus OPIQ* qui constitue l'instrument optimal pour gérer activement votre portefeuille de compétences en favorisant l'acquisition, l'évaluation ainsi que l'échange de connaissances en ligne, sans déplacements ni obligation de réunir les formateurs et les participants.

Le *campus OPIQ* élargit les horizons de l'apprentissage en ligne ordinaire. En plus de répondre à vos besoins de formation, il facilite les échanges entre pairs dans des contextes variés. Convivial, il se distingue par sa facilité d'utilisation : il ne nécessite aucune compétence informatique particulière et vous guide pas à pas dans la démarche d'apprentissage.

Voici quelques explications pour vous inscrire et accéder au Forum de discussion; nous vous présenterons dans les prochaines éditions d'autres fonctionnalités du *campus OPIQ*.



Forum de discussion d'ordre général

Le **forum de discussion** général, ouvert à tous, permet d'échanger sur une foule de sujets relatifs à la profession, de poser des questions et de sonder les opinions sur des sujets particuliers.

Les participants peuvent suivre les fils de discussion et consulter les sujets précédents pour obtenir toute information sur des problématiques ayant déjà été discutées. Nous espérons que ce forum sera utilisé comme un lieu d'échange intéressant et enrichissant pour tous et, qu'au fil du temps, il devienne la **mémoire du campus**, permettant aux usagers de consulter l'historique des sujets traités.

Inscription et accès au Forum

1. Accéder au campus OPIQ

Pour accéder au *Campus OPIQ*, il est **obligatoire** d'être enregistré sur le site Web de l'Ordre. Choisissez l'option qui correspond à votre situation (tableau ci-dessous).



Vous n'êtes **pas** inscrit sur le site de l'Ordre

À partir de la section *membre* du site de l'OPIQ) : https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Membres_Acces.aspx

Suivre la procédure d'enregistrement et de validation de votre statut.

Lorsque vous avez validé votre statut et obtenu un mot de passe, vous pouvez quitter ce site.

N.B. Votre mot de passe vous donnera un accès au Campus OPIQ.

Vous êtes déjà inscrit sur le site de l'Ordre

À partir de l'adresse de connexion du Campus OPIQ :

<http://campus.opiq.qc.ca/login/afficher.jsp?page=login>

Entrer les informations suivantes :

• nom usager : votre numéro de permis OPIQ

• Mot de passe : c'est le mot que vous utilisez pour accéder à la section membre sur le site de l'OPIQ.

2. Créer votre profil

Lorsque vous accédez au *Campus*, vous devez créer votre profil. Prenez note que vous pouvez modifier ce profil en tout temps.

a. Sous l'onglet *Outil*, choisir *Mon profil*

• Entrer les informations pertinentes

Pour le plaisir, vous pouvez ajouter votre photo ou choisir parmi la bibliothèque d'avatars. Pour ce faire, vous n'avez qu'à cliquer sur *Choisir une image*

• *Sauvegarder les modifications* (en bas de page)

b. Sous l'onglet *Outil*, choisir *Gestion des annonces*

• Choisir d'être avisé dès qu'un nouveau message est ajouté au forum de **discussion d'ordre général**. N.B. Vous pouvez également sélectionner les autres forums offerts.

• Cliquer sur *Sauvegarder mes modifications*

Modifier vos annonces

Aviser-moi dès qu'un nouvel événement est ajouté au calendrier communautaire.

Aviser-moi dès qu'un nouveau fichier est ajouté au répertoire.

Aviser-moi dès qu'un nouveau message est ajouté aux discussions suivantes :

Commentaires et suggestions

Soutien technique

✓ **Discussions d'ordre général**



3. Pour accéder au forum

Sous l'onglet *Forum*, choisir *Liste des discussions*

Dans cette liste, vous verrez : **Discussion d'ordre général**

Vous devez activer les annonces en cliquant sur *annonces inactives*

Cliquer sur le titre **Discussion d'ordre général** et vous accéderez directement à ce forum. **des discussions**

Discussions d'ordre général Vous pouvez utiliser ce fil de discussions pour discuter de tout et de rien	Au total	6 mess.	Créé par	annonces actives
	Depuis 24 h :	0 mess.	Sam Roy	
	Depuis 7 j :	0 mess.	Le 26 avril 2007	
	Dernier :	30 septembre 2007 14:57	Mme Line Prévost	

4. Pour envoyer un message ou répondre à un message

Choisir l'option *Ajouter un message* ou *Répondre à ce message*

Quelques options s'offrent à vous :

- Choisir ou modifier le sujet
- Envoyer un message anonyme
- Attacher un fichier (un document pertinent)

Pour déposer votre message, cliquer sur *Ajouter ce message*

N.B. Lorsqu'un message est ajouté sur le forum, un courriel est généré automatiquement et envoyé à tous les participants qui ont choisi cette option.

Votre réponse

Sujet * : Message anonyme:

Message * :

5. Pour tout problème de connexion ou d'utilisation, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Mme Line Prévost, par courriel à l'adresse suivante : coordonnateur-affpro@opiq.qc.ca

M. Sam Roy, Connexence Inc., par courriel à l'adresse suivante : sroy@connexence.com

Bonne discussion!

Tout sur l'antibiorésistance sur le net

Auteur: Catherine Crépeau

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 28, N° 15, page 18

La Canadian Antimicrobial Resistance Alliance (CARA) vient de créer un nouveau portail consacré à l'antibiorésistance.

Le site **www.canr.info** vise à « informer les chercheurs et les fournisseurs de soins de santé au Canada en ce qui concerne le problème croissant de la résistance aux antimicrobiens ». Il fournira une information complète et détaillée sur le dépistage et la surveillance des pathogènes résistants et des infections, des données sur le recours aux antimicrobiens, des résumés d'importantes conférences et assemblées, des articles médicaux clés fondés sur l'expérience clinique, des éléments liés à la microbiologie des maladies infectieuses au Canada, des outils d'apprentissage, des mises à jour cliniques et des lignes directrices portant sur la gestion des infections dans les hôpitaux et collectivités du Canada.



Les visiteurs y trouveront également les résultats de divers travaux de recherche tels que la récente étude

CAN-ICU, qui s'est penchée sur la prévalence des superbactéries dans différentes unités de soins intensifs au Canada et a permis de constater des taux d'antibiorésistance plus élevés qu'on ne le croyait, comme dans le cas du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE).

C'est le Dr George Zhanel, professeur au département de microbiologie médicale de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba, qui agit à titre de rédacteur en chef du site.

www.asthme.csst.qc.ca

Ce site est consacré uniquement à l'asthme professionnel. On y trouve de l'information sur les agents causaux et les professions les plus à risque, de même qu'un répertoire des directives et des consensus.



FORMATION À DISTANCE

 Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

Pour l'acquisition de connaissances cliniques avancées :

- le certificat en inhalothérapie :
anesthésie et soins critiques
- les cours en soins respiratoires critiques

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

Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques

SCL2701 Urgences anesthésiques
SCL2702 Management de complications anesthésiques
SCL2703 Anesthésie et types de chirurgie
SCL2704 Pharmacologie
SCL1416 Phénomène de la douleur
SCL2706 Inhalothérapie dans des contextes d'urgence
SCL2707 Le patient en soins intensifs
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)

Cours en soins respiratoires critiques (cours de 1 crédit - 15 heures chacun)

SCL3101 Ventilation et intubation difficiles
SCL3102 Technologies avancées en ventilation mécanique I
SCL3103 Technologies avancées en ventilation mécanique II

RENSEIGNEZ-VOUS!

Sans frais : 1 877 870-8728 poste 2610
Courriel : sc-sante@uqat.ca

www.uqat.ca



*Ordre professionnel des
inhalothérapeutes du Québec*



Questionnaire détachable

pour la formation continue

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

Questions relatives au texte de Mme Francine Bélisle et de la Dre Nathalie Blouin, La dysphagie chez l'adulte... suivre la bonne voie!

1. Quelles sont les complications associées à une dysphagie?

- a) Pneumonie d'aspiration
- b) Dénutrition
- c) Isolement social
- d) Tous ces énoncés sont vrais

2. Quel est le meilleur examen pour évaluer les 4 phases de la déglutition?

- a) L'examen du mécanisme oral périphérique (MOP)
- b) La vidéofluoroscopie de la déglutition
- c) L'évaluation endoscopique de la déglutition (FEES)
- d) La manométrie

3. L'AVC est la cause la plus fréquente de dysphagie.

Vrai Faux

4. L'évaluation endoscopique de la déglutition (FEES) permet de visualiser des aspirations.

Vrai Faux

5. Quels sont les avantages d'une approche interdisciplinaire en dysphagie?

- a) Approche plus globale
- b) Variété accrue d'intervention
- c) Effet de synergie des compétences
- d) Fréquence accrue des thérapies
- e) Tous ces énoncés sont vrais

6. Au sein d'une équipe interdisciplinaire, quel élément doit être bien défini afin de faciliter les interventions et de mettre à contribution l'expertise de chaque professionnel?

7. Sur quel plan l'inhalothérapeute peut-il contribuer en matière de dysphagie?

- a) Dépistage
- b) Évaluation
- c) Prise en charge
- d) Tous ces énoncés sont vrais

8. Certains auteurs prétendent que, dans 95 % des cas, la déglutition est immédiatement suivie d'une inspiration.

Vrai Faux

9. L'auscultation cervicale permet, entre autres, de percevoir différents bruits produits par le mouvement de structures impliquées dans la déglutition.

Vrai Faux

10. Quels sont les éléments évalués par l'inhalothérapeute qui permettent à l'équipe de compléter l'évaluation du risque d'aspiration chez un patient?

- a) L'auscultation pulmonaire
- b) L'auscultation cervicale
- c) La SPO₂
- d) Les volumes, les débits et les pressions maximales insp. et exp.
- e) La toux et le dérhumage volontaires
- f) La qualité vocale
- g) Tous ces énoncés

NOTE IMPORTANTE:

Des circonstances exceptionnelles ayant compromis la publication du questionnaire de la dernière édition, vous pouvez le télécharger à l'adresse suivante :

<http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/Questionnaire-octobre2007.pdf>

Prenez note qu'en raison de ce contretemps, la date limite de réception du questionnaire d'octobre a été reportée au **1^{er} mars 2008**.



Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1^{er} mars 2008.

Nom: _____

Prénom: _____

Numéro de membre: _____

Adresse: _____

Signature : _____

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à:

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

RÉPONSES:

1- a b c d

2- a b c d

3- VRAI FAUX

4- VRAI FAUX

5- a b c d e

6- _____

7- a b c d

8- VRAI FAUX

9- VRAI FAUX

10- a b c d e f g

Questions relatives au texte de Mme Francine Bélisle et de la Dre Nathalie Blouin, La dysphagie chez l'adulte... suivre la bonne voie!



LA DYSPHAGIE

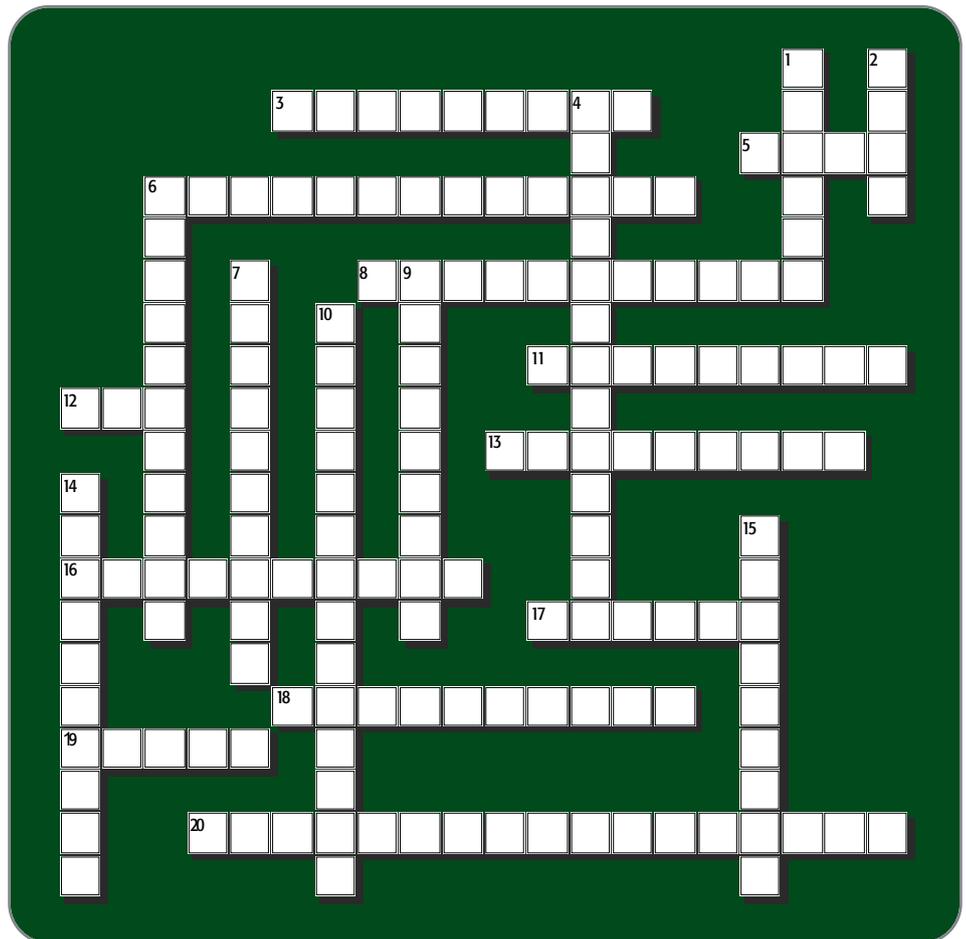


Élaine Paré, inh., M. Sc. Éd.
Enseignante, techniques
d'inhalothérapie,
Cégep de Sherbrooke

Elle peut entraîner plus que de l'inconfort. Nous devenons alors parfois impliqués dans l'équipe soignante afin de traiter les symptômes fâcheux qu'elle a provoqués. Ou bien, notre expertise est sollicitée afin d'aider à la rééducation de la personne qui en est atteinte. Cette situation est encore une fois la preuve de l'étendue de nos connaissances et de notre expertise. Bonne chance!

Horizontalement

3. Les personnes souffrant de dysphagie risquent de connaître ce syndrome. Fièvre, dyspnée et hypoxémie peuvent être présentes.
5. Salivation excessive causant un écoulement de la bouche. Peut être un symptôme de la dysphagie.
6. Mouvement ondulatoire qui assure le déplacement de la nourriture de l'œsophage vers l'estomac.
8. Déglutition douloureuse souvent confondue avec la dysphagie.
11. Type de valve unidirectionnelle permettant le sevrage de la trachéotomie et facilitant l'entraînement à la déglutition. (Sans trait d'union).
12. Accident vasculaire cérébral. Il peut être la cause de la dysphagie.
13. Structure anatomique qui protège le larynx lors de la déglutition.
14. Difficulté de la parole due à une paralysie ou un spasme des organes de la phonation. Souvent associée à la dysphagie d'origine buccopharyngée.
16. Type de diverticules pharyngoœsophagiens pouvant causer de la dysphagie.
18. Maladie auto-immune causée par la formation d'anticorps dirigés vers les récepteurs cholinergiques. Les patients qui en sont atteints sont à risque de dysphagie.
19. Caractéristique de la respiration lors de la déglutition.
20. Examen permettant le visionnement du mouvement complet de la déglutition.



Références:

DELAMARRE, J. et coll. 2000. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris, 26^e édition. Maloine, 991 pages

HASLETT, C. et coll. 1999. *Médecine interne. Principes et pratiques*. Paris, 18^e édition, Maloine, 1186 pages.

LAVOIE V. ET K. MARCOTTE. *La dysphagie chez la clientèle des blessés médullaires : volet orthophonie*. Institut de réadaptation de Montréal. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Université de Montréal.
[En ligne]
http://www.paratetra.apf.asso.fr/dossier%20pdf/autres/traumaquebec_dysphagie_orthophonie.pdf
(Site consulté le 14 octobre 2007).

SORENSEN, H.M. ET J.A. THORSON, 1998. *Geriatric respiratory care*. Albany, Delmar, 208 pages.

Vulgaris – Médical. *Odynophagie*. [En ligne] <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/odynophagie-6546.html>
(Site consulté le 14 octobre 2007).

Verticalement

1. Nombre de phases de la déglutition.
2. Type de test pour marquer la nourriture et pour aider à diagnostiquer la dysphagie. Test de...
4. Type de dysphagie se situant au niveau de l'œsophage.
6. Type d'anémie dont la dysphagie est un symptôme.
7. Examen permettant de mesurer la pression à l'intérieur de l'œsophage.
9. Difficulté à déglutir.
10. Type de dysphagie dû à un problème d'origine neuromusculaire. Désigne la région anatomique impliquée dans la dysphagie.
14. Blessé ayant subi un traumatisme de la moelle épinière.
15. Maladie neurologique caractérisée par des tremblements et une rigidité musculaire. Peut entraîner de la dysphagie.

RÉPONSES À VOS QUESTIONS AU SUJET DU FERR

À quel âge mon REÉR vient-il à échéance?

Vous devez avoir décidé de votre option à l'échéance et fermé votre REÉR au plus tard le 31 décembre de l'année de votre 69^e anniversaire (71^e depuis le dernier budget en février 2007).

Quelles sont mes options à l'échéance de mon REÉR?

Vous pouvez choisir une ou plusieurs des options suivantes :

- encaisser les fonds de votre REÉR et payer l'impôt sur la totalité de la somme;
- transférer votre REÉR dans un **fonds enregistré de revenu de retraite** (FERR);
- souscrire une rente.

Puis-je fermer mon REÉR avant l'âge de 71 ans?

Oui. Vous pouvez transférer les fonds de votre REÉR, selon les options ci-dessus, avant l'âge de 69 ans, si vous avez besoin d'un revenu.

Puis-je transférer seulement une partie de mon REÉR, ou suis-je obligé de le transférer en totalité?

Vous pouvez en tout temps transférer une partie de votre REÉR selon une ou plusieurs des options. Cependant, le 31 décembre de l'année de votre 71^e anniversaire, vous devrez avoir transféré la totalité des fonds de votre REÉR.

À quel âge dois-je fermer mon REÉR immobilisé/CRI?

Comme pour un REÉR ordinaire, l'âge limite pour fermer votre REÉR immobilisé ou votre CRI est 71 ans. L'âge minimal varie en fonction de la législation provinciale qui régit les fonds.

Quelles sont mes options dans le cas d'un REÉR immobilisé?

Voici les options qui s'offrent à vous dans le cas d'un REÉR immobilisé ou d'un CRI :

- transfert à un fonds de revenu viager (FRV) (toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest);
- souscription d'une rente viagère (toutes les provinces);

- transfert à un fonds de revenu viager de retraite (FRVR) (Terre-Neuve, Ontario et Manitoba seulement);
- transfert à un FERR prescrit (Saskatchewan et Manitoba seulement).

Qu'est-ce qu'un FERR?

Tout comme le REÉR, le FERR favorise l'accumulation de fonds à l'abri de l'impôt. Cependant, les règles du FERR exigent que vous en retiriez chaque année une somme minimale sous forme de revenu. Il n'y a pas de maximum au montant que vous pouvez retirer. Toutes les sommes retirées sont imposées comme un revenu.

Quel avantage y a-t-il à détenir un FERR?

Le FERR est la plus souple de toutes vos options de revenu de retraite. Il vous permet de continuer à suivre le programme de placement que vous vous êtes fixé. Vous pouvez choisir de retirer des sommes supérieures au minimum prescrit, et vous avez la latitude de modifier vos placements en fonction des changements dans les conditions du marché ou dans votre situation personnelle. En outre, le FERR offre une protection contre l'inflation en vous permettant d'augmenter le montant de vos retraits au fil des ans pour faire face à toute augmentation éventuelle du coût de la vie.

Puis-je verser des cotisations à mon FERR?

Non, vous ne pouvez pas verser de cotisations à un FERR. Seuls des fonds provenant de REÉR ou d'autres FERR peuvent y être versés. Si vous êtes âgé de moins de 71 ans et que vous avez un FERR, vous pouvez continuer de détenir un REÉR et d'y verser des cotisations. Ou bien, si vous avez plus de 71 ans, mais que votre conjoint est plus jeune, vous pouvez continuer de verser des cotisations de conjoint à son REÉR.

Quel genre de placements puis-je détenir dans mon FERR?

Vous pouvez détenir dans votre FERR les mêmes placements admissibles que dans votre REÉR. Si vous avez un REÉR autogéré, vous pouvez transférer l'actif intact de ce REÉR dans un FERR autogéré. Cependant, il faudra peut-être apporter quelques modifications à votre portefeuille afin de dégager le revenu nécessaire pour vos retraits.

Suppression du plafond pour le contenu étranger

Le plafond de 30 % imposé au contenu étranger des REÉR et des régimes de pension agréés est maintenant chose du passé. Les Canadiens peuvent maintenant investir jusqu'à 100 % de leur régime de retraite dans des titres étrangers, sans pénalité. La possibilité pour les gestionnaires de placements de miser sur les meilleures occasions où qu'elles soient dans le monde représente une excellente chose pour tous les Canadiens, car cela leur permet de mieux diversifier leur portefeuille et d'obtenir de meilleurs rendements corrigés du risque.

Peut-on transférer un REÉR de conjoint dans un FERR?

Un REÉR de conjoint doit être transféré dans un FERR de conjoint. Tant qu'on n'y retire que les sommes minimales prescrites, aucune règle d'attribution n'est applicable, et tout le revenu est attribué au rentier. Cependant, si un retrait supérieur à la somme minimale est effectué dans les trois ans qui suivent le versement d'une cotisation de conjoint, le revenu est alors attribué de nouveau au conjoint cotisant.

Quel est le retrait minimal prescrit à l'égard d'un FERR?

Le retrait minimal est calculé selon un pourcentage de la valeur de votre FERR au début de chaque année. Les règles qui régissent les retraits des FERR ont été modifiées à l'occasion du budget fédéral de 1992. Selon les anciennes règles, les comptes FERR devaient être fermés au moment où le client atteignait l'âge de 90 ans. Les nouvelles règles permettent les retraits d'un FERR jusqu'au décès de son titulaire. Si vous choisissez d'ouvrir votre FERR avant l'âge de 71 ans ou d'utiliser l'âge de votre conjoint plus jeune, votre retrait minimal sera calculé selon la méthode suivante :

Valeur du FERR au 31 déc. de l'année précédente =
Retrait minimal annuel 90 moins Âge
Exemple : si au 31 déc. 2006 vous aviez 65 ans et que la valeur de votre FERR était de 150 000 \$, votre retrait en 2007 sera de :

150 000 = 6 000 \$
90-65

Valeur du FERR au 31 déc. de l'année précédente = Retrait minimal annuel 90 moins Âge

L'ancien barème de versement s'applique :

si le client ou son conjoint est âgé de 71 à 77 ans inclusivement, et le FERR a été ouvert avant 1993 ou si le client ou son conjoint (si on utilise l'âge du conjoint) est âgé de moins de 70 ans.

Le nouveau barème de versement s'applique :

si le client ou son conjoint (si on utilise l'âge du conjoint) est âgé de 78 ans ou plus ou si le FERR a été ouvert après 1992 ou si les éléments d'actif du FERR y ont été transférés en 1993 ou après à partir d'un compte FERR ouvert avant 1993.

Est-ce qu'on retient l'impôt sur la somme que je retire?

L'impôt n'est pas retenu sur le retrait minimal. Mais il sera retenu sur toutes les sommes retirées qui dépassent le minimum annuel.

Y a-t-il des exceptions à l'obligation de retirer le minimum?

Vous n'êtes pas tenu de faire un retrait minimal l'année où vous ouvrez le FERR, et seulement durant cette

année. Par conséquent, les sommes que vous retirez cette année-là sont assujetties à la retenue d'impôt.

Pour quelle raison utiliserais-je l'âge de mon conjoint pour déterminer le montant des retraits de mon FERR?

Le fait d'utiliser l'âge d'un conjoint plus jeune pour calculer les retraits d'un FERR ne permet pas de retarder les retraits minimaux, mais plutôt de diminuer ces retraits, d'où un plus grand potentiel de croissance pour votre FERR. C'est une bonne stratégie si le revenu tiré de votre FERR ne doit pas être votre principale source de revenus à la retraite.

Devrais-je désigner mon conjoint comme bénéficiaire de mon FERR?

Si votre conjoint (ou conjoint de fait) est désigné comme bénéficiaire, il aura les options suivantes : il pourra continuer d'effectuer les retraits en qualité « d'héritier d'une rente »; il pourra liquider le FERR existant et transférer les fonds à un nouveau FERR assorti d'un nouveau barème de versement; s'il est âgé de moins de 71 ans, il pourra transférer les fonds du FERR à un REÉR; il pourra choisir de liquider le FERR et de recevoir les fonds en un versement global à titre de

revenu imposable. Votre conseiller en placement pourra vous renseigner davantage en matière de planification successorale et fiscale. (Au Québec il n'est pas permis de nommer de bénéficiaire au REER. Le REER ou FERR peut être transféré au conjoint (ou conjoint de fait) sans incidence fiscale).

À qui puis-je m'adresser pour obtenir plus d'information au sujet de mes options de retraite?

Votre conseiller pourra vous remettre un exemplaire des brochures *Revenu de retraite : les options qui s'offrent à vous*, *Guide de planification de la retraite* ou *Options de retraite anticipée* qui expliquent en détail les particularités et les avantages des FERR et des rentes.



Bernard Marin
Conseiller en placement,
ScotiaMcLeod

AVIS DE SUSPENSION DU DROIT D'EXERCICE

Conformément à l'article 182.9 du *Code des professions*, avis vous est donné que, lors de sa séance du 5 octobre 2007, le Bureau de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, a suspendu du Tableau de ses membres, Monsieur Normand Young (79-071), ayant son domicile professionnel au 1050, Chemin Ste-Foy à Québec.

La décision du Bureau a été prise en conformité avec l'article 10 du *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* qui prévoit notamment que l'inhalothérapeute qui ne s'est pas conformé aux obligations prévues au règlement dispose, à compter de la réception d'un dernier avis du secrétaire de l'ordre, « [...] d'un délai de 60 jours pour remédier à son défaut, après quoi le Bureau suspend ou limite son droit d'exercice de la profession ».

La suspension demeure en vigueur jusqu'à ce que l'inhalothérapeute ait fourni au secrétaire de l'Ordre la preuve qu'il a remédié au défaut dont il a été informé dans les avis qui lui ont été transmis.

La Secrétaire de l'ordre
Josée Prud'Homme, Adm. A.

• L'ORDRE Y ÉTAIT ! •

- Colloque des dirigeants d'ordres professionnels : *Mieux décider pour mieux protéger le public*;
- Assemblée des membres du Conseil interprofessionnel du Québec;
- Assemblée générale et régulière de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire;
- Comité de pilotage de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire pour le projet sur l'intégration des candidats étrangers;
- Sommet de la santé organisé par le Collège des médecins;
- Comité d'intégration des perfusionnistes cliniques;
- Comité de travail de l'Office sur la reconnaissance des technologues en électrophysiologie médicale;
- Comité directeur du forum des syndicats;
- Rencontre du conseil d'administration du CQTS;
- Rencontre du comité des directeurs de l'inspection professionnelle du Forum de l'inspection du CIQ;
- Colloque de l'ACMDPQ : *Le patient avant tout*;
- Canadian Health Professionals, Health Organizations and Tobacco Control Symposium;
- Salon Éducation Formation Carrière de Montréal;
- Forum québécois de la formation à distance.



alertes médicales inhalo

INTRODUCTION

Voici quelques avis émis par Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/advisories-avis/index_f.html). Prenez note que la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada peut apporter des améliorations ou des modifications en tout temps et sans préavis. Conséquemment, en cas de disparité entre ces informations et ceux de Santé Canada, ces dernières auront, en tout temps, priorité.

Parce qu'être bien informé est une priorité, nous vous souhaitons une bonne lecture.
Nancy Breton inh., Brigitte Fillion inh., Daniel Smith inh., Marise Tétreault inh.

NB: Vos commentaires peuvent être acheminés à l'adresse suivante : inspecteur@opiq.qc.ca

Dans ce numéro de l'inhalo nous vous signalons :

HELIOX (Air Liquide Canada Inc.)	Babylog 8000 (Draeger Medical AG & Co. KG)
Sonde endotrachéale pédiatrique (Unomedical SDN BHD)	Laryngoscope Timesco
Ensemble épidual et spinal Portex	Épidurale Minipack et seringue épidual Smiths Medical ASD Inc.
Appareil chauffe liquide Ranger (Arizant Healthcare Inc.)	Pousse-seringue Graseby MS26 (Smiths Medical International Limited)

HELIOX (Air Liquide Canada Inc.)

Recall Posting Date / Date d'affichage du retrait 2007-08-20

Trade Name / Marque de commerce Heliox

Recalling Firm / Firme effectuant le retrait VitalAire Canada Inc.
Unité 6

6990 Creditview Rd
Mississauga, Ontario
L5N 8R9

VitalAire Canada Inc.
Unité 6

6990 route Creditview
Mississauga (Ontario)
L5N 8R9

Recall Start Date / Date de début du retrait 2007-07-12

DIN, NPN, DIN-HM 00572896

Hazard Classification / Classification du risque Type II

Dosage Form / Forme posologique Gas / Gaz

Strength / Concentration

helium 80%, oxygen 20% /
D'hélium 80 %, d'oxygène 20 %

Lot Number / Numéro de lot
20% - 06-SGT-0957, 06-SGT-1089,
06-SGT-1222,

06-SGT-1457, 06-SGT-1533, 06-

SGT-1534, 06-SGT-1532,

06-SGT-1531, 06-SGT-1803, 06-

SGT-1709, 06-SGT-1707,

06-SGT-1942, 06-SGT-2067, 06-

SGT-2221, 06-SGT-1708,

06-SGT-2372, 06-SGT-2327, 06-

SGT-2397, 07-SGT-0074,

07-SGT-0006, 07-SGT-0075, 07-

SGT-0078, 07-SGT-0204,

07-SGT-0241, 07-SGT-0289, 07-
SGT-0360, 07-SGT-0444,
07-SGT-0421, 07-SGT-0460, 07-
SGT-0598, 07-SGT-0597,
07-SGT-0609, 07-SGT-0772, 07-
SGT-0772, 07-SGT-0773,
07-SGT-0845, 07-SGT-0846, 07-
SGT-1008
30% - 06-SGT-1299, 06-SGT-1638,
06-SGT-1710,
06-SGT-1814, 06-SGT-1815, 06-
SGT-1943, 06-SGT-2155,
06-SGT-2191, 07-SGT-0076, 07-
SGT-0005, 07-SGT-0206,
07-SGT-0379

**Marketing Authorization Holder /
Détenanteur d'autorisation de mise en
marché** Air Liquide Canada Inc.
1700 Steeles Ave. East
Bramalea, Ontario
L6T 1A6

Air Liquide Canada Inc.
1700 avenue Steeles Est
Bramalea (Ontario)
L6T 1A6

Reason for Recall / Raison du retrait
Mislabelling - some units containing
80% helium, 20% oxygen were
found to be labelled as containing
70% helium, 30% oxygen. / Erreur
d'étiquetage – certaines unités
contenant 80 % d'hélium et 20 %
d'oxygène portaient une étiquette
indiquant qu'elles contenaient 70 %
d'hélium et 30 % d'oxygène.

**Depth of Recall - Distribution / Éten-
due du retrait - Distribution**
Hospitals across Canada. No
exports. / Hôpitaux dans tout le
Canada. Aucune exportation.

Source : Listes de retrait de marché
des médicaments, Santé Canada,
Août 2007 - © Reproduit avec la
permission du Ministre des Travaux
publics et Services gouvernemen-
taux Canada. 2007

BABYLOG 8000 (DRAEGER MEDICAL AG & CO. KG)

Recall Posting Date / Date d'affichage du retrait 2007-09-17

Trade Name / Marque de commerce Babylog 8000

Manufacturer / Fabricant
Draeger Medical AG & Co. KG

Recall Start Date / Date de début du retrait 2007-08-20

Recall Number / Numéro du retrait 36919

Hazard Classification / Classification du risque Type II

Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue
8411111

Lot or Serial # / Numéro de série ou de lot ARYD-0051, ARYD-0052,
ARYE-0053, ARYE-0054, ARYE-
0055, ARYF-0032

Reason for Recall / Raison du retrait
Due to a manufacturing error, a
batch of power supplies may have a
potential reliability issue. Although
there have been no reported device
failures, Draeger has decided to
proactively exchange the devices. /
En raison d'une erreur de fabrica-
tion, un lot de blocs d'alimentation
pourrait présenter des problèmes
de fiabilité. Bien qu'aucun rapport
de panne n'ait été transmis, la

société Draeger a décidé d'agir de
manière proactive en remplaçant les
appareils.

Source : Listes de retrait de marché
des instruments médicaux, Santé
Canada, septembre 2007 - ©
Reproduit avec la permission du
Ministre des Travaux publics et
Services gouvernementaux Canada.
2007

SONDE ENDOTRACHÉALE PÉDIA- TRIQUE (UNOMEDICAL SDN BHD)

Recall Posting Date / Date d'affichage du retrait 2007-08-20

Trade Name / Marque de commerce
A) Microcuff Pediatric Curved ET -
PVC

B) Microcuff Pediatric ET - PVC

Manufacturer / Fabricant
Unomedical SDN BHD

Recall Start Date / Date de début du retrait 2006-03-24

Recall Number / Numéro du retrait
31672

Hazard Classification / Classification du risque Type III

Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue

A) I-MPEOC-35
B) I-MPEDC-30, I-MPEDC-35,
I-MPEDC-40,
I-MPEDC-45

Lot or Serial # / Numéro de série ou de lot A) 2003L27E,
2004F06E, 2004J03E, 2004I14E

B) 2003F31E, 2003F09,
2003F13E, 2003H24E, 2003F32E,
2003G06E, 2003G07E,
2003G08E, 2003G28E,
2003G13E, 2003G22E, 2003G35E

Reason for Recall / Raison du retrait
Balloon cuff may cover inflation hole
causing balloon not to deflate. / Le
manchon du ballonnet peut obs-
truer la valve de gonflement, ce qui
empêche le ballonnet de se dégon-
fler.

Source : Listes de retrait de marché
des instruments médicaux, Santé
Canada, août 2007 - © Reproduit
avec la permission du Ministre des
Travaux publics et Services gouver-
nementaux Canada. 2007

LARYNGOSCOPE TIMESCO

Recall Posting Date / Date d'affichage du retrait 2007-08-06

Trade Name / Marque de commerce
Optima XL Stubby Laryngoscope
Handle



**Manufacturer / Fabricant**

Timesco of London

Recall Start Date / Date de début du retrait 2007-02-07**Recall Number / Numéro du retrait** 36119**Hazard Classification / Classification du risque** Type II**Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue** 3000.308.10**Lot or Serial # / Numéro de série ou de lot** N/A**Reason for Recall / Raison du retrait**

Poor contact between Timesco Stubby Handles and Timesco Laryngoscope blades, which may result in the bulb not being lit with subsequent delays to intubation. / Faux contact entre les poignées Timesco Stubby Handles et les lames Timesco Laryngoscope, ce qui peut faire en sorte que l'ampoule ne s'allume pas, et donc retarder l'intubation.

Source : Listes de retrait de marché des instruments médicaux, Santé Canada, août 2007 - © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 2007

ENSEMBLE ÉPIDURAL ET SPINAL PORTEX**Recall Posting Date /Date d'affichage du retrait** 2007-09-17**Trade Name / Marque de commerce** Portex Epidural and Spinal Needel Set**Manufacturer / Fabricant**

Smiths Medical International Ltd.

Recall Start Date / Date de début du retrait 2005-12-23**Recall Number / Numéro du retrait** 30639**Hazard Classification / Classification du risque** Type II**Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue** 100/396/318, 100/396/716, 100/396/718, 100/396/916**Lot or Serial # / Numéro de série ou de lot** 102136 to/à 493491, 102139 to/à 499969, 101064 to/à 499973**Reason for Recall / Raison du retrait**

Possibility of the device not being sterile. / Risque que l'instrument ne soit pas stérile.

Source : Listes de retrait de marché des instruments médicaux, Santé Canada, septembre 2007 - © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 2007

ÉPIDURALE MINIPACK ET SERINGUE ÉPIDURALE SMITHS MEDICAL ASD INC.**Recall Posting Date /Date d'affichage du retrait** 2007-09-03**Trade Name / Marque de commerce**

A) Epidural Minipack

B) Epidural Syringe

Manufacturer / Fabricant

Smiths Medical ASD Inc.

Recall Start Date / Date de début du retrait 2005-11-17**Recall Number / Numéro du retrait** 29940**Hazard Classification / Classification du risque** Type II**Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue**

A) 4950-16, 4954-16, 4954-17,

A1272-17, A1378-18, A1967-18,

A1991-18

B) 4903

Lot or Serial # / Numéro de série ou de lot A) 102151, 103108, 103218, K132627, K148054, K156266

B) N/A

B) N/A

B) N/A

Reason for Recall / Raison du retrait

Manufacturer has identified a defect which can lead to holes that may be present in the thermo-formed package tray which provides the sterile barrier. / Le fabricant a découvert un défaut qui peut entraîner la formation de trous dans le plateau d'emballage thermoformé qui assure la barrière stérile.

Source : Listes de retrait de marché des instruments médicaux, Santé Canada, septembre 2007 - © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 2007

APPAREIL CHAUFFE LIQUIDE RANGER (ARIZANT HEALTHCARE INC.)**Recall Posting Date /Date d'affichage du retrait** 2007-09-17**Trade Name / Marque de commerce**

A) Ranger Blood/Fluid Warming

System - Standard Flow Disposable Set

B) Ranger Blood/Fluid Warming System - Standard Flow with Extension

Manufacturer / Fabricant

Arizant Healthcare Inc.

Recall Start Date / Date de début du retrait 2007-06-26**Recall Number / Numéro du retrait** 36071**Hazard Classification / Classification du risque** Type II**Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue**

A) N/A

B) N/A

Lot or Serial # / Numéro de série ou de lot A) B4798, B4799, B4800, B4801, B4802, B4803, E5111

B) B4798, B4799, B4800, B4801, B4802, B4803, E5111

Reason for Recall / Raison du retrait

A limited number of sets may have only a partial or incomplete seal on the product pouch. With the seal incomplete the sterility of the product inside cannot be guaranteed. / Un nombre restreint d'ensembles comportent un sceau partiel ou incomplet sur le sac du produit. La stérilité du produit ne peut être garantie lorsque le sceau n'est pas hermétique.

Source : Listes de retrait de marché des instruments médicaux, Santé Canada, septembre 2007 - © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 2007

POUSSE-SERINGUE GRASEBY MS26 (SMITHS MEDICAL INTERNATIONAL LIMITED)**Recall Posting Date /Date d'affichage du retrait** 2007-09-17**Trade Name / Marque de commerce**

Graseby MS26 Syringe Driver

Manufacturer / Fabricant

Smiths Medical International Limited

Recall Start Date / Date de début du retrait 2005-05-01**Recall Number / Numéro du retrait** 24935**Hazard Classification / Classification du risque** Type II**Model or Catalog # / Numéro de modèle ou de catalogue**

MS16A, MS26

Lot or Serial # / Numéro de série ou

de lot 0133-0001, Control # 19545 and/et 30359

Reason for Recall / Raison du retrait

There are reported incidences of tampering and the patient overdoses when using the older version of MS26 Syringe driver. / Des cas de manipulation et de surdose ont été rapportés avec l'utilisation de l'ancien modèle du pousse-seringue MS26.

Source: Listes de retrait de marché des instruments médicaux, Santé Canada, septembre 2007 - © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 2007





d'ordre juridique)

LE DOMICILE PROFESSIONNEL



(par) [M^e Andrée Lacoursière, adjointe à la direction générale, OPIQ]

Le choix que vous exercerez au moment où vous remplirez votre formulaire d'inscription au Tableau des membres revêtira une importance accrue.

En effet, dorénavant les renseignements inscrits au Tableau des membres de l'Ordre ont un caractère public.

Le Code des professions prévoit que tout membre d'un ordre professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'Ordre dont il est membre, le lieu où il exerce principalement sa profession ou, à son choix, le lieu de sa résidence. Le domicile ainsi élu constitue le **domicile professionnel** du membre.

Jusqu'à maintenant, l'Ordre vous invitait à exercer ce choix tous les ans au moment du renouvellement de votre cotisation. Vous deviez nous indiquer sur votre formulaire d'inscription au tableau des membres, sous la rubrique « **domicile pour fins d'élections** », si vous désiriez élire votre domicile professionnel à votre lieu principal de travail ou à votre adresse de domicile. Par exemple, certains d'entre vous dont l'adresse de domicile est située à Longueuil, mais dont le lieu principal de travail est à Montréal choisissaient d'exercer leur droit de vote dans la région électorale de la Montérégie, en choisissant leur adresse de domicile privé comme domicile professionnel.

Or, depuis l'entrée en vigueur des dispositions de la *Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et d'autres dispositions législatives* le 14 septembre dernier, le choix que vous exercerez au moment où vous remplirez votre formulaire d'inscription au Tableau des membres revêtira une importance accrue.

En effet, dorénavant les renseignements inscrits au Tableau des membres de l'Ordre ont un **caractère public**. Cela veut donc dire que bien que les demandes d'accès à de tels renseignements puissent viser un membre précis, toute personne qui en fait la demande de la manière prévue par la loi, aura accès aux renseignements inscrits au Tableau, dont notamment l'adresse et le numéro de téléphone du **domicile professionnel** du membre. D'où l'importance de bien nous indiquer votre choix de domicile professionnel.

Lors de votre renouvellement de cotisation, ou encore en accédant en tout temps à votre dossier de membre en ligne, vous aurez à exercer un choix. Vous devrez nous indiquer votre choix de domicile professionnel, dont les coordonnées apparaîtront au Tableau des membres de l'Ordre. Votre choix nous servira également pour **fins électorales**. C'est donc dire que si vous deviez choisir d'élire domicile professionnel à votre adresse personnelle, cette adresse apparaîtra au Tableau des membres de l'Ordre et pourra être transmise à une tierce personne qui en ferait la demande.

En terminant, je vous rappelle que le Code des professions prévoit que vous **devez** aviser le secrétaire de l'Ordre de tout changement d'adresse dans les trente jours du changement. Vous pouvez effectuer vous-même les modifications à votre dossier en tout temps, en accédant à votre dossier en ligne sur le site de l'Ordre (www.opiq.qc.ca) ou en communiquant avec Madame Marie-Andrée Cova au poste 21.

*Plan stratégique 2007-2011
À la croisée des chemins*

Nos valeurs

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour :

SON RESPECT...

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

RCR PRO
INSTRUCTEURS ASSOCIÉS

"Redonnez le souffle de vie"

Richard Meloche, inh., RRT
maître-instructeur certifié par la Fondation des maladies du cœur du Québec et agréé par Emploi-Québec

Formation en Soins d'urgence cardiovasculaire et RCR
Formation en Défibrillation externe automatisée

Tél.: (514) 891-4459
E-mail: rcrpro@sympatico.ca
pages.globetrotter.net/rcrpro/

Membre de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur



RRRI



RÉFLEXION sur la RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE :

La prévention chez le professionnel clinicien et la recherche en santé respiratoire (suite et fin)

(par) [Benoît Tremblay, inh., formateur et consultant]

Agir pour prévenir

De plus en plus d'inhalothérapeutes pratiquent la RRRI sur eux-mêmes et en tirent d'importants bénéfices dans la mesure où ils en respectent les principes de base. Ils constatent souvent, avec une certaine surprise, qu'ils auraient dû et pu le faire plus tôt au lieu d'attendre que les symptômes deviennent plus importants.

Depuis 1997, la formation continue donnée à des inhalothérapeutes et d'autres professionnels de la santé a permis d'observer, dans de nombreux cas, les mêmes résultats pour eux ou des membres de leur famille que ceux attendus chez les patients : amélioration de leur performance sportive, diminution du stress en général, amélioration des problèmes musculo-squelettiques (maux de dos, crampes nocturnes). Du personnel infirmier demande même à certains inhalothérapeutes de les soulager ou de leur enseigner la façon de le faire à leurs enfants ou leur conjoint. Par la RRRI, nous sommes passés de la réadaptation à l'effort à la prévention par la gestion du stress chronique. Nous pouvons ainsi faire d'une pierre deux coups au sein d'un système de santé essoufflé.

Les urgences débordent et le personnel est à bout de souffle : aidons-le afin qu'il puisse à son tour mieux aider les patients avec les mêmes moyens qu'il utilise pour lui-même. C'est une question de santé et sécurité au travail qui devrait faire partie d'une politique de santé préventive et cohérente au travail.

Comme il est souligné dans *Éducation du patient en kinésithérapie*, nous devons modifier dans les plus brefs délais la formation continue des soignants ainsi que la formation initiale des futurs soignants (pour éviter qu'ils aient à payer en formation continue une fois leurs études terminées ce qui était déjà disponible pendant leur formation) tout en incitant les décideurs administratifs à encourager la *mise en pratique* des connaissances acquises pour ne pas qu'elles restent lettre morte et que les sommes dépensées puissent se justifier.

Pourtant, l'hésitation est encore grande. Peu importe les bonnes et les mauvaises raisons; il est possible dès maintenant de donner plus d'importance à la prévention que ce soit pour nous-mêmes, nos proches ou nos patients. Si cela peut sembler déjà tard pour certains, il est nécessaire de le faire pour les générations à venir.

La rentabilité de la prévention n'est plus à prouver. Les connaissances disponibles sont trop facilement ignorées ou banalisées. Beaucoup hésitent à investir *un peu* maintenant, tant en argent

qu'en temps, pour économiser *énormément* plus tard. D'autres, ont l'impression de « perdre » leur âme – une partie de l'estime d'eux-mêmes – dans des changements qui, dans les faits, ne remettent pourtant en question qu'une petite fraction de l'extraordinaire évolution technologique et pharmaceutique que nous utilisons. Il ne s'agit pas de comparer ou de remplacer le curatif par le préventif. Il s'agit d'apprendre à les utiliser à bon escient en complémentarité.

Cette hésitation compréhensible, mais néfaste coûte très cher. Un « deuil » important est en train de se vivre dans le réseau de la santé. Nous avons le choix de l'accepter ou de le nier. En le niant, il est évident que nous fonçons droit sur un obstacle. Nous devons éviter de chercher des causes, des coupables et des pourquoi qui ne feront que nous précipiter encore plus vite vers l'éclatement de notre réseau. Refuser de voir la réalité est une réaction normale. Pourtant, nous ne pourrions réparer cet immense pont qui s'écroule qu'est le réseau de la santé, qu'en acceptant cette réalité. Le déni de cette situation peut facilement se comprendre chez plusieurs professionnels fatigués dans un système en crise. Ce que nous faisons donne déjà de bons résultats, mais ils doivent être encore améliorés globalement. Le temps est venu de vraiment corriger le « manque d'entretien du système » et de rééduquer celui-ci par une véritable prévention et éducation sur un des fondements de la santé : **la santé respiratoire.**

De plus en plus de professionnels s'ouvrent à ces aspects, peut-être difficiles à accepter dans certaines de nos pratiques. Pourtant, une des pistes vers une solution se retrouve chez ceux qui décident d'agir dans ce qui est un défi à la hauteur des compétences de l'inhalo-

Plan stratégique 2007-2011
À la croisée des chemins

Nos valeurs

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour :

SON PROFESSIONNALISME...

...Parce que la synergie d'une équipe et la collaboration amènent l'efficacité.

thérapeute clinicien et de tous les professionnels de la santé. Au-delà de certaines peurs compréhensibles, le moment est venu pour que les professionnels de la santé, conscients de cette situation, s'unissent. Le « silence » actuel sur toute cette question ne peut plus durer. Des personnes souffrent et attendent...

La RRRRI répond en grande partie à ce besoin immédiat et celui, futur, de prévention et d'éducation. Le réalisme soulevé dans *Éducation du patient en kinésithérapie*, colle bien à la réalité observée par ceux qui pratiquent la RRRRI chaque jour. Il devient donc de plus en plus utile d'aller au-delà des maladies pulmonaires et d'intervenir de manière précoce sur tous les problèmes chroniques causés par le stress et cela dès le plus jeune âge.

Prévention = éducation adéquate

À partir des bienfaits actuels de nos programmes, nous devons accompagner la population par une approche préventive en reconnaissant humblement les limites de nos actions actuelles en les complétant, en les rendant plus cohérentes à la réalité anatomique en santé respiratoire. J'ai par exemple vu, avec quelques inhalothérapeutes, que des patients, à la suite de la lecture d'un article qui se voulait informatif et écrit avec les meilleures intentions, devenaient anxieux et se présentaient à l'hôpital en état de panique en essayant de se servir de leur ventre pour respirer (*La Presse*, 2007). Nous ne pouvons apprendre à personne à respirer. Toute personne ayant la moindre expérience professionnelle sait qu'on ne peut qu'apprendre à libérer sa respiration par le relâchement et l'équilibrage des tensions chroniques. C'est à partir de ce moment-là que la respiration se fera automatiquement en fonction de la condition générale de la personne.

Mis à part certaines techniques très simples, libérer la respiration ne peut se faire à la simple lecture d'un texte ou d'exercices. Tout le monde a besoin d'un accompagnateur adéquatement formé, tout au moins au début d'un processus. Les écrits restent strictement informatifs et éducatifs ou servent de rappel pour un processus de commencement avec un accompagnateur.

Libérer le souffle est une approche humaine qui doit être adaptée individuellement.

Éduquer (ou rééduquer), « c'est favoriser les échanges entre patients et soignants permettant la construction de réponses thérapeutiques adaptées à chacun. Mieux

un patient connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement » (GATTO, p.43). On doit aider le malade et les non-malades (tout comme chez les soignants) à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé sans développer un sentiment de culpabilité (Gatto, 2007, p. 25). En RRRRI, nous le faisons par une information actualisée, par des mobilisations (le toucher), ainsi que par l'expérience des soignants qui la pratiquent sur eux-mêmes ou sur leur entourage.

« Car seul un patient correctement informé peut donner un avis utile à son accompagnateur (Gatto, 2007, p. 27), ainsi qu'un retour précis de ce qu'il ressent. Pour apprendre, l'individu doit sortir de ses repères habituels. Il doit quitter ses habitudes. L'appropriation de savoir procède des bouleversements, de crises fécondes ou des discontinuités profondes (Gatto, 2007, p. 91) ». Tout processus d'éducation ou de rééducation implique que « tout processus de déconstruction devra s'entreprendre de manière prudente de la part de l'enseignant car, souvent, l'image de soi du sujet pourrait être affectée et créer un blocage à tout apprentissage ultérieur (Gatto, 2007, p. 88) ». Bien sûr, le professionnel de la santé doit s'attendre à ces effets sur lui-même et cela fait partie de son cheminement normal que d'essayer de l'accepter le mieux possible, ceci pour des raisons d'éthique et de responsabilité sociale.

Recherche

Pour arriver à agir dès maintenant, nous pouvons choisir de « sortir du systématisme des séances stéréotypées, observer et prendre en compte dans les décisions des signes habituellement considérés comme non importants, des signes non objectivables et non normalisés et donc discutables » (Gatto, 2007, p. 59).

Nous devons absolument favoriser la recherche, non pour prouver ce qui est déjà évident et pratiqué mais pour développer et pousser plus loin son application. Devant les évidences cliniques de la situation actuelle et surtout devant le fait que nos connaissances scientifiques sont sous-exploitées, nous avons la responsabilité d'utiliser judicieusement les fonds mis à notre disposition. Il est souhaitable que cette actualisation de la recherche se fasse chez les patients les plus jeunes comme ceux atteints de fibrose kystique et que l'on intervienne déjà chez les personnes insuffisantes pulmonaires plus âgées pour qui l'évidence des résultats est beaucoup plus importante à vivre que les statistiques que l'on peut en tirer.

On peut se consoler en disant qu'une prise de conscien-

ce est en train de se faire, mais cela ne suffit pas pour aider tous ceux qui étouffent (et souffrent) et qui pourraient profiter dès maintenant et à l'avenir des connaissances actuelles. Nous sommes dans l'urgence... les yeux souvent voilés dans nos certitudes et nos connaissances : « une connaissance limitée est souvent synonyme d'obstination. Ceux qui croient savoir ce qui est bon pour eux risquent de s'accommoder de faits dépassés qui entraînent des comportements nuisibles à la santé. Il est important d'actualiser ses connaissances autant pour le malade chronique que pour le professionnel (Gatto, 2007, p. 36) ». C'est une question d'éthique. L'éthique n'est pas un concept figé mais nécessite de se préoccuper des demandes et des possibilités de l'autre dans les actions thérapeutiques. « Il ne s'agit pas à tout prix de pouvoir marcher quelques pas de plus ou d'améliorer son amplitude articulaire de quelques degrés ou de connaître toutes les positions qui permettent de soulager son dos! Le projet du patient et ses possibilités actuelles sont à prendre en considération. C'est un changement révolutionnaire. L'évolution scientifique et technique de la médecine et de la massokinésithérapie oblige à se questionner sur le sens de la vie, la souffrance et la mort (Gatto, 2007, p. 45-46) ». Encore là, la RRRRI a toute sa place pour les inhalothérapeutes cliniciens en soins palliatifs en permettant à plusieurs patients de « vivre pleinement » et le plus sereinement possible « sans étouffer » ces derniers instants. N'est-ce pas là le but ultime de la recherche et de la prévention?

Si agir c'est prévenir, nous verrons dans les prochains articles comment il est possible d'agir par l'étude de cas cliniques dans tous les secteurs d'activité de la profession. À nous de nous informer et de nous former pour nous préparer à cette action que nos patients attendent souvent en souffrance et en silence.

Références

LA PRESSE, dimanche le 18 mars 2007, p. 5, cahier actuel, « Nous ne respirons plus, nous hyperventilons... ou presque ».

GATTO F., GARNIER A., VIEL E., 2007, *Éducation du patient en kinésithérapie*, Sauramps médical, Montpellier, 197 pages.

ASSAL, J-P, 1994, *Former le patient pour la gestion de sa maladie : vers une efficacité thérapeutique au secours des traitements classiques*, Actes du colloque : éducation et responsabilisation du patient, Paris, Sénat.

L'INHALOTHÉRAPEUTE CLINICIEN

Vignette clinique numéro 9 : Les infections transmissibles par le sang chez le professionnel de la santé : testez vos connaissances en ligne!

(par) [Martine Gosselin, inh., B. Sc., coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, OPIQ]

Vous avez probablement souvenir qu'en 2004, un large battage médiatique s'est produit autour de la dénonciation, à la suite de son décès, d'une chirurgienne infectée par le VIH. Les ordres professionnels, après ce triste événement, ont dû produire des lignes directrices, et ce, à la demande du coroner et du Collège des médecins du Québec. L'OPIQ, à l'instar des autres ordres de la santé, publiait au mois d'octobre 2005 un document intitulé **Les infections transmissibles par le sang : lignes directrices à l'intention des inhalothérapeutes**, qu'il a fait parvenir pour affichage à tous les services d'inhalothérapie. Les connaissez-vous?

Nous souhaitons aujourd'hui tester vos connaissances sur le sujet et nous avons choisi une nouvelle approche pour profiter du *campusopiq*, plateforme d'apprentissage électronique de formation continue de l'Ordre, pour y arriver.

D'une pierre deux coups, cet exercice, plutôt que de vous présenter une vignette clinique ou un questionnaire de formation continue traditionnel détachable, vous permettra de vous familiariser avec un des types de formations offertes sur le *campusopiq*, ainsi que de mettre à niveau vos connaissances sur la question de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi du personnel soignant infecté par une maladie transmissible par le sang.

Sur le *campusopiq*, choisissez le cours *Les infections transmissibles par le sang*, vous trouverez un formulaire de dix questions sur les lignes directrices sur les maladies transmissibles par le sang de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Tout comme pour les questionnaires de formation insérés dans *l'inhalo*, en y répondant correctement, vous obtiendrez une heure de formation continue. Nous vous invitons à lire les documents complémentaires disponibles dans la bibliothèque, et à consulter les liens Internet qui se rapportent à la formation, avant de répondre aux questions.

Comment utiliser le *campusopiq*

- Connectez-vous à la section des membres sur le site de l'OPIQ au www.opiq.qc.ca
- Choisissez ensuite le cours : *Les infections transmissibles par le sang*.
- Procédez au paiement des frais.
- Vous pourrez alors accéder au *Campus* : <http://campus.opiq.qc.ca> et, sur la page d'accueil, des tutoriels vous guideront à travers la structure du *Campus*.
- Une fois le questionnaire complété avec succès, votre heure de formation s'inscrira directement dans votre dossier de membre.

Centre de santé et de services sociaux
d'Antoine-Labelle

Besoins de remplacement et garanties salariales
Aide financière au déménagement
Aide à la recherche de logements
Formation et orientation à l'embauche

Où carrière et plein air vont de pair !

Exigences

DEC en inhalothérapie
Membre de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Description des services

- Bloc opératoire
- Cliniques externes
- Médecine
- Pédiatrie
- Services diagnostics
- Soins psychiatriques
- Chirurgie
- Gériatrie active
- Obstétrique
- Réadaptation
- Soins palliatifs
- Urgence

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur curriculum vitae au :

CSSS d'Antoine-Labelle

Direction des ressources humaines
2561, Chemin de la Lièvre Sud
Des Ruisseaux (Québec) J9L 3G3
Courriel : claudine.cere@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur : (819) 440-4219

PRATIQUE ILLÉGALE DE L'ASSISTANCE VENTILATOIRE

Le 4 avril dernier, la Cour du Québec déclara coupable un non-membre de l'OPIQ ayant illégalement exercé une activité réservée aux membres de l'OPIQ. Dans cette affaire, le défendeur fut accusé d'avoir procédé à l'ajustement du réglage de la pression positive à la fin de l'expiration d'appareils C-PAP et Bi-PAP installés sur des patients. Or, cette activité relève des activités professionnelles réservées aux membres en règle de l'OPIQ en vertu de l'article 37.1 7° a) du *Code des professions* : effectuer l'assistance ventilatoire selon une ordonnance. De plus, l'article 37.2 du *Code des professions* prévoit ce qui suit :

37.2. Nul ne peut de quelque façon exercer une activité professionnelle réservée en vertu de l'article

37.1 aux membres d'un ordre professionnel, prétendre avoir le droit de le faire ou agir de manière à donner lieu de croire qu'il est autorisé à le faire, s'il n'est titulaire d'un permis valide et approprié et s'il n'est inscrit au tableau de l'ordre habilité à délivrer ce permis, sauf si la loi le permet.

Ainsi, toute personne non autorisée par ailleurs à exercer cette activité par une loi ou un règlement, contrevenant ainsi à cet article, s'expose à une poursuite de la part de l'OPIQ et à une amende variant entre 600 \$ et 6 000 \$.

Bien que le défendeur ait plaidé coupable aux deux chefs d'accusation et qu'il s'agissait de premières

condamnations, une amende totalisant 2 660 \$ pour ces deux chefs d'accusation fut imposée vu la gravité du geste posé eu égard aux risques sur la santé et la sécurité du public.

Il importe de souligner que le projet de loi 12, *Loi modifiant le Code des professions et la Loi sur la pharmacie*, présenté le 15 juin dernier à l'Assemblée nationale, propose d'augmenter le montant des amendes imposables en cas d'infraction au *Code des professions* à 1 500 \$ et 20 000 \$. En cas de récidive, le minimum et le maximum de l'amende pourraient être portés au double.

Faisons « un monde sans fumée gros comme ça! »

Source : **Aline Charest**, relationniste, Conseil québécois sur le tabac et la santé
acharest@cqts.qc.ca

La *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* se déroule du **20 au 26 janvier 2008**. Cette année, la campagne vibre sur une belle note d'amour et d'ouverture aux autres! Avec son slogan « *Un monde sans fumée gros comme ça!* », elle invite toute la population à se mobiliser pour favoriser une société où le tabac est de moins en moins présent. Par amour pour nos jeunes, qui sont les adultes de demain, agissons aujourd'hui pour prévenir le tabagisme!

L'objectif de la campagne est de sensibiliser chaque adulte au rôle important qu'il peut jouer pour diminuer le tabagisme chez les jeunes. Des actions seront suggérées, tout au long de la *Semaine*, pour aider un jeune de notre entourage aux prises avec le tabagisme. La population sera, entre autres, invitée à s'engager à faire une action et à l'inscrire sur le site du CQTS et à se joindre à la communauté « Un monde sans fumée gros comme ça! » sur le site www.mondesansfumee.ca. (Une version anglaise de ce site est également accessible au www.smokefreeworld.ca)

Au cours de la *Semaine*, le site donnera de l'information sur le tabagisme chez les jeunes, des trucs pour aider son *ado* à ne pas fumer, et publiera les actions d'adultes et de jeunes ayant décidé de poser un geste concret pour aider un jeune à ne pas fumer. On peut aussi se procurer les affichettes de porte de la *Semaine* dans les pharmacies, bibliothèques, librairies ou sur le site de la *Semaine*.

Statistiques

Un récent sondage révélait qu'au Québec, le taux de tabagisme dans la population de 15 ans et plus est passé

Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 20 au 26 janvier 2008



www.mondesansfumee.ca

de 24 % à 18 % depuis un an. Cette baisse considérable du nombre de personnes qui fument est une excellente nouvelle, mais il reste encore 1,1 million de fumeurs et fumeuses au Québec, pour qui la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* pourrait être l'occasion de prendre leur santé en main.

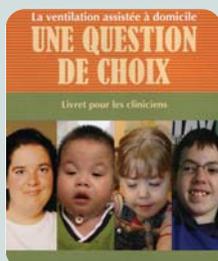
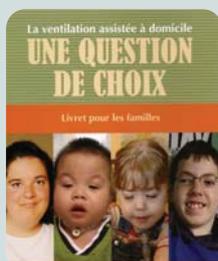


babillard

Une question de choix

Le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a publié deux livrets portant sur la ventilation assistée à domicile : l'un destiné aux familles qui sont confrontées à la décision d'accepter la ventilation à long terme pour leur enfant et l'autre destiné uniquement aux intervenants de la santé qui doivent soutenir ces familles lors de la prise de décision.

Pour commander gratuitement les livrets, adressez-vous à rita.troini@muhc.mcgill.ca ou par téléphone 514 934-1934 poste 32472.



des livres et vous



LA DYSPHAGIE ORO-PHARYNGÉE CHEZ L'ADULTE

Cot, F. EDISEM, 1996, 296 p. ISBN 2-89130-163-3. Prix : 64,95 \$

L'approche proposée dans cet ouvrage est essentiellement interdisciplinaire, c'est-à-dire que non seulement elle implique plusieurs professionnels mais elle exige de ces professionnels une concertation et une intervention intégrée, dans laquelle les rôles, les responsabilités et les modes d'intervention de tous doivent être clairement explicités, même s'il est évident que ces paramètres peuvent varier considérablement d'une institution à l'autre. Nous croyons que ce domaine difficile requiert beaucoup de compétences. Aucun professionnel, quel que soit son dynamisme, ne peut espérer posséder à lui seul toutes les connaissances requises pour prendre en charge le dossier. L'intervention va donc se faire nécessairement à plusieurs; la question de savoir à quelle profession revient la responsabilité de la dysphagie est donc à nos yeux un faux débat. Il est infiniment plus important et intéressant de déterminer comment travailler conjointement et de se donner des modes de gestion des dossiers et de mesure de l'efficacité de l'intervention. Le livre se divise en 9 chapitres et s'organise comme suit. Le chapitre 1 couvre l'anatomie et la physiologie de la déglutition normale. Le chapitre 2 présente une revue de l'étiologie et de la symptomatologie de la dysphagie oro-pharyngée et le chapitre 3 concerne l'évaluation de celle-ci. Le chapitre 4 dessine les grandes lignes de la prise en charge par le personnel médical, tandis que le chapitre 5 est dédié aux aspects diététiques de l'intervention. Le chapitre 6 détaille le traitement fonctionnel de la dysphagie oro-pharyngée. L'aspiration fait l'objet du chapitre 7. Le chapitre 8 aborde des problèmes bioéthiques soulevés par l'intervention en dysphagie. Le chapitre 9 traite de la mise sur pied d'un programme d'intervention en dysphagie.



calendrier des événements

- Semaine nationale sans fumée, du 21 au 27 janvier 2008.
- Mercredi sans tabac, le 24 janvier 2008.
- 49th Annual McGill Anesthesia Update, les 23-25 mai 2008.
- Mise à jour en anesthésie pour inhalothérapeutes; ce cours dédié à la mémoire du Dr Richard Wahba, en français seulement, se tiendra le dimanche 25 mai 2008.
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 5 au 12 octobre 2008.
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 7 et 8 novembre 2008, au Hilton du Lac Leamy, Gatineau.

Les inhalos qui font l'événement!

Le 31 mai dernier, Mme Raymonde Simard, inhalothérapeute à l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), s'est vue remettre par le Conseil multidisciplinaire (CM) de l'établissement, le



Légende de gauche à droite : André Lavoie, Directeur des services hospitaliers, Raymonde Simard, inhalothérapeute, Nathalie Mathieu, physiothérapeute, présidente du CM.

prix Reconnaissance carrière exceptionnelle décerné annuellement au professionnel s'étant illustré de façon remarquable au courant de sa carrière.

Travaillant à HDL depuis 1978, Mme Simard a vu se développer de nouveaux secteurs d'activités et a participé plus particulièrement à l'évolution du secteur de la bronchoscopie.

Elle est devenue depuis la personne-ressource pour ce secteur d'activité en contribuant au perfectionnement de l'organisation du travail : elle assure le suivi et la mise à jour des techniques, procédures et protocoles particuliers à ce secteur. Elle est reconnue pour sa rigueur et sa minutie. Ses efforts sont concentrés autour du soin, de la sécurité et du confort du patient. Dévouée, empathique, réconfortante, passionnée, dynamique, voilà les qualités qui ont valu à Mme Simard la reconnaissance de ses pairs. Félicitations!

Qu'est-ce que la vidéofluoroscopie?

La vidéofluoroscopie permet d'évaluer les phases orale, pharyngée et oesophagienne de la déglutition grâce à un produit radio-opaque, en l'occurrence le sulfate de baryum, dont on peut suivre la progression depuis la cavité orale jusqu'à l'estomac. Contrairement à la gorgée barytée où le patient avale une grande quantité de baryum liquide, lors de la vidéofluoroscopie, le patient prend de plus petites quantités de sulfate de baryum afin de ne pas masquer les structures observées et de minimiser les risques en cas d'aspiration.

L'équipe de dysphagie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a conçu un DVD de formation qui s'adresse principalement aux nutritionnistes, aux orthophonistes, aux ergothérapeutes, aux inhalothérapeutes, aux radiologistes ainsi qu'aux médecins généralistes.

Sous la direction de Michel Sanscartier, DtP, M. Sc., coordonnateur de la nutrition clinique à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, ce DVD permet de localiser rapidement divers problèmes de déglutition. Une grande variété de cas est exposée représentant les problèmes les plus fréquemment rencontrés. Vous pourrez observer quelques techniques compensatoires et suivre l'évolution des difficultés de certains patients sur quelques mois ou quelques années. Les limites de cet examen diagnostique sont également abordées. Prix : 185 \$, frais d'envoi en sus. Vous pouvez visionner un extrait vidéo en vous rendant à l'adresse www.iugm.qc.ca. Pour commander cette publication, veuillez communiquer avec Mme Danièle Chénier à la bibliothèque de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal au (514) 340-2800, poste 3262.





formation continue



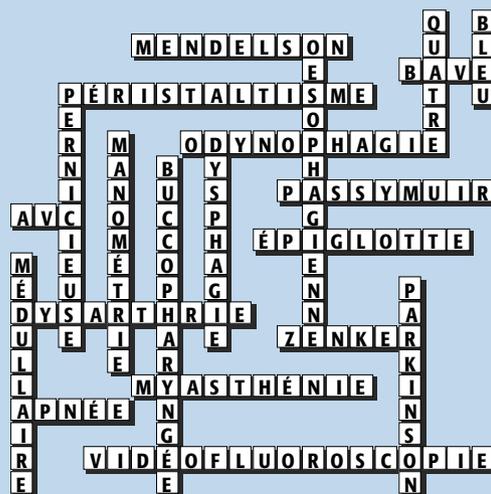
Une nouvelle formation s'ajoute sur le



Les infections transmissibles par le sang : Lignes directrices à l'intention des inhalothérapeutes

Nous vous invitons à lire le document et à répondre au questionnaire qui s'y rattache. En plus d'ajouter une heure de formation continue à votre dossier, cette formation vous permettra de mettre à niveau vos connaissances sur la question de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi du personnel soignant infecté par une maladie transmissible par le sang.

SOLUTION – LA DYSPHAGIE



Salon Éducation Montréal

La 12^e édition du Salon Éducation Formation Carrière s'est tenue à Montréal les 10, 11, 12 et 13 octobre 2007. Comme par les années passées, sur invitation du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'OPIQ y tenait un kiosque afin de promouvoir la profession auprès d'étudiants en processus de choix de carrière et d'adultes en réorientation professionnelle. Le Salon de Montréal permet de joindre environ 35 000 personnes, dont 20 000 élèves du secondaire.

L'OPIQ tient à souligner l'implication des inhalothérapeutes qui ont donné quelques heures de leur temps et les remercie chaleureusement pour leur dynamisme et leur enthousiasme : Mirka Auger, Hélène Boucher, Dominique

Brault, Isabelle Clermont, Johanne Fillion, Martine Gosselin, Daniel Smith.

Je remercie aussi Mme Marie-Andrée Cova, secrétaire à l'accueil et au service aux membres de l'OPIQ pour son aide précieuse. L'OPIQ remercie également tous ses partenaires : Cégep de Rosemont et Mme Dominique Brault; Covidien et MM. Alex Martel et Francis Boisvert ; Vitalaire : Mme Martine Favre et M. Denis Landry; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Grand merci à tous!

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles

Avis de décès

Nous désirons vous informer du décès de monsieur Guy Tremblay, inhalothérapeute diplômé du Cégep de Chicoutimi en 1993. Nos sincères condoléances à sa famille, ses amis et collègues de travail.

Nous souhaitons également offrir nos condoléances à M. Carl Allison de la compagnie Draëger, pour le décès de son fils.

Aussi, c'est avec tristesse que nous avons appris le décès du Dr Luc Perreault. L'OPIQ tient, au nom des administrateurs du Bureau et de tous les inhalothérapeutes du Québec, à exprimer toutes nos sympathies aux membres de la famille.

Le docteur Perreault a toujours fait preuve de vision et d'engagement envers notre profession et il restera présent dans nos pensées.

Thèmes et date de tombée

- Avril 2008 – Spécial 25^e anniversaire : 15 janvier 2008
- Juillet 2008 – Les antibiotiques : 1^{er} mars 2008

Note importante de la rédaction

Des circonstances exceptionnelles ayant compromis la publication du questionnaire de la dernière édition, vous pouvez le télécharger à l'adresse suivante : <http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/Questionnaire-octobre2007.pdf>

Prenez note qu'en raison de ce contretemps, la date limite de réception du questionnaire d'octobre a été reportée au **1^{er} mars 2008**.

Le contenu publicitaire
de cette page est réservé
aux professionnels de la santé

Le contenu publicitaire
de cette page est réservé
aux professionnels de la santé