



# inhalo

octobre 2013

DOSSIER  
**LE PATIENT  
PARTENAIRE**

**L'ASTHME À TRAVERS LE TEMPS**

 **opiQ**  
Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

volume numéro

**30.3**

# L'HÉMOGLOBINE

Non invasive > Rapide

## Pronto-7™

Votre solution pour la mesure ponctuelle et indolore de l'hémoglobine (SpHb®), de la SpO<sub>2</sub>, de la fréquence du pouls et de l'indice de perfusion.



[www.masimo.com](http://www.masimo.com)

888-336-0043

© 2013 Masimo Corporation. Tous droits réservés.





## Au revoir Céline!

**V**ous le savez sans doute puisque mon éditorial précédent annonçait ce changement, notre présidente quittera ses fonctions le 4 octobre prochain. Je dois vous avouer qu'écrire ces quelques lignes me rend bien nostalgique...

*En 1999, madame Beaulieu acceptait de prendre les commandes de ce grand navire qu'est l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec! Voilà donc quatorze (14) ans que je la côtoie toutes les semaines.*

*J'ai appris, tout comme vous, à connaître cette femme remarquable au fil des années. Sous son allure calme se cache une femme d'une rare intensité qui mord dans la vie! Une passionnée avec de grandes qualités humaines. Ensemble, nous avons mené beaucoup de projets pour nous assurer, bien sûr, que notre organisation exerce au mieux sa mission de protection du public, mais aussi pour faire reconnaître notre profession! Je ne dresserai pas ici la liste de tout ce qui a été accompli — ni de ce qui reste à faire — mais je peux vous dire que madame Beaulieu y a consacré toute son énergie, parfois même, au détriment de son bien-être personnel.*

*Que de chemins parcourus, et ce n'est pas seulement au sens figuré, croyez-moi!*

*Vous comprenez que lui dire au revoir n'est pas évident! Mon conjoint me dit souvent, lorsque notre fils quitte la maison vers Rimouski, que les adieux les plus courts sont les meilleurs.*

*Alors, Céline, en mon nom, celui des administrateurs, de la permanence et, j'en suis certaine, de toute la communauté des inhalothérapeutes: MERCI!*

*MERCI pour ton engagement, ta persévérance, ta détermination, ta générosité et surtout ta grande disponibilité.*

*MERCI pour tous ces moments et tout ce temps passé avec nous!*

*En terminant, j'espère que vous serez des nôtres au banquet pour lever votre verre à la santé de cette femme extraordinaire.* 🍀

**Josée Prud'Homme**  
Directrice générale et Secrétaire



<b>Éditorial</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>Mot de la présidente</b>	<b>6</b>
<b>Entretien avec la présidente sortante</b>	<b>8</b>
Dossier	
<b>Le patient partenaire</b>	
La puissance thérapeutique du patient partenaire	<b>10</b>
Partenaire, une collaboration dans un projet de soins	<b>14</b>
Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin!	<b>20</b>
<b>Finances</b>	<b>28</b>
<b>À l'avant-scène</b>	<b>31</b>

<b>Actualités</b>	
Chronique de la relève	<b>30</b>
L'inspection professionnelle	<b>32</b>
L'asthme à travers le temps	<b>34</b>
Recherche en communication de l'Université du Québec à Montréal	<b>37</b>
SMAT: des textos pour arrêter de fumer	<b>38</b>
<b>Babillard</b>	<b>40</b>
<b>Questionnaire formation continue</b>	<b>42</b>



## AVANT-PROPOS

# Que d'effervescence, de changement et de nouveauté en cette rentrée 2013!

Il y a de la fébrilité dans l'air ! Les derniers préparatifs en prévision du congrès annuel mobilisent une grande partie des énergies de l'ensemble de l'équipe de la permanence de l'OPIQ. Tous travaillent très fort pour que cet événement annuel soit à la hauteur de vos attentes. Pour le ressourcement, le divertissement et le réseautage, soyez des nôtres, on vous y attend!

### Un vent nouveau souffle sur l'OPIQ cet automne

En premier lieu, nous l'avons annoncé, ça y est : la première édition numérique de l'Inhalo est lancée ! C'est une première mouture et elle ira s'améliorant au fil des prochains mois, car notre objectif est de rehausser l'expérience interactive de segments vidéo et de pages animées, en ligne avec la mission première de l'Inhalo d'être un outil de référence, de formation continue et de communication dynamique et efficace.

### Le patient : membre à part entière de l'équipe clinique ?

Dispenser des soins en plaçant le patient au centre de nos préoccupations, c'est logique, mais ce n'est pas toujours une réalité. Depuis quelques années, on entend de plus en plus parler de pratiques collaboratives au sein des établissements de santé, mais qu'en est-il réellement ? L'univers des patients et celui du personnel soignant, bien qu'étroitement liés, ne parlent pas souvent le même langage. Le concept patient partenaire de soins (PPS) dépasse l'approche traditionnelle. Vous en apprendrez plus sur ce concept à la lecture des textes du présent dossier qui

en proposent une définition et en présentent les grandes lignes ainsi que les principes fondateurs et en soulignent la puissance thérapeutique.

Également, ne manquez pas de lire le résumé de l'étude sur les dynamiques d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein de notre communauté de pratique virtuelle du Campus OPIQ, à laquelle plusieurs d'entre vous ont participé. Je profite de l'occasion pour vous inviter à me faire part de tout projet de recherche impliquant des inhalothérapeutes. Nous serions heureux d'en publier les résultats.

Et finalement, il y aura un changement à la présidence de l'Ordre, occupée depuis quatorze (14) années par madame Céline Beaulieu, une pionnière de la pratique en assistance anesthésique, une femme de cœur, d'une ouverture d'esprit et d'une générosité sans pareilles. Je lui souhaite une bonne continuité, de beaux voyages et beaucoup de bonheur dans son rôle de mamie... Un beau rôle que je ne connais que depuis quelques semaines et qui, déjà, occupe une place toute spéciale dans ma vie.

Bon automne!

**Line Prévost, inh.**

Coordonnatrice aux communications



## l'Inhalo

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

**Présidente**  
Céline Beaulieu, inh., B.A.

**Administrateurs**  
Réjean Duchesne, inh., Brigitte Fillion, inh., Mélyny Grondin, inh., Roselyne Héty, inh., Jean-Claude Lauzon, inh., Francine LeHouillier, inh., Éline Paré, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., Isabelle Truchon, inh., Jocelyn Vachon, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

**Administrateurs nommés par l'Office des professions**  
Laurier Boucher, Louise Lafrenière, Guy Simard, Jean-Pierre Tremblay

### MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

**Présidente**  
Céline Beaulieu, inh., B.A.

**1<sup>re</sup> vice-présidente**  
Michèle Vincent Félix, inh.

**2<sup>e</sup> vice-présidente**  
Mélyny Grondin, inh.

**Trésorière**  
Brigitte Fillion, inh.

**Administrateur nommé par l'Office des professions**  
Laurier Boucher

### PERMANENCE

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

**Adjointe à la direction générale**  
M<sup>re</sup> Andrée Lacoursière, D.É.S.S. D'oit et politiques de la santé

**Coordonnatrice à l'inspection professionnelle**  
Martine Gosselin, inh., M.B.A.

**Coordonnatrice aux communications**  
Line Prévost, inh.

**Coordonnatrice au développement professionnel**  
Marise Tétreault, inh., M.A.

**Coordonnatrice aux technologies de l'information**  
Francine Beaudoin

**Secrétaire de direction**  
Clémence Carpentier

**Secrétaire à l'inspection professionnelle**  
Marie Andrée Cova

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

**Syndic**  
Joëlle Larivière, inh., B. Sc., D.É.S.S. Droit et politiques de la santé

### COMMUNICATIONS

**Responsable**  
Line Prévost, inh.

**Collaborateurs**  
Céline Beaulieu, inh., B.A., Jacques Beaulieu, écrivain, Emilie Blair, inh., Martine Gosselin, inh., M.B.A., Info-tabac, Daniel Laverdière, Médecins francophones du Canada, Marise Tétreault, inh., M.A.

### ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2013

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 graphique, réalisation, révision, correction d'épreuves et traduction**  
Fusion Communications & Design inc.

**Photos des membres de l'OPIQ**  
Pilar Macias, photographe

**Publicité**  
Communications Publi-Services inc.  
Martin Laverdure, conseiller 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 721  
Montréal (Québec) H3G 1R8  
Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029  
Téléc.: (514) 931-3621  
Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

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

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

# Anchor Fast

Support pour tube endotrachéal oral

*Sécuritaire. Propre. Pratique.*



**Bande de retenue pour tube ET avec attache anti-dérapante**



**Pince de sécurité à clic**



**Curseur à glissière pour le tube**



**Stabilisateur non absorbant pour la lèvre supérieure**



## *Le choix idéal.*

Le support pour tube endotrachéal oral Anchor Fast combine un certain nombre de caractéristiques uniques qui en font le choix idéal. Ensemble, ces caractéristiques contribuent à prévenir la formation d'ulcères de la lèvre et facilitent l'accès à la cavité buccale afin d'optimiser les soins aux patients par voie orale.



1.800.263.7400  
[www.hollister.com](http://www.hollister.com)



## MOT DE LA PRÉSIDENTE

### L'inhalothérapie du futur...

*Ce mot constituant ma dernière communication à titre de présidente de l'Ordre, je me permets une réflexion sur l'avenir de notre profession.*

**Où se situera la profession et que sera l'inhalothérapeute dans le futur ?** Si l'on désire se projeter dans l'avenir, il est toujours bon de se remémorer d'où l'on vient. C'est en 1964 que se pointe une nouvelle pratique dans le domaine de la santé. À cette époque, le vocable « inhalothérapie » n'existe pas et l'on peut, sans se tromper, associer la pratique de l'époque à l'oxygénothérapie. Nous n'en étions alors qu'aux balbutiements de la technologie, des tests et épreuves diagnostiques et des soins thérapeutiques reliés à l'évaluation et aux traitements des pathologies du système cardiorespiratoire. Un nouveau programme d'étude, de deux années, forme ces futurs intervenants du milieu de la santé.

*Puis, à la fin des années soixante, c'est l'arrivée des cégeps. Le programme Techniques d'inhalothérapie y est ainsi transféré et rapidement l'assistance anesthésique s'y intègre. Ce programme de formation collégiale de trois ans forme des thérapeutes respiratoires ou des techniciens en inhalothérapie. Mais l'identité professionnelle demeure floue.*

*Il faut attendre 1984 pour que la pratique professionnelle soit enfin encadrée et reconnue par le Code des professions. On peut sans contredit qualifier les thérapeutes de cette époque d'innovateurs, de pionniers, de promoteurs ayant la vocation et qui ont, par leur conviction et leur implication, pavé le chemin de notre identité professionnelle d'inhalothérapeute.*

*Depuis la fin des années quatre-vingt, l'expertise de l'inhalothérapeute — en soins cardiorespiratoires généraux, aigus et critiques; en épreuves diagnostiques; en enseignement; en assistance ventilatoire effractive et non effractive, sans oublier l'exclusivité de l'assistance anesthésique — est, non seulement reconnue et confirmée, mais aussi recherchée. Cette époque se démarque par un essor incroyable de la technologie, et surtout, par un changement profond des modes de pratique qui requièrent davantage de jugement clinique et d'autonomie professionnelle. Les milieux cliniques conventionnels se sont étendus vers les soins à domicile, les cliniques médicales spécialisées, les GMF. D'une identité professionnelle, nous sommes passés à une reconnaissance professionnelle : l'inhalothérapeute clinicien.*

*Que nous réserve l'avenir ? Comme « il n'existe rien de constant si ce n'est le changement », la pratique professionnelle évoluera. Plusieurs facteurs influenceront son devenir : le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la hausse constante des coûts reliés aux soins de santé, l'accessibilité des services offerts, et j'en passe.*

**Mais, ne sommes-nous pas déjà dans cette ère du futur ?** Plusieurs défis demeurent. Les inhalothérapeutes doivent renforcer leur leadership en santé cardiorespiratoire ; maintenir leur polyvalence dans leurs secteurs de pratique ; superviser davantage les soins cardiorespiratoires généraux en agissant à titre de consultant auprès des autres professionnels ; privilégier le mentorat des nouveaux inhalothérapeutes et accéder à un niveau de formation universitaire.

*Je demeure convaincue qu'à l'instar de leurs collègues, au commencement de la profession, les inhalothérapeutes d'aujourd'hui sont autant avant-gardistes et novateurs et qu'ils ont toujours le feu sacré.*

*Vous êtes les acteurs d'une révolution dans la pratique clinique. Votre conviction et votre implication réaffirmeront votre identité et votre reconnaissance professionnelles à titre d'inhalothérapeute.*

*Bonne chance!*

**Céline Beaulieu, inh., B.A.**  
Présidente



3M Canada	25
AstraZeneca	13
Banque Nationale	29
BOMImed	43
CAREstream Medical Ltd.	35
Covidien	17
Dräger	44



## A WORD FROM THE PRESIDENT

### Tomorrow's respiratory therapy...

*This being my last word as the Ordre's president, I allow myself to reflect on our profession's future.*



**W**here will our profession stand and who will be the respiratory therapist in the future? If we want to plan for the future, it is always good to remember where we come from. It is in 1964 that a new practice appears in health care. Back then, the term "respiratory therapist" did not exist yet and, unmistakably, the practice at the time may be associated with oxygen therapy. We were in the infancy of technology, diagnostic tests and therapeutic care linked to the assessment and treatment of cardiorespiratory system pathologies. A new two-year study program trains these future health care contributors.

Then, as the 1960s were ending, the *cegeps* arrived. The *Techniques d'inhalothérapie* program is transferred there and quickly anesthesia assistance joins it. This three-year collegiate training program forms respiratory therapists or technicians in respiratory therapy. But, the identity of the profession still remained vague.

We must wait until 1984 for the professional practice to be finally managed and recognized by the *Code des professions*. Without a doubt, we might say that therapists back then were innovators, pioneers, and promoters that, by their conviction and their involvement, paved the way to our professional identity as respiratory therapist.

Since the end of the 1980s, the expertise of the respiratory therapist—in general cardiorespiratory care, acute and critical; in diagnostic tests; in teaching; in invasive and non-invasive ventilation assistance, without forgetting our exclusive anesthesia assistant status—is not only recognized and confirmed, but also in demand. That era is characterized by a great leap forward in technology, and above all, by a profound change in our way of practicing which requires greater clinical judgement and professional autonomy.

Conventional clinical centres have spreaded out towards home care, specialized medical clinics and family medicine groups. From the identity of our profession we acquired the recognition of our profession: the respiratory therapy clinician.

What will tomorrow bring? Since "the only thing that is constant is change", our professional practice will evolve. Many factors will influence what it will become: ageing population, longer life expectancy, constant increase in health care costs, access to services, and much more.

**But, are we not already in the future?** Many challenges still lie ahead of us. Respiratory therapists must consolidate their leadership in cardiorespiratory care; maintain versatility in their fields of practice; supervise even more general cardiorespiratory care by acting as consultant to other professionals; favour the mentorship of new respiratory therapists, and access to a university training level.

I am convinced that, like their colleagues who first help the profession take its first steps, today's respiratory therapists are as *avant-gardist* and innovative and that their enthusiasm is burning as bright as ever.

You are the agents of revolution in clinical practice. Your conviction and your involvement will reaffirm the identity and recognition of your profession as **respiratory therapist**.

Good luck!

Céline Beaulieu, inh., B.A.  
President

Hollister	5
La Capitale	33
Masimo	2
McArthur Medical Sales	19
Oxymed	30
RIIRS	37
UQAT	39

## index des annonceurs

# Entretien avec madame Céline Beaulieu, présidente sortante

À l'aube d'une retraite bien méritée, madame Céline Beaulieu jette un regard sur quatorze (14) années à la présidence de l'Ordre en répondant à nos questions.

Q  
+  
R

## **Quel(s) mandat(s) vous a (ont) semblé le plus difficile(s) ?**

*Ce ne sont pas les mandats qui sont difficiles, mais la lenteur du cheminement de certains dossiers. L'inhalothérapeute est un professionnel qui pratique dans des secteurs où la rapidité d'action est requise. Je demeure toujours inhalothérapeute, mais comme présidente, je dois accepter les délais dans le traitement de tous les dossiers. Certains me semblent interminables, d'où la difficulté.*

## **Quel(s) mandat(s) a (ont) été les plus stimulants au cours de ces quatorze (14) années à la présidence ?**

*Ils sont tous stimulants, car tous ont leur importance. Je peux tout de même en mentionner quelques-uns : tous les travaux entourant l'adoption de la Loi 90 : l'adoption du règlement de la formation continue obligatoire, la mobilité professionnelle pancanadienne et le rehaussement de la formation initiale qui devrait connaître sous peu (je l'espère !) une orientation.*

## **Qu'entrevoyez-vous pour l'avenir de la profession ?**

*Tout est relié à l'orientation que prendra le programme de formation initiale. L'autonomie accrue et la complexité de la tâche de la pratique de l'inhalothérapie exigent un jugement clinique de plus en plus pointu. Donc, pour l'avenir, l'inhalothérapeute renforcera son rôle professionnel au sein de l'équipe interdisciplinaire, il sera reconnu pour son expertise en soins cardiorespiratoires.*

## **Qu'avez-vous le plus apprécié durant ces mandats à la présidence ?**

### **Est-ce que quelque chose vous manquera ?**

*L'équipe ! Les qualités, tant humaines que professionnelles, que l'on retrouve au sein de la permanence de l'OPIQ. L'engagement de chacun à répondre au mandat dévolu à un ordre professionnel, soit la protection du public qui passe obligatoirement par une pratique professionnelle de qualité. Merci de la confiance que vous m'avez témoignée tout au long de mes mandats.*

## **Des projets d'avenir ?**

*Pour l'instant, aucun projet relié à la vie professionnelle. Je compte me consacrer entièrement à ma vie familiale. Je profite de l'occasion pour remercier mon époux qui, tout au long de ces quatorze (14) dernières années, a su m'accompagner et m'encourager. J'ai plein de projets avec mes enfants et petits-enfants. Il est temps pour moi de passer à autre chose !*

**Bonne continuité madame Beaulieu et au nom de toute la communauté d'inhalothérapeutes : merci pour toutes ces années !**





# Interview with Mrs Céline Beaulieu, outgoing president

*On the cusp of a well-deserved retirement, Mrs Céline Beaulieu looks back on her fourteen (14) years as OPIQ's president by answering our questions.*

## **Which mandate(s) has (have) seemed the most difficult to you?**

*It's not the mandates that are difficult but the slow pace at which the case files progress. The respiratory therapist is a professional that practices in fields where quick response time is required. I am a respiratory therapist, but as president, I must accept delays in the treatment of every case files. Some seem endless to me, and there lies the difficulty.*

## **Which mandate(s) has (have) been the most stimulating in your fourteen (14) years as president?**

*They are all stimulating because they are all important. But I can mention a few: all the work done for the adoption of Bill 90; the regulation adopted to make continuous education mandatory; the pan-Canadian professional mobility; and raising the initial training level, with its direction to be set soon (I hope!).*

## **How do you foresee the profession's future?**

*Everything depends on the direction the initial training program will take. Increased autonomy and the complexity of the task of practicing respiratory therapy demand an ever more acute clinical judgement. So, in the future, the respiratory therapist will reinforce his/her professional role as part of the interdisciplinary team, getting recognition for his/her expertise in cardiorespiratory care.*

## **What did you most appreciate during these mandates as president?**

### **What are you going to miss?**

*The team! Qualities, personal as well as professional, found in the people of OPIQ's permanency. The commitment of each and every one to honour the mandate devolved to a professional association of protecting the public which necessarily encompasses a professional practice of quality. Thank you for the trust you have shown me during my mandates.*

## **Any future projects?**

*For now, no project related to my professional life. I want to dedicate myself fully to my family life. I take this opportunity to thank my husband who has, throughout these last fourteen years, accompanied and cheered me on. I have lots of projects with my children and grandchildren. It's time for me to turn the page!*

**Good continuation Mrs Beaulieu and in the name of the entire community of respiratory therapists: thank you for all those years!**

Q  
+  
A





compétence

1

## Le patient partenaire La puissance thérapeutique du patient partenaire

par **Jean-Bernard Trudeau**, M.D., directeur des services professionnels et hospitaliers à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et membre du conseil général de Médecins francophones du Canada.

Source: *Bulletin de Médecins francophones du Canada*, vol. 1, N° 1, mai 2011  
[en ligne] [<http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/le-patient-partenaire.fr.html>].

Reproduction autorisée.

Quoi de plus banal que d'affirmer que la thérapie la plus puissante en santé demeure celle du patient. Après tout, pas de patient, pas d'évaluation, et pas de traitement ! Au-delà des mots, il faut y voir un message simple. Celui qui nous rappelle l'importance d'une communication claire et efficace.

What can be more commonplace than claiming that the most potent therapy in health care is the patient's. After all, if there is no patient, there are no assessment nor treatment ! Above all, the message must stay simple. One that reminds us of the importance of communicating clearly and efficiently.

**S**elon l'Organisation mondiale de la santé, « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquiescer et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec la maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »<sup>1</sup>

La Prise 22 — utiliser à bon escient les compétences du patient  
Comme les différentes prises au judo, la Prise 22 (figure de style) nous invite à prendre le temps d'utiliser les forces en présence, celles du médecin et celles du patient. Ces forces qui serviront d'abord à forger l'alliance thérapeutique pour ensuite déployer efficacement... l'arsenal thérapeutique.

As-tu deux minutes ? Le Test de l'écoute !

La première qualité en communication demeure l'écoute. Malheureusement, ce temps d'écoute si précieux est souvent raccourci dans le cadre de la relation thérapeutique sous prétexte de manque de temps. Le plus souvent, quelques secondes après le début de l'entretien, le médecin prend littéralement le contrôle comme le démontre la littérature à ce sujet, soit après 18 secondes

••• en moyenne. Pourtant, les études démontrent que de laisser le patient s'exprimer et identifier ses besoins n'allonge pas la durée moyenne des entrevues et qu'il réussit habituellement à tout dire en moins de 2 minutes! Laisant par la suite au médecin le temps nécessaire pour déployer toute sa science et tout son art! Voilà le premier 2 de la Prise 22.

#### As-tu un autre deux minutes? Le Test de la réalité!

Pour bien terminer une rencontre, j'ai pris l'habitude de prendre les 2 dernières minutes de l'entretien pour demander au patient de faire un résumé de l'échange que nous venons d'avoir. Voilà le deuxième 2 de la Prise 22.

C'est souvent un moment difficile à vivre et un dur choc avec la réalité. Un test de réalité, et aussi un test d'humilité. En effet, la compréhension réciproque souhaitée n'est pas toujours au rendez-vous et la non-compréhension s'exprime sous plusieurs formes. Une rétroaction est pourtant nécessaire pour prétendre à une communication productive dans le cadre d'un consentement libre et éclairé à des soins et de la participation réelle du patient à son traitement. Un temps de qualité où le partenariat avec le patient peut alors vraiment s'exprimer, voire se déployer.

À l'image du time out en salle d'opération avant de débiter une chirurgie, le « Test de la réalité » à la fin d'une entrevue peut jouer un rôle similaire en s'assurant d'une compréhension réciproque véritable. Un petit deux minutes qui peut prévenir bien des désagréments futurs et qui milite en faveur de l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins.

#### L'entre-deux (entre les deux 2 de la Prise 22!)

Entre les 2 minutes de l'écoute initiale et les 2 minutes de l'écoute finale, plusieurs minutes s'écoulent. Elles servent au médecin à faire sa propre évaluation des symptômes et signes, ses hypothèses diagnostiques et la proposition d'un plan de traitement. Pendant cet espace-temps, l'interaction entre le médecin et son patient demeure primordiale, car le jeu des perceptions s'installe... inévitablement. Voilà un moment précieux pour faire l'enseignement « thérapeutique » auprès du patient pour consolider la compréhension réciproque des informations et des consignes. Il ne s'agit pas seulement d'informer le patient, mais aussi de négocier et valider les informations transmises pour bien construire la communication productive qui servira par la suite à la collaboration recherchée. Le patient motivé assume alors pleinement sa part de responsabilité concernant ses soins en se faisant le devoir de bien suivre les recommandations de traitement qu'il s'est approprié avec son médecin.

#### Les limites du partenariat

Les niveaux de partenariat entre le médecin et son patient diffèrent d'un patient à l'autre. L'écoute active et l'interaction permettront au médecin d'ajuster sa communication et son enseignement à son patient selon son intellect, ses connaissances, sa littératie, ses valeurs et autres facteurs personnels qui moduleront le niveau de partenariat. Aussi, de plus en plus de patients s'informent et acquièrent de nouvelles connaissances sur la santé et leur propre santé en visitant de nombreux sites sur le web. Le médecin doit voir cette nouvelle réalité comme une opportunité pour consolider le partenariat avec son patient. Par sa formation et son expérience, le médecin se distingue par son raisonnement médical qui demeure une démarche intellectuelle complexe où le jugement clinique devient indispensable. Jugement clinique non accessible sur Internet! Le médecin, dans son enseignement au patient, doit faire comprendre respectueusement ce qui le distingue pour prévenir la confusion

« La première qualité en communication demeure l'écoute. Malheureusement, ce temps d'écoute si précieux est souvent raccourci dans le cadre de la relation thérapeutique sous prétexte de manque de temps. [...] les études démontrent que de laisser le patient s'exprimer et identifier ses besoins n'allonge pas la durée moyenne des entrevues et qu'il réussit habituellement à tout dire en moins de 2 minutes! »

de rôle avec le patient partenaire. Ultiment, il doit respecter les décisions du patient.

#### Miser sur les forces

Il faut apprendre à vivre avec les forces et les faiblesses de ses limites. Malgré toute la force de sa science et de son art, le médecin ne sera jamais le patient. Malgré toute la force de sa bonne collaboration, le patient ne sera jamais le médecin. Mais ensemble, ils peuvent dynamiser leurs forces et repousser les limites de l'intervention par un partenariat efficace et productif avec un impact certain sur la qualité et la sécurité des soins!

#### Références

- 1 Rapport de l'Organisation mondiale de la santé, « Working group on therapeutic patient education », Copenhagen, 1998.
- 2 LUSSIER, M.-T. et C. RICHARD (2005). « La structure et le contenu de l'entrevue médicale », *La communication professionnelle en santé*, Éditions du nouveau pédagogique, Québec, p. 191-230.
- 3 WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). World Alliance for Patient Safety, « Implementation manual surgical safety checklist – Safe surgery saves lives ».
- 4 LUSSIER, M.-T. et C. RICHARD (2005). « Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies communicationnelles », *La communication professionnelle en santé*, Éditions du nouveau pédagogique, Québec, p. 165-190.





compétence

1

## Le patient partenaire

# Partenaire, une collaboration dans un projet de soins

par **Claude Richard**, Ph. D. et **Marie-Thérèse Lussier**, M.D., M.Sc., FCMFC.

**Source:** *Bulletin de Médecins francophones du Canada*, vol. 1, N° 2, juin 2011  
[en ligne] [<http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-lussier.fr.html>].

Reproduction autorisée.

Le patient partenaire est une expression séduisante. Cependant, qu'en est-il dans les faits ?

Être partenaire désigne généralement le fait d'être associé avec quelqu'un en vue de la réalisation d'un projet. Dans le contexte d'une consultation médicale, le médecin s'associe à un patient pour réaliser un projet commun.

Très largement, le projet que partage le médecin avec son patient est celui de trouver une solution (le plus souvent un traitement) au problème de santé.

Un partenariat, ou cette volonté partagée de collaborer, se réalisera d'une multitude de manières. C'est comme faire partie d'une équipe : chaque joueur a sa spécificité et les joueurs se complètent mutuellement pour atteindre un objectif commun. Avec chacun des membres de l'équipe, on doit adapter son jeu et, selon les circonstances, collaborer avec l'un plutôt qu'avec l'autre. Dans la situation médicale, quels sont les principaux facteurs qui moduleront la forme que prendra la collaboration ? Nous en identifions au moins trois, soit la personne, la raison de la consultation et le contexte.

"Patient as partner" is a seductive expression. But how is it in real life medical practice ?

Being a partner generally means being associated with someone in order to realize a project. In the context of a medical consultation, the physician associates himself/herself with a patient to realize a common project.

Broadly speaking, the project shared by the physician and his/her patient is about finding a solution (most often a treatment) to the health problem.

A partnership, or a shared willingness to collaborate, may be realized in many ways. It is like being part of a sport's team: each player has his/her specialty and the players complement each other in order to reach a common goal. With each member of the team, we must adapt our play and, depending on the circumstances, collaborate with one instead of the other. In medical situations, what are the main factors that will modulate the form collaboration will take ? We will identify at least three: the person, the reason for consulting, and the context.

### La personne

**C**haque patient est particulier. Il faut donc prendre le temps de s'ajuster à sa spécificité. La caractéristique du patient à prendre en compte dans le contexte d'une consultation, et possiblement une des plus importantes, est probablement son niveau de littératie en santé. Le niveau de littératie en santé d'un patient est associé à son niveau d'éducation, mais aussi à son expérience de la maladie et à ses intérêts pour la santé en général. Les rôles de chacun sont également importants. En effet, le patient vient consulter le médecin parce que celui-ci possède une expertise qu'il n'a pas. Il se crée donc un « rapport de place » de nature complémentaire entre le médecin et son patient dans le cadre de la consultation : la position « haute » étant occupée par le médecin et la position « basse » par le patient. Il n'y a pas de jugement de valeur dans ce « haut » et ce « bas », c'est simplement le propre d'une situation où il y a un demandeur (bas) et un professionnel expert qui répond à cette demande (haut). Mentionnons aussi les traits de personnalité des deux interlocuteurs qui feront en sorte que certains seront plus actifs ou affirmatifs dans leur manière d'entrer en relation alors que d'autres préféreront se laisser guider par le spécialiste.



« [...] le partenariat qui peut être établi avec un patient très au fait de sa maladie et de ses traitements est bien différent du partenariat que l'on peut établir avec un patient souffrant d'un problème aigu, totalement nouveau pour lui. »

### La raison de la consultation

Le type de problème de santé dont souffre le patient influencera la manière d'établir un partenariat. La nature de la demande du patient influencera également la manière dont chacun jouera son rôle : le patient désire-t-il seulement être rassuré, désire-t-il calmer une forte douleur, a-t-il des préoccupations surtout esthétiques, etc. ? S'agit-il d'une première consultation ou d'un suivi initial ou au long cours ? Ainsi, le moment dans le processus de soins influencera également la manière d'établir le partenariat. Enfin, la nature de la difficulté jouera un rôle central : est-ce qu'il s'agit d'un problème de santé aigu ou chronique ou d'un problème grave ou bénin ? Par exemple, ceci donne à penser que le type de rapport entretenu avec le patient dans le cas d'un problème aigu et grave, où il est urgent de trouver une solution, suppose une action médicale rapide. Cette intervention diligente est d'ailleurs attendue par le patient : « Soigne-moi, je ne veux pas mourir ! » Dans cette situation, le patient s'en remettra alors généralement totalement à celui qui est capable de l'aider. Cependant, moins la situation du patient se définit comme grave (du point de vue des conséquences immédiates pour sa santé) et plus elle est de nature chronique, alors plus la relation qui s'établit entre le patient et le médecin deviendra symétrique et le médecin y adoptera plutôt un rôle de conseiller. Ainsi, le partenariat qui peut être établi avec un patient très au fait de sa maladie et de ses traitements est bien différent du partenariat que l'on peut établir avec un patient souffrant d'un problème aigu, totalement nouveau pour lui.

### La situation ou le contexte d'une entrevue

Le contexte de la consultation rend certains comportements possibles et d'autres impossibles. Par exemple, le contexte de la salle d'urgence ou des cliniques sans rendez-vous indique clairement au patient que ce n'est pas le lieu pour avoir une conversation élaborée. Tout est orienté vers l'efficacité et l'action, et le patient n'a pas besoin de longues explications pour comprendre qu'il doit se limiter à l'essentiel. Aussi, pour un même patient, le partenariat que l'on peut établir dans une situation donnée ne sera pas nécessairement transposable ou exportable dans d'autres situations. Ainsi, si vous assurez le suivi en cabinet d'un patient diabétique de longue date, très impliqué dans son suivi et très au fait de sa maladie, et que vous rencontrez ce même patient aux urgences à la suite d'un accident de voiture grave, vous pourriez alors découvrir un « autre » patient, anxieux, qui s'abandonne aux soins et qui ne montre plus d'initiative. Il faut alors s'ajuster à ce nouveau contexte de soins.

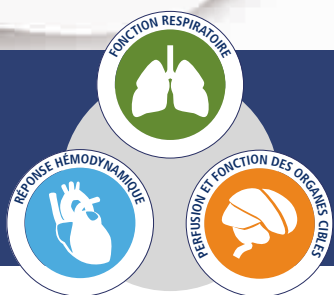




Révéler un portrait  
plus complet

Voir plus pour en faire plus.

Pour avoir un portrait complet du patient, obtenir de l'information précise et en temps requis sur l'oxygénation et la ventilation est essentiel. Avec son portefeuille complet de technologies de monitoring, Covidien permet aux personnels soignants de détecter les variations subtiles, mais critiques de l'état du patient, ce qui permet des interventions plus rapides et mieux informées.



## LES SYSTÈMES DE DÉTECTION DE COVIDIEN

Capnographie **Oridion**<sup>®</sup> Microstream<sup>®</sup> | Oxymétrie de pouls **Nellcor**<sup>MC</sup> avec technologie OxiMax<sup>MC</sup>



« Si on compare avec la manière dont se déroulaient les consultations il y a quarante (40) ans, nous sommes maintenant dans un contexte social où il est attendu et souhaité que le patient soit beaucoup plus actif. »

#### Une vision dynamique d'un partenariat

*Si on compare avec la manière dont se déroulaient les consultations il y a quarante (40) ans, nous sommes maintenant dans un contexte social où il est attendu et souhaité que le patient soit beaucoup plus actif. La vision actuelle du partenariat suggère que le patient s'implique plus dans les discussions et le choix des traitements selon ses capacités, sa situation et le contexte particulier de la consultation. La vision que nous proposons d'un partenariat efficace est celle d'un dialogue continu entre un patient et son médecin où, dynamiquement, il y a ajustement de l'un et l'autre des participants dans le cadre du rôle et des compétences du médecin, des capacités du patient et de la situation du moment. Le dialogue patient-médecin est intégré aux processus de construction des connaissances en contexte et fait partie du processus d'un apprentissage mutuel dans lequel la communication trouve son sens : il s'agit en effet d'un apprentissage à être avec l'autre. La relation dialogique implique donc un rapport expérientiel, une relation active avec l'autre. Cette relation, ou ce partenariat, se développe dans un processus de construction mutuelle lorsqu'on expérimente ensemble une réalité concrète et significative. C'est la réalité (diverse, multiple et plurielle) qui donne un sens à notre relation.*

*Une relation de partenariat basée sur le dialogue est la base du coapprentissage et du développement d'un agir responsable. Effectivement, le partenariat porte en lui le défi d'agir « dialogiquement », en créant un contexte capable de confronter de façon constructive des modes de pensée distincts, des intérêts divergents en vue d'un objectif commun. Le partenariat est ainsi indissociablement lié à la conscience et au positionnement de l'autre et de la compréhension de l'hétérogénéité de la situation.*



#### Références ayant servi à la rédaction de ce texte

RICHARD, C. et LUSSIER, M.T. *La communication professionnelle en santé*. Montréal, ERPI, 2005, 984 p.

LUSSIER, M.-T., C. RICHARD. « En l'absence de panacée universelle. Répertoire des relations patient-médecin ». *Canadian Family Physician*, Vol. 54, août 2008, p. 1096-1099.

# NeoPAP

Systeme à ventilation à PPCn chez le nouveau-né



Technologie  
avancée en toute  
simplicité

## Le confort du patient et la tranquillité d'esprit du clinicien

Le NeoPAP combine la technologie de compensation de fuite, l'interface patient de poids léger et la conception novatrice du bonnet pour:

- Éliminer le besoin d'un ajustement étanche très serré, ce qui réduit la pression exercée sur le visage du nourrisson
- Réduit au minimum les alarmes et les ajustements durant la thérapie
- Vous permet de passer plus de temps à prendre soin de votre patient et moins de temps à vous occuper de l'appareil
- Favorise un environnement où les patients peuvent se reposer plus confortablement et se concentrer sur leur croissance et leur développement

Pour en savoir plus : [www.philips.com/neopap](http://www.philips.com/neopap)



**APPELEZ:**

**McARTHUR MEDICAL SALES INC.**

TF / 800.996.6674 P / 519.622.4030

[mmsi@mcarthurmedical.com](mailto:mmsi@mcarthurmedical.com) | [www.mcarthurmedical.com](http://www.mcarthurmedical.com)

1846 Concession 5 W | P.O. Box 7 | Rockton, ON | L0R 1X0

  
**McARTHUR**  
MEDICAL SALES INC.



compétence

1

## Le patient partenaire

# Le patient partenaire de soins: un atout pour le médecin !

par **Philippe Karazivan**, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), **Vincent Dumez** et **Audrey-Maude Mercier**, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, **Andrée Boucher** et **Paule Lebel**, CPASS, **Gabriela Muriel**, UQÀM, **Djahanchah Philip Ghadiri**, HEC Montréal.

Source: *Bulletin de Médecins francophones du Canada*, vol. 1, N° 3, juillet 2011  
[en ligne] [<http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>].

Reproduction autorisée.

C'est sur toutes les tribunes, c'est la saveur du mois. Un autre truc inventé et imposé par les profs de l'université, dans leur tour d'ivoire ? Encore quelque chose à intégrer à ma pratique ?

Le «patient partenaire de soins» est une réalité émergente du changement qui s'opère actuellement dans notre rapport aux soins et à la relation qui lie le soignant et le soigné. C'est bien plus que de la communication, bien plus qu'une préoccupation de son observance au traitement ou de l'importante question de la sécurité. Le «patient partenaire de soins», c'est tout simplement l'évolution logique, sociale et historique du lien qui unit le professionnel et le patient. Face aux grands enjeux de société que sont la chronicisation et la complexification des maladies, le vieillissement de la population, le niveau de plus en plus élevé d'information que détiennent les patients et la prise de conscience du très faible niveau d'observance aux traitements prescrits, un changement en profondeur de la dynamique soignant-soigné s'impose et se dessine partout dans le monde.

It is everywhere, it is the flavour of the month. Another trick invented and imposed by university professors in their ivory tower ? One more thing to integrate to my practice ?

The “patient as care partner” is a reality emerging from the change actually taking place in our relation to care and in the relationship linking doctor to patient. It is much more than communication, much more than a preoccupation to treatment observance or the important question of safety. The “patient as care partner” simply is the logical, social, and historical evolution that links professional to patient. Faced with major social issues such as diseases becoming chronic and more complex, the ageing population, the ever-increasing level of information known by patients, and the awareness of the very low observance level to prescribed treatments, a profound change in the doctor-patient dynamic is greatly needed worldwide.

**opiq**  
Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

**À la croisée  
des chemins**

**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.

**L'**idée n'est pas non plus de tout changer, mais plutôt de faire des petits pas décisifs, d'oser franchir la ligne, aller au-delà du traditionnel « patient au centre de nos préoccupations » qui le maintient dans une posture de passivité. En d'autres termes, il s'agit non pas de se préoccuper de la maladie seule ou du patient comme victime passive d'une pathologie, mais de se préoccuper de lui en tant que personne capable de développer une compétence de soins et de faire des choix. Pourquoi ne pas lui rendre ses lettres de noblesse en plaçant son autonomie, sa capacité à choisir et à agir au cœur de nos préoccupations ? Dans un contexte de soins en forte pression, n'est-ce pas aussi l'occasion unique de « l'aider à nous aider » ?

Alors non, ce n'est pas la saveur du mois.

Et non, ce n'est pas une autre invention de l'université.

Au début des années 1990 est apparue, en réaction au modèle paternaliste traditionnel, une approche plus consumériste et informative dans laquelle le rôle du médecin se limitait à informer le patient des différentes options thérapeutiques envisageables et les risques associés : on demandait au patient de choisir lui-même son traitement, après avoir été informé. Les années 2000 ont vu l'émergence d'un nouveau modèle, le *shared decision making* qui se positionne au centre du spectre, entre les modèles paternalistes et informatifs. La fonction principale plus traditionnelle du professionnel était d'impliquer le patient dans le processus de décision. Il s'agit ici d'un consentement mutuel, où le patient s'implique au même titre que le médecin.

Au cours des dernières années, des pas de plus ont été effectués. Une des expériences pionnières dans ce domaine fut celle de l'Université Stanford en Californie (Lorig, 1999) où, dès 1996, une formation communautaire d'autogestion des maladies chroniques donnée par des patients (*peer-led*) pour des patients a vu le jour. Mis en œuvre par Kate Lorig et son équipe, ce programme de formation visait principalement à outiller les patients atteints de maladies chroniques dans le développement de leur capacité de soins, notamment dans la gestion de la douleur, du changement de leurs habitudes de vie et dans la croissance de leur capacité de résilience face à la maladie. Puis, en 2001, fondée sur cette même expérience, une nouvelle initiative nationale britannique (Department of Health, 2011) a positionné le *self-management*, la responsabilisation et l'information des patients à titre de piliers du système national de santé. Finalement, en 2010, dans *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels*, Jouet et Flora abordait la question sous l'angle de la reconnaissance de la validité des savoirs expérientiels des patients (la compétence qu'ils développent grâce à leur vécu propre de la maladie). Dans cette optique, les savoirs expérientiels des patients sont réellement complémentaires aux savoirs scientifiques du médecin : on parle alors d'une coconstruction de savoirs.

C'est dans ce contexte sociohistorique que s'inscrit le concept du « patient partenaire de soins ». Il s'agit en fait d'un pas de plus, assez proche du *shared decision making*, mais qui intègre les concepts de *self-management*, de patient expert et de ses savoirs expérientiels. Dans ce modèle, le patient partage ses savoirs expérientiels avec les savoirs de l'équipe de soins. Il devient ainsi un membre à part entière de l'équipe clinique, où les soins ne sont plus centrés sur lui, mais dispensés avec lui, pour lui et éventuellement par lui (voir Tableau 1 ci-contre).

C'est bien beau, tout ça. Mais qu'est-ce que ça implique pour moi, dans ma pratique ? Qu'est-ce qu'il faut que je change ? Est-ce que ça va me prendre plus de temps ? Et surtout, est-ce que ça signifie que mes savoirs et mes compétences ne valent pas plus que les « savoirs expérientiels » des



Tableau 1

**Les principes fondateurs du concept de patient partenaire de soins**

- ❶ L'habilitation progressive du patient et de ses proches à faire des choix de santé libres et éclairés.
- ❷ La reconnaissance des dimensions psychologiques, sociales, culturelles, voire spirituelles, du partenariat.
- ❸ La reconnaissance qu'une décision de soins de qualité est adaptée aux spécificités du contexte du patient et de ses proches et ne s'appuie pas uniquement sur des facteurs de succès et de risque d'échecs.
- ❹ La reconnaissance du savoir expérientiel du patient et de ses proches ainsi que leur capacité à développer une compétence de soin.



« [...] il s'agit non pas de se préoccuper de la maladie seule ou du patient comme victime passive d'une pathologie, mais de se préoccuper de lui en tant que personne capable de développer une compétence de soins et de faire des choix. »

*patients ? Pourquoi alors avoir étudié autant d'années ? Et que dire du risque de dérive vers une science plus molle, moins rigoureuse, moins probante ?*

*Nous n'avons pas la réponse à toutes ces questions qui constituent des préoccupations réelles, légitimes et même saines de notre corps professionnel. Le projet est en construction, et c'est pourquoi nous avons besoin de vous pour y arriver. Nous croyons qu'en tant que professionnels, nous y gagnerons tout autant que les patients et surtout, qu'il n'y a pas lieu d'y voir une menace à notre statut, à notre pouvoir, à notre compétence. Cette nouvelle approche n'est pas seulement une nouvelle mode, sans lendemain et sans réels bénéfices : elle émerge de la pratique, de la réflexion des cliniciens à partir de leurs valeurs et de leur expérience. Nous avons voulu lui donner une forme partageable et diffusable, donner sens à ce qui est en train d'évoluer, à ce qui est nécessaire, voire utile, pratique, avec des répercussions concrètes et positives. Par exemple, lorsqu'on parle d'un « risque partagé », il s'agit ici d'une retombée majeure potentielle de ce mouvement. Combien de décisions prenons-nous défensivement, voulant éviter les erreurs et conséquences fâcheuses sur le plan médico-légal simplement parce que, dans le modèle actuel, le risque repose presque entièrement sur les épaules du médecin, avec la culpabilité que cela peut engendrer en cas d'échec de traitement ?*

*Le principal défi auquel la communauté médicale fait face est, à nos yeux, le quatrième principe. Tout partenariat repose sur la reconnaissance réciproque des compétences des acteurs. Bien sûr, chaque patient possède un niveau d'éducation, de littératie, il a ses valeurs et aspirations, son projet de vie. Il détient une expérience unique de la maladie. Quant à lui, le médecin est confronté aux patients psychotiques, aux patients atteints de troubles cognitifs, aux situations d'urgence et aux barrières culturelles. Mais n'y a-t-il pas toujours une capacité du patient ou de ses proches à développer une compétence de soins, une possibilité de lui permettre de participer aux décisions, aussi limitée soit-elle ? Nos patients ont une certaine compétence, différente de la nôtre, en partie liée à leur expérience personnelle de la maladie et à ce qu'on pourrait appeler leur instinct de survie : c'est leur savoir expérientiel. Il s'agit de reconnaître cette compétence chez nos patients, ou du moins leur capacité à la développer. Leurs savoirs ne vont certainement pas se substituer à ceux que nous avons acquis après de nombreuses années d'études. Mais rien ne nous empêche de les aider à reprendre du pouvoir sur leur vie, à dépasser*

- 5 La nécessité de former le patient et ses proches pour les habiliter à devenir des acteurs à part entière du processus de soins.
- 6 La nécessité de travailler dans le cadre d'équipe multiprofessionnelle qui intègre le patient et ses proches, en collaboration étroite les uns avec les autres.
- 7 La nécessité d'une évaluation commune et d'un partage du risque entre l'équipe, le patient et ses proches.
- 8 La reconnaissance que le patient et ses proches sont des acteurs incontournables dans la formation de leurs pairs et des futurs professionnels de la santé.



« Dans ce modèle, le patient partage ses savoirs expérientiels avec les savoirs de l'équipe de soins. Il devient ainsi un membre à part entière de l'équipe clinique, où les soins ne sont plus centrés *sur* lui, mais dispensés *avec* lui, *pour* lui et éventuellement *par* lui. »

« Nos patients ont une certaine compétence, différente de la nôtre, en partie liée à leur expérience personnelle de la maladie et à ce qu'on pourrait appeler leur instinct de survie : c'est leur savoir expérientiel. Il s'agit de reconnaître cette compétence chez nos patients, ou du moins leur capacité à la développer. »

*leur maladie pour réaliser leur projet de vie. Accompagnons-les autant que nous les traitons. Vous serez surpris de savoir combien de médecins ont déjà adopté cette approche pour leur bénéfice et celui de leurs patients. Joignez vos efforts et votre créativité à la leur!*



*L'OPIQ remercie Médecins francophones du Canada qui nous a donné l'autorisation de reproduire ces articles parus dans le Bulletin de Médecins francophones du Canada.*

#### Références

##### Self-management

LORIG, K. et HOLMAN, H. (2003) *Self-management education: context, definition, and outcomes and mechanisms*.  
[En ligne] [[http://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM2601\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01)]

LORIG, K., SOBEL D., STEWART, AL., et al. «Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial.» *Med Care*, 1999; 37: 5-14. Patient expert, Grande-Bretagne.

DEPARTMENT OF HEALTH. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21<sup>st</sup> century, 14 sept, 2001.  
[En ligne] [[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4006801](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006801)]

TYREMAN, S. (2005) *The expert patient: outline of UK government paper*.  
[En ligne] [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16215793>]

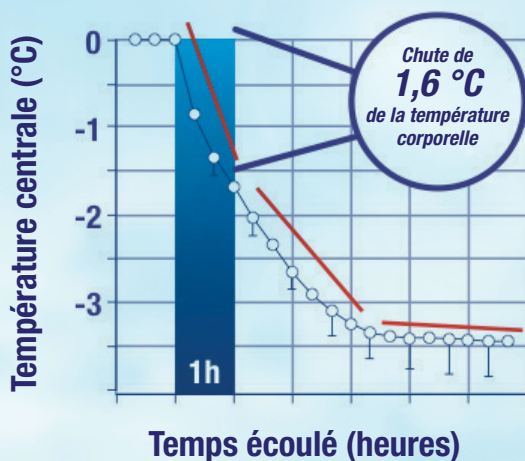
##### Savoirs expérientiels

JOUET, E., FLORA, L. et LAS VERGNAS, O. (2010). « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients » in JOUET, E. et FLORA, L. (coord) (2010). « Usagers-formateurs: la part du savoir des malades dans le système de santé », Pratique de formation - Analyses, N°58/59, Saint-Denis, p. 13-94. [En ligne] [[http://www-ufr8.univ-paris8.fr/pfa/textpdf/58-59synthese\\_sante.pdf](http://www-ufr8.univ-paris8.fr/pfa/textpdf/58-59synthese_sante.pdf)].



# Bair®

Pour se sentir mieux et guérir plus rapidement.



Graphique adapté de : SESSLER, D.I., « Perioperative Heat Balance », *Anesthesiology*, vol. 92, n° 2 (févr. 2000).

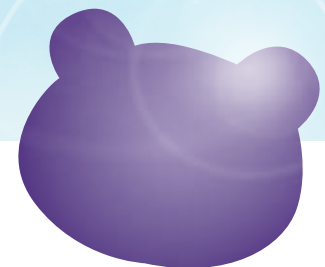
L'hypothermie peut se manifester dans l'heure qui suit l'induction de l'anesthésie.

Les études démontrent que le réchauffement des patients visant à maintenir une température centrale d'au moins 36,0 °C aide à améliorer les résultats en réduisant la fréquence des complications souvent associées à l'hypothermie involontaire. Le réchauffement à air pulsé constitue une méthode sécuritaire, simple et abordable pour prévenir l'hypothermie involontaire et ses complications.

**3M**

Arizant Healthcare Inc.  
Une entreprise de 3M  
10393 W 70th St., Suite 100  
Eden Prairie, MN 55344, É.-U.

Offert au Canada par :  
Division des solutions pour la prévention des infections  
Compagnie 3M Canada  
C.P. 5757  
London (Ontario) N6A 4T1  
1 800 364-3577  
[www.3M.com](http://www.3M.com)





# Le patient partenaire Pour en savoir plus sur le virage « patient partenaire de soins (PPS) »

## L'initiative de la Faculté

La Faculté de médecine de l'Université de Montréal, accompagnée étroitement par son centre de pédagogie (Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé ou CPASS) et le RUIS de l'Université de Montréal se sont engagés dans le virage « patient partenaire de soins » (PPS), à l'automne 2010. Dans ce cadre, la réflexion a été amorcée avec les patients sur la relation soignant-soigné, pour mieux comprendre comment faire face aux défis de demain sur les plans de l'enseignement, de la recherche et des soins.

Deux grandes initiatives ont été lancées. D'abord, afin d'assurer la représentation des patients au sein de la Faculté et leur participation aux décisions, le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, qui relève directement de la doyenne, a été formé.

Parallèlement, la création du Comité facultaire des patients a pour but de constituer un noyau de patients accompagnateurs pour les trois principales missions du Bureau.

## Missions du Bureau

### Mission d'enseignement

**Virage Médecine :** renforcement de la perspective patient partenaire dans le cadre du projet de transformation du programme de 1<sup>er</sup> cycle en médecine.

**Virage Sciences de la santé :** partage universitaire avec les principaux programmes en sciences de la santé en vue de maximiser les synergies sur le thème du patient partenaire.

### Mission de recherche

**Centre de référence :** recension exhaustive des écrits, mise en place d'une dynamique coconstruction de savoirs patients-professionnels et soutien de la recherche en milieux cliniques.

**Chaire de recherche :** pérennisation des efforts de recherche par la mise en place d'une chaire sur le patient partenaire (en cours de financement).

### Mission de soins

**Virage RUIS et organisation des soins :** soutien direct aux initiatives patient partenaire en cours dans les établissements et identification d'initiatives novatrices partageables.

**Programme partenaire de soins :** conception de nouveaux outils de formation, d'évaluation et de transfert des connaissances pour les patients et leurs professionnels de la santé.

## Des patients accompagnateurs au cœur des trois (3) missions

Constitution d'une banque de patients accompagnateurs et de cadres de référence en vue d'une implication en contextes d'enseignement, de recherche et de soins.

Vous noterez que nous ne proposons pas ici de définition formelle de ce « partenariat ». La raison est simple : celle-ci est encore en construction.

Il nous faudra, nous le savons, adapter ce partenariat à la réalité du terrain, nos obligations de temps, de résultats, à notre désir de compétence, d'efficacité et d'excellence. Il faudra aussi adapter ce partenariat à ce que le patient veut et peut. Nous sommes pleinement conscients qu'un virage d'une telle ampleur ne pourra réussir que si tous, en tant que professionnels, y croyons et y participons. Nous vous invitons donc à vous impliquer avec nous, pour nous faire part de vos réserves, de vos craintes, de vos appréhensions... et de vos succès en la matière ! Pour nous aider à définir, construire ce partenariat à notre image et celle des patients, selon les valeurs de notre société, de notre temps.

Un remerciement spécial à Emmanuelle Jouet, Luigi Flora et Olivier Las Vergnas dont les travaux nous ont beaucoup inspirés ces derniers mois.

**Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires à l'adresse suivante : [patientpartenaire@gmail.com](mailto:patientpartenaire@gmail.com)**



l'inhalothérapeute:  
près de vous...  
**prêt à tout**

**SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE** DU 6 AU 12 OCTOBRE 2013

# Trois bonnes raisons de profiter du REEE

par **Daniel Laverdière**, expert-conseil, Gestion privée 1859



**S**aviez-vous que le Régime enregistré d'épargne-études (REEE) a été créé dans l'optique d'investir pour les études de vos enfants tout en ayant l'occasion d'accumuler des revenus et des gains à l'abri de l'impôt, jusqu'au moment où vos enfants en auront besoin? Vous pouvez aussi obtenir la Subvention canadienne pour l'épargne-études (SCEE), une somme d'argent que le gouvernement du Canada verse dans le REEE pour votre enfant.

Voici les trois principaux avantages fiscaux entourant le REEE.

## 1 Des subventions pouvant atteindre 30 %

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, chaque enfant accumule des droits annuels de cotisations au titre de la SCEE (limite cumulative de 7 200 \$). Vous pouvez récupérer les subventions accumulées à raison de 500 \$ par an, en plus de la SCEE de l'année en cours.

Pour les années civiles où le bénéficiaire n'atteint pas 18 ans, la SCEE est de 20 % pour tout dépôt de 2 500 \$ ou moins. Les cotisations à un REEE pour le compte de jeunes de 16 et de 17 ans donneront droit à la SCEE si l'une ou l'autre des conditions suivantes est remplie avant l'année civile de son 16<sup>e</sup> anniversaire :

- les cotisations pour le compte de l'enfant totalisaient au moins 2 000 \$ ; ou
- les cotisations pour le compte de l'enfant totalisaient au moins 100 \$ par année au cours de quatre années quelconques.

En 2007, le gouvernement provincial a instauré l'Incitatif québécois à l'épargne études (IQEE), qui est de 10 % de la cotisation et qui s'ajoute à la SCEE. Cette bonification permet d'obtenir 250 \$ par année pour un maximum cumulatif de 3 600 \$.

## 2 Report d'imposition sur le revenu accumulé

Tout le rendement réalisé sur vos cotisations au REEE croît à l'abri de l'impôt et n'est imposable que lors du retrait.

La cotisation cumulative maximale est de 50 000 \$ par bénéficiaire et la période de cotisation est limitée à 31 ans. Un REEE peut être détenu pour un maximum de 35 ans.

## 3 Un fractionnement du revenu de placement


Au moment du retrait, les paiements d'aide aux études (PAE) sont imposables auprès du bénéficiaire. Ces paiements incluent les revenus accumulés et les subventions. Pour être admissible aux PAE, l'enfant doit être inscrit à un programme de formation admissible dans un établissement reconnu.

Un bénéficiaire peut recevoir un maximum de 5 000 \$ en PAE avant de passer treize (13) semaines consécutives à un programme d'études admissible.

Pour le rendement accumulé et les subventions, les retraits doivent se faire au nom du bénéficiaire et le montant de PAE est composé d'un prorata du rendement et des subventions accumulées.

Quel que soit le type de revenu accumulé dans le REEE, les PAE sont imposés comme un revenu d'intérêt, alors que le retrait des cotisations faites au REEE est non imposable.

## Votre meilleur allié : votre conseiller !

Discutez-en avec votre conseiller. Il saura vous guider en fonction de vos besoins et de vos objectifs pour les études de vos enfants. 

# VOTRE PROFESSION, NOTRE MÉTIER

Adhérez au programme financier<sup>1</sup> pour inhalothérapeutes et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

*[banquedelasante.ca](http://banquedelasante.ca)*



<sup>1</sup> Certaines conditions s'appliquent. Le programme est un avantage conféré aux détenteurs de la carte de crédit Platine MasterCard de la Banque Nationale et s'adresse aux inhalothérapeutes qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Vous devez fournir une preuve de votre statut au moment de l'adhésion.

# CHRONIQUE DE LA RELÈVE



Emilie Blair ▲

par **Emilie Blair**, inh., responsable du comité de la relève

**A** lors que je participerai au congrès pour la première fois depuis que j'ai obtenu mon diplôme il y a deux ans, la seule chose qui me vient en tête comme sujet de cette chronique est ma participation au concours Place à la relève lorsque j'étais étudiante. On nous avait annoncé qu'un étudiant par maison d'enseignement pouvait participer à ce concours et présenter sur un sujet de son choix. Malgré les travaux, les stages et les autres occupations qu'exige la dernière année d'études, j'ai proposé ma candidature. Aucune autre personne ne s'étant montrée intéressée, je fus désignée représentante du Collège de Rosemont à ce concours. Et maintenant, le choix du sujet! Ouf, ce fut la tâche la plus difficile. De prime abord, je voulais démontrer de façon imagée plusieurs phénomènes biologiques un peu complexes à comprendre lorsque nous sommes étudiants. Mon entourage trouvant ce sujet un peu risqué, j'ai poursuivi ma réflexion... puis j'ai trouvé: l'externat en inhalothérapie!

Dans ma cohorte se trouvaient plusieurs étudiants qui, pour une raison ou une autre, ne pouvaient pas travailler comme externes. Cela a donc constitué mon point de départ; j'ai fait des recherches sur les conditions nécessaires pour devenir externe en milieu hospitalier, pour me rendre compte que j'étais en désaccord avec plusieurs d'entre elles. Je vous fais grâce de la teneur de mon discours, mais je peux vous dire que j'ai vraiment saisi l'impact de cette présentation lorsque je suis montée sur le podium et que j'ai vu des centaines d'inhalothérapeutes me regarder. Je me suis alors dit: «ça passe ou ça casse!» C'était un sujet légèrement provocateur, mais je l'assumais pleinement.

Un pari quand même risqué que de relater haut et fort l'histoire de mes collègues qui n'avaient pas accès à l'externat et de me permettre certaines critiques. Je n'ai pas gagné le concours, mais recevoir les félicitations de dizaines d'inhalothérapeutes d'expérience pour le choix de mon sujet fût pour moi une marque de succès. Et cette présentation m'a somme toute valu plus qu'une victoire: une place au sein de l'Ordre dans le tout premier comité de la relève. Comme quoi, tout peut être dit... si c'est dit de la bonne façon.

Vous côtoyez tous, d'une façon ou d'une autre, des étudiants de 2<sup>e</sup> année. Je vous encourage alors à motiver ces futurs inhalothérapeutes à participer à ce concours vraiment enrichissant. Et, soyez certains que je serai aux premières loges, cette année au congrès, pour applaudir les candidats de l'édition 2013!

## OXYMED.ca

Gaz médical et équipement

**Vente / Location**

**Réparation de vos régulateurs d'oxygène**

Jean-Claude Roy, CSP, pva  
Directeur des ventes / Formateur

**ÉQUIPEMENT D'ANALGÉSIE RELATIVE  
PROTOXYDE D'AZOTE / ÉQUINOX II**

9592, rue Berri, Montréal (Québec) H2M 1R4

Tél. : (514) 389-8245

1-800-369-8404

**Linde**  
Distributeur autorisé



**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.

# À L'AVANT-SCÈNE

## CÉLINE BEAULIEU

*À l'instar de plusieurs revues et dans un format que nous désirons distrayant, nous vous offrons un portrait plus personnel de la présidente sortante*



**Occupation :** inhalothérapeute.

**Âge :** quinquagénaire (est-ce vraiment essentiel de dire notre âge ?)

**Lieu de travail :** retraitée du CSSS de Trois-Rivières et présidente sortante de l'OPIQ.

**Statut :** mariée depuis 37 ans.

**Bu :** vivre en santé le plus longtemps possible !

**Lu :** toujours en progression...

**Vu :** l'essentiel !

**Voulu :** avoir une facilité pour l'apprentissage des langues... Malheureusement, ce n'est pas le cas !

**Reçu (cadeau, conseil, etc.) :** ne pas remettre à demain ce que l'on peut faire aujourd'hui !

**Sur une île déserte, vous apportez :** un canot de sauvetage ! Je ne veux pas rester seule sur une île déserte... Si ce n'est que temporaire, alors j'apporterais un bon livre et une bouteille de vin.

**Un voyage inoubliable :** tous les voyages sont stimulants, mais j'avoue que la Jordanie est l'un de mes coups de cœur.

**Votre plus belle réussite personnelle :** mes deux enfants, Benoit et Marie-Pier.

**Votre plus belle réussite professionnelle :** être, avec deux consœurs, les pionnières en assistance anesthésique du CH Ste-Marie de Trois-Rivières.

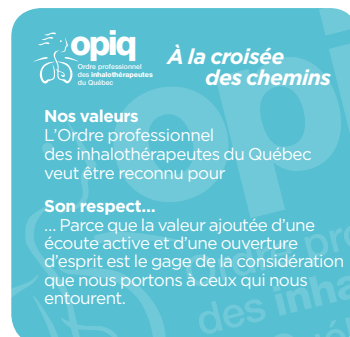
**Un remède quand tout semble difficile :** un bon bain chaud accompagné d'un verre de vin !

**Un objectif à atteindre :** la sérénité.

**Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes :** soyez fiers et ayez confiance en vos capacités.

**Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez :** agent de voyages.

**Le bonheur pour vous, c'est quoi ?** La famille, l'amour et l'amitié.





## L'inspection professionnelle : un processus essentiel et renouvelé pour assurer le maintien des compétences et la qualité des services professionnels

par **Martine Gosselin**, inh., M.B.A., coordonnatrice à l'inspection professionnelle et secrétaire du comité d'inspection, OPIQ

### Volet 2

**D**ans la dernière parution, nous avons exposé brièvement le nouveau processus d'inspection professionnelle et les indicateurs menant à la sélection des établissements inscrits au programme annuel de surveillance générale de l'exercice.

Nous y indiquons notamment l'enrichissement du processus par l'autoévaluation de leurs pratiques par les établissements choisis, étape adoptée par le comité d'inspection professionnelle (CIP) à la suite d'une vaste consultation et des travaux d'un groupe de discussion.

### Mais quels en sont les avantages ?

Fondé en grande partie sur la participation active des cliniciens, le nouveau processus de surveillance générale de l'exercice met l'accent sur la rétroaction afin, d'une part, d'arriver à mieux cerner votre pratique et, d'autre part, d'améliorer la qualité. Le processus repose sur des mesures visant à atteindre un haut niveau de contribution des inhalothérapeutes à toutes les étapes de l'inspection. Il comprend donc, selon la situation, deux types d'intervention qui seront adaptés à chaque établissement.

En effet, si l'autoévaluation d'un établissement, à la suite de son analyse, présente peu de lacunes, le CIP ne procédera pas à une inspection sur place de l'exercice normalement effectuée par une équipe d'environ cinq (5) inspecteurs, mais il rédigera plutôt un rapport d'examen de l'autoévaluation, à la suite duquel l'établissement devra produire un plan d'action.

Cependant, si des lacunes importantes sont identifiées, les inspecteurs mandatés par le CIP procéderont à une inspection des inhalothérapeutes de

l'établissement. Cette visite sera suivie d'une rencontre de rétrospection avec les inhalothérapeutes ainsi qu'avec la direction. Par la suite, un rapport de visite sera envoyé à l'établissement qui devra, lui aussi, produire un plan d'action. Ainsi, deux modèles d'intervention sont possibles à l'intérieur même du programme de surveillance générale de l'exercice : le second engageant plus de ressources, mais ciblé là où des efforts accrus d'amélioration sont nécessaires. Il faut toutefois préciser que l'étape de la seule autoévaluation (certains pourrons la qualifier d'auto-inspection) ne peut s'appliquer aux établissements privés. En effet, en raison des critères de risques déterminés par le CIP, tous les établissements privés sont soumis à une visite d'inspection par une équipe complète suivie d'un rapport d'inspection détaillé.

Parmi les avantages constatés :

#### ▪ pour le CIP :

- une meilleure utilisation des ressources de l'inspection ;
- un portait représentatif de la pratique des inhalothérapeutes à inspecter puisque vous remplissez le questionnaire d'autoévaluation ;
- les inspecteurs remarquent, qu'au moment des visites, plusieurs correctifs ont souvent été effectués et que la majorité des non-conformités notées dans l'autoévaluation étaient corrigées ou sur le point de l'être.

#### ▪ pour les patients :

- afin de répondre adéquatement au questionnaire d'autoévaluation, les cliniciens ont pris connaissance des normes de pratique, des



guides de pratique clinique produits par l'Ordre, des procédures et des protocoles en vigueur dans leur établissement, avec comme résultante une modification de leur pratique quotidienne;

- des interventions ciblées là où cela est nécessaire pour la protection du public.

▪ **pour vous, selon vos commentaires :**

- l'autoévaluation a mené à une prise de conscience, à un questionnement de la pratique et à favoriser la cohésion dans les équipes;
- les responsables ont constaté qu'il y avait parfois des lacunes dans leurs communications;
- des changements immédiats ont été apportés à la pratique individuelle;
- à la suite de l'autoévaluation, des dossiers qui tardaient (protocoles et ordonnances collectives) se sont réglés.

Surveillez le troisième volet, où vous cheminerez pas à pas à travers le processus.

Saviez-vous que parmi les établissements qui présentent peu de lacunes, le CIP choisit au hasard certains établissements qui seront tout de même visités? Vous vous demandez certainement pourquoi. Le CIP valide ainsi la qualité des réponses obtenues par les autoévaluations et la fiabilité du processus. Le comité informe les directions d'établissements des divergences constatées, le cas échéant.

**En savoir plus sur l'inspection professionnelle ou pour connaître la liste des établissements inscrits au programme de surveillance générale de l'exercice financier 2013-2014.**

## Fier assureur des membres de l'Ordre

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

1 800 644-0607  
lacapitale.com/opiq



La Capitale  
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

# L'asthme à travers le temps

par **Jacques Beaulieu**, écrivain

beaulieu.ja@videotron.ca

Reproduction autorisée.

*« Cette maladie a pour cause le refroidissement et l'humidité du poumon, et pour cause matérielle, l'humeur épaisse et visqueuse dont il est farci. Les femmes comme d'une constitution froide et humide y sont plus sujettes que les hommes; les enfans (sic) s'en guérissent facilement, car cet âge qui tend à l'accroissement, abonde en chaleur. Quoique les hommes y soient moins exposés que les femmes, ils en périssent plutôt. La vie peut se prolonger chez les personnes qui s'occupent de certains ouvrages propres à fomentier ou exciter la chaleur du poumon, tels sont les ouvrages en laine; il en est de même de ceux qui travaillent le fer et l'acier ou chauffent les bains publics. »*

Tiré du livre: *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques*, Arétée (de Cappadoce).

### L'asthme à l'Antiquité

**V**oilà comment un illustre médecin de la Grèce antique décrivait l'asthme et la « pulmonie ». Le mot « asthme » vient du grec a-sthma, qu'on traduit littéralement par « peu ou pas de souffle ». Mais la maladie semble être connue depuis bien plus longtemps. Ainsi, dans le papyrus Ebers (1500 ans avant J.-C.), on parle d'une cure à base d'inhalations pour aider ceux dont la maladie consistait à éprouver beaucoup de difficulté à souffler. Il s'agissait de jeter sur des briques chaudes une plante nommée « jusquiame noire » et d'en respirer les vapeurs, ce qui n'était pas tout à fait dénué d'efficacité, la plante contenant quelques alcaloïdes, dont l'atropine. Encore plus loin dans l'histoire, en Chine (2600 avant J.-C.), l'empereur Huang-Ti Nei Ching Su Wen, l'auteur du plus ancien traité médical écrit connu, et reconnu comme le père de la médecine chinoise, parle de l'inhalation des vapeurs de Ma Huang pour traiter l'asthme. Le nom actuel de cette plante est l'Ephédra sinica, qui, bien sûr, contient un alcaloïde du nom d'éphédrine. En Inde, on encourageait les asthmatiques à respirer des vapeurs imbibées de la stramoine commune,

une plante dont les principaux alcaloïdes sont la scopolamine, l'hyoscyamine et... l'atropine. Beaucoup plus tard, Hippocrate (460-377 avant J.-C.) utilisera des vapeurs d'herbes et de résine bouillies dans du vinaigre et de l'huile qu'il faisait aspirer par une paille à ses patients asthmatiques.

### L'asthme au Moyen Âge

Au Moyen Âge, Moïse Maïmonide, un médecin, rabbin et philosophe juif, a écrit en 1190 de notre ère le premier traité sur l'asthme. Il préconisait plusieurs traitements pour combattre les crises d'asthme, dont des inhalations d'herbes jetées sur le feu, le bouillon de poulet et l'abstention d'activités sexuelles. L'un de ses plus grands apports à la philosophie de son époque fut de concilier science et religion, dans un grand traité qu'il écrivit entièrement en langue arabe (*Traité des égarés*). Fait à noter : son œuvre a largement dépassé la communauté juive et le monde arabe. Thomas d'Aquin, un célèbre saint et philosophe catholique,

« Le mot « asthme » vient du grec *a-sthma*, qu'on traduit littéralement par « peu ou pas de souffle ». »

s'en est beaucoup inspiré et parlait de « l'Aigle de la Synagogue » pour désigner Maïmonide.

Les années 1600 et 1700 connurent aussi de grands noms dans le domaine de l'asthme. On peut mentionner celui de John Floyer, médecin en Angleterre qui préconisait l'usage de bains froids pour soulager l'asthme. Ayant lui-même souffert de cette maladie durant toute sa vie, il écrivit un traité sur l'asthme publié à Londres en 1698. Il fut aussi reconnu comme un des premiers médecins à compter les pulsations cardiaques, car il croyait que chaque maladie comportait chez un individu un nombre déterminé de pulsations.

En 1800, Tiberius Cavallo, un physicien italien, avance qu'au lieu d'utiliser des appareils d'inhalation complexes, les patients pouvaient simplement respirer les vapeurs qui sortent du bec d'une bouilloire dans laquelle les herbes et l'eau avaient été mises à bouillir.

En 1816, l'inventeur du stéthoscope, René Laennec, décrit l'asthme comme étant le résultat d'un bronchospasme et d'une inflammation des bronches. Par contre, il croit que l'origine de ces symptômes est due à des causes psychologiques. Une des figures marquantes de ce siècle fut le docteur Henry Hyde Salter qui écrivit en 1860 *On Asthma its Pathology and Treatments*. Il y préconise surtout l'inhalation de fumée de papier de salpêtre qui offrirait de très bons résultats et décrit avec force détails les cas de quatre de ses patients

## Une maladie professionnelle dès 1700



En 1700, un médecin italien, le docteur Bernardino Ramazzini, est le premier à associer l'asthme à une maladie professionnelle. Il démontre que certains types d'emploi sont plus susceptibles de provoquer des crises d'asthme comme les boulangers, les ferblantiers, les couleurs de verre et les cavaliers (à cause de la poussière).

## Le LifeSense & le RespSense de NONIN

Un capnographe à écran large tactile  
Monitoring rapide et facile de l'EtCO<sub>2</sub> et SpO<sub>2</sub>



Une technologie pour une vaste gamme d'encadrements cliniques pour les patients intubés ou non intubés. Portable, précis et un bon rapport coût-efficacité.

### LifeSense

- Écran large tactile LCDE rétroéclairé
- Technologie pureSAT SpO<sub>2</sub> de Nonin
- Technologie MedAir EtCO<sub>2</sub>
- Enregistrement des tendances SpO<sub>2</sub> et EtCO<sub>2</sub>
- Alarmes audibles et visuelles
- Courbe de capnographie et pléthysmographie
- Batterie interne
- Port RS-232

### RespSense

- Écran large tactile LCDE rétroéclairé
- Technologie MedAir EtCO<sub>2</sub>
- Enregistrement des tendances EtCO<sub>2</sub>
- Alarmes audibles et visuelles
- Courbe de capnographie
- Batterie interne
- Port RS-232



LIFE ♥ SENSE®

RESP ♥ SENSE™

Distributeur  
exclusif!

Distribué par:



Téléphone sans frais: 1 888 310.2186

Télécopieur: 1 888 310.2187

www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

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

ainsi traités. Du même coup, il dénonce l'utilisation de vapeurs d'opium qu'il considère plutôt comme une cause que comme une cure de l'asthme. C'est le médecin anglais Alfred Newton, en 1864, qui a conçu et développé le premier inhalateur capable d'utiliser des médicaments en poudre. Il avait même noté que la poudre devait être pulvérisée en particules très fines et capables d'être conservées sèches durant l'inhalation.

C'est aussi au 19<sup>e</sup> siècle que vint à la mode en Europe l'inhalation de la stramoine commune dont nous avons déjà parlé et qui était connu en Inde depuis l'Antiquité.

### L'arrivée des médicaments et les nouveaux traitements sur l'asthme

Jokishi Takamine est le premier à avoir isolé et purifié l'adrénaline dès 1901.



## Les méthodes alternatives

L'utilisation des sources thermales fut fort prisée en France au Moyen Âge et conserve encore certains adeptes de nos jours. Par exemple, la station thermale du Mont-Dore, édifée vers le début du 19<sup>e</sup> siècle sur le site même de la station balnéaire romaine, accueille les personnes souffrant de troubles respiratoires, dont l'asthme.

Lorsque les cures ne fonctionnaient pas, il restait à prier soit saint Ange de Jérusalem, un moine carmélite ayant vécu au 12<sup>e</sup> siècle, reconnu pour accorder sa protection contre l'asthme à ceux qui le priaient ou encore saint Gilles-Marie de Saint-Joseph qui en a souffert durant toute sa vie.

« C'est le médecin anglais Alfred Newton, en 1864, qui a conçu et développé le premier inhalateur capable d'utiliser des médicaments en poudre. Il avait même noté que la poudre devait être pulvérisée en particules très fines et capables d'être conservées sèches durant l'inhalation. »

C'est ainsi que naît l'éphédrine. Par contre, la plante était rare. Pour contrer cet inconvénient majeur, un chercheur de l'université de Californie décida de réaliser une synthèse chimique d'un dérivé de l'éphédrine. C'est ainsi qu'en 1927 fut créée l'amphétamine par Gordon Alles. Puis, naquit une série de molécules apparentées comme la synéphrine (ou oxédrine) qui fut finalement utilisée comme coupe-faim, l'isoétharine qui présentait moins d'effets sur la tension artérielle, l'isoprénaline, l'orciprénaline dont la durée d'action a été jugée trop courte et l'effet bronchodilatateur trop faible. Suivirent la terbutaline et finalement le salbutamol.

Quant aux inhalateurs, ce n'est qu'au milieu du 20<sup>e</sup> siècle (1955) que les plus grandes percées ont été réalisées. Charles Thiel, qui travaillait chez la multinationale Riker (3M), dirigea une équipe qui mit au point le fameux inhalateur pressurisé (pMDIs). C'est le dispositif le plus populaire encore de nos jours avec des ventes annuelles de plus de 400 millions d'unités.

Au début des années 1960, un médecin arménien, le docteur Roger Altouryan, lui-même souffrant d'asthme, testa les bénéfices d'une plante d'origine égyptienne, le khella, d'où fut dérivée la khelline puis la cromone. Ancien pilote de guerre, ses connaissances en aérodynamique l'auraient inspiré pour inventer le Spinhaler, un inhalateur muni d'une hélice qui provoque une turbulence permettant d'administrer des doses plus importantes de médicaments. Il fut mis en marché en 1967.

Un an plus tard, un bronchodilatateur allait devenir celui qui serait le plus prescrit à travers le monde : le salbutamol. Il fut le premier relativement exempt de toute action sur les autres systèmes. Il fut découvert par David Hartley, David Jack, Lawrence Luntz et Alexander Ritchie de la compagnie britannique Allen & Hanburys, une ancienne division de GlaxoSmithKline (GSK) et commercialisé sous le nom de Ventolin.

Bien sûr, par la suite, d'autres inhalateurs furent patentés et mis en marché, mais avec l'arrivée du salbutamol et de divers stéroïdes qui pouvaient être inhalés, la route était ouverte, et les résultats enfin au rendez-vous.

Aujourd'hui, plus de 300 millions de personnes à travers le monde souffrent d'asthme. 🍀

# Recherche en communication de l'Université du Québec à Montréal

**D**ans le cadre d'un questionnement sur l'appropriation des technologies de l'information et les communautés de pratique virtuelle (CoPv) en milieu professionnel, la CoPv d'inhalothérapeutes du Campus OPIQ a fait l'objet d'une recherche en communication de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM).

**Titre:** Dynamiques d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein d'une communauté de pratique virtuelle d'inhalothérapeutes

**Auteurs:** Marise Tétreault, inh., M.A. sous la direction de mesdames Christine Thoër et Florence Millerand, professeures au Département de communication sociale et publique de l'UQÀM.

**Résumé:** si la pratique de l'inhalothérapie requiert des savoirs cliniques et techniques, le partage de savoirs tacites (données intangibles) est tout aussi indispensable que le partage de savoirs explicites (données tangibles) dans le maintien des compétences. L'apprentissage de savoirs est, a priori, du domaine maître-élève, mais les outils de socialisation disponibles sur le Web 2.0 représentent une nouvelle opportunité de partage et de construction de savoirs (constructivisme social des connaissances).

**Objet:** notre recherche a pour objet une communauté de pratique virtuelle (CoPv) d'inhalothérapeutes, utilisateurs d'un forum de discussion et de boîtes à questions, mis en place par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (organisme de réglementation québécois). **Objectif:** dans le cadre d'un questionnement sur l'appropriation des technologies et des CoPv en milieu professionnel, notre recherche étudie l'impact de l'utilisation de deux outils de communication et de collaboration virtuels sur la pratique professionnelle des inhalothérapeutes. **Méthodologie:** notre recherche mobilise une méthode mixte avec un volet qualitatif dominant. Quatre techniques de recueil de données (ethnographie virtuelle, analyse du discours, questionnaire en ligne et entrevue individuelle) sont mobilisées. **Résultats:** les membres de la CoPv se sont appropriés les outils de communication et de collaboration offerts. L'avoir intellectuel de la CoPv est composé de 60 % de savoirs tacites (savoirs expérimentiels) et 40 % de savoirs explicites (savoirs procéduraux), et les savoirs de nature scientifique et référencée sont de l'ordre de 30 %. L'absence de validation des savoirs échangés, laquelle paraît vitale en contexte de soins de santé, semble représenter un frein à l'appropriation des savoirs partagés. Les membres souhaitent que chaque questionnement reçoive minimalement une réponse validée, même si celle-ci n'est que partielle. **Conclusion:** le forum de discussion et les boîtes à questions sont des lieux virtuels d'échanges favorisant la transmission et la construction de savoirs professionnels et ils peuvent permettre l'actualisation et l'uniformité de la pratique professionnelle de l'inhalothérapie. Il serait souhaitable que l'implication des membres de la CoPv soit rehaussée et que les savoirs échangés soient validés en ligne. Des pistes d'amélioration sont proposées afin d'accroître l'efficacité et l'avoir intellectuel de la communauté de pratique virtuelle étudiée.

**Note de l'auteur.** Puisque la collaboration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et de ses membres fut essentielle à la réalisation de ce projet, toute l'équipe de recherche tient à remercier très sincèrement, les

administrateurs de l'OPIQ, sa directrice générale et Secrétaire ainsi que tous les inhalothérapeutes qui ont contribué à faire de ce projet une réalité.

**Mots-clés:** communauté de pratique, usages, savoirs, inhalothérapie

Pour consulter le Mémoire

À ne pas manquer, dans la prochaine édition, les résultats de l'Évaluation des effets d'une formation en ligne sur les pratiques de counselling en abandon du tabac des inhalothérapeutes. Recherche faite par Annie Montreuil, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

## FUTURS RETRAITÉS

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

### Le RIIRS

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

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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

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



# SMAT: des textos pour arrêter de fumer

Source : SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER – DIVISION DU QUÉBEC. 2013. *Info-tabac*, N° 97, juillet-août, p. 4. [En ligne] [http://www.info-tabac.ca/revue97/info-tabac\_no97\_juin2013-ref.pdf] (consulté le 3 septembre 2013). **Reproduction autorisée.**

**A**mener les jeunes fumeurs à écraser grâce aux nouvelles technologies : tel est le pari du Service de messagerie texte pour arrêter le tabac (SMAT).

La Division du Québec de la Société canadienne du cancer (SCC) profite de l'engouement des jeunes adultes pour les téléphones cellulaires pour les aider à cesser de fumer. Plus précisément, la SCC a lancé le SMAT : un service automatisé qui envoie des textos aux fumeurs pour les aider à se débarrasser de la cigarette.

### Les jeunes adultes : des fumeurs difficiles à joindre

Ce service, soutenu financièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, s'adresse tout particulièrement aux 18 à 24 ans. Cela est justifié : 32 % d'entre eux sont accros au tabac, contre 20 % des Québécois, rapporte Statistique Canada. Or, les jeunes utilisent peu les aides classiques à la cessation, comme la ligne j'Arrête, le site Web [www.jarrete.qc.ca](http://www.jarrete.qc.ca) ou les centres d'abandon du tabagisme.

Pourtant, les amener à écraser est important, explique Jacinthe Hovington, directrice de la Prévention du cancer et de la promotion de la santé à la SCC. « C'est l'âge où l'on passe généralement de fumeur occasionnel à vrai fumeur », dit-elle.

### Des messages textes sur mesure

Concrètement, ceux qui s'abonnent au SMAT reçoivent gratuitement, pendant six mois, un minimum d'environ 80 messages textes comportant des encouragements, des informations ou des astuces. Ainsi, trois jours avant la date d'arrêt qu'ils ont choisie, le SMAT leur envoie le texto suivant : « Allez hop ! Aux poubelles les cendriers, briquets et clopes ! Jette-les tous, sans pitié ! Mwahaha :P ». On le voit : une attention particulière a été portée aux énoncés, afin qu'ils ne soient ni moralisateurs ni assommants et séduisent les jeunes adultes.

Les usagers qui vivent une situation stressante ou à risque peuvent recevoir, en plus, des messages taillés sur mesure. Par exemple, s'ils tapent un message comportant le mot « stress », un service automatisé leur envoie un texto les invitant à inspirer et à expirer lentement. Une vingtaine de mots-clés enclenche des textos de type « réactifs », dont « distraction », « envie » et « party ».

Les usagers du SMAT peuvent choisir un ou plusieurs profils — comme « humeur maussade » ou « consommateur de café, alcool, cannabis ou autres » — afin de recevoir automatiquement des textos additionnels. Enfin, ceux qui textent le SMAT pendant les heures de bureau en posant une question ou en adoptant un ton conversationnel recevront une réponse personnalisée d'un spécialiste de la ligne j'Arrête.

En dernier lieu, le SMAT offre aussi un site Web qui donne des informations sur le sevrage, la cessation tabagique et l'industrie du tabac.

### Un modèle qui fonctionne

Le SMAT a été développé par la Division de l'Ontario de la SCC. Avant de le lancer ici, la Division du Québec l'a soumis à deux projets pilotes. « Nous l'avons d'abord testé pour savoir s'il intéresserait les fumeurs de chez nous, puis nous avons mesuré son impact sur la cessation tabagique », explique Jacinthe Hovington.

Les résultats ont été très encourageants : trois mois après la fin du programme, entre 22 % et 25 % des usagers n'avaient pas retouché au tabac. Selon d'autres études, ces textos doublent quasiment les chances que, jusqu'à sept semaines après la fin du programme, un ex-fumeur n'ait pas repris la cigarette. Bref, le SMAT obtient un taux de cessation équivalent ou meilleur que les autres méthodes de cessation. Mieux : un sondage de la SCC – Division du Québec montre que 87 % des participants aux projets pilotes ont jugé le service utile et que 94 % le recommanderaient à des amis. Ne reste plus qu'à souhaiter longue vie au SMAT!

Pour plus d'information : [www.smat.ca](http://www.smat.ca)

**opiQ**  
Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

**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.



## L'ORDRE Y ÉTAIT

- Assemblée générale annuelle et rencontre du conseil d'administration du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS);
- Groupe de travail du Collège des médecins du Québec sur les soins du sommeil;
- Assemblée générale annuelle du Conseil québécois d'agrément;
- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)
  - Groupes de travail :
    - Inspection et discipline;
    - projet de loi omnibus;
    - Exercice en société;
  - Forum des directions générales;
  - Assemblée générale des membres;
  - Colloque des dirigeants des ordres professionnels;
- Rencontre avec les délégués inhalothérapeutes de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire (ANORTR);
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) – rencontre avec la présidente;
- Ministère de la Santé et de Services sociaux – rencontre avec le ministre de la Santé;
- Groupe de travail CMQ-OPIQ-OIIQ sur les lignes directrices conjointes en sédation-analgésie;
- Rencontre avec l'Office des professions;
- Rencontre avec le Collège des médecins;
- Colloque des éducateurs en inhalothérapie.

## FORMATION À DISTANCE

*Développez vos connaissances cliniques avec...*

### LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



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

### LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

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

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



**Université du Québec  
en Abitibi-Témiscamingue**

*Renseignez-vous!*

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



## Calendrier des événements

- 1 40<sup>e</sup> édition du congrès annuel des inhalothérapeutes du Québec, les 4 et 5 octobre 2013 au Fairmont le Reine Elizabeth à Montréal;
- 2 Semaine de l'inhalothérapeute du 6 au 12 octobre 2013;
- 3 Journée de formation en don d'organes et de tissus, 25 octobre 2013;
- 4 Colloque Montérégien d'inhalothérapie, 26 octobre 2013;
- 5 Semaine des thérapeutes respiratoires du 27 octobre au 2 novembre 2013;
- 6 Semaine nationale de la sécurité des patients du 28 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2013;
- 7 Congrès québécois en santé respiratoire (2<sup>e</sup> édition) les 14 et 15 novembre 2013;
- 8 17<sup>e</sup> Journées annuelles de santé publique, du 25 au 27 novembre 2013;
- 9 Semaine pour un Québec sans tabac, 19 au 25 janvier 2014.
- 10 Colloque des services respiratoires du CHU de Québec, 5 avril 2014 à Québec.

## Nouveauté

### Forum des gestionnaires

Tous les inhalothérapeutes, gestionnaires d'un service d'inhalothérapie, sont invités à joindre le forum des gestionnaires, lequel est maintenant accessible sur le *Campus OPIQ*.

Créé à la demande de deux inhalothérapeutes, ce lieu de rencontre virtuel se veut un lieu de partages et de discussions entre gestionnaires sur différents sujets d'intérêt ou d'actualité.

Pour joindre ce forum, veuillez contacter par courriel, madame [Marise Tétreault](#), coordonnatrice au développement professionnel.

## Avis de décès

Nous désirons vous informer du décès de madame Annie Beaufort (91064), inhalothérapeute au CLSC des Patriotes à Beloeil. Nos sincères condoléances à sa famille, ses amis et ses collègues.

## Info-Mobinaute

### Une application iPhone pour l'échographie ciblée

Deux médecins de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdeM) ont lancé leur application *iPhone* pour encourager l'utilisation de l'échographie ciblée dans les services des urgences. Très novatrice, cette application est l'une des rares en médecine à proposer du matériel totalement exclusif, qui n'est pas la reproduction d'un livre en version numérique.

Ce nouvel outil de formation, baptisé *Echo-Guided Life Support* (EGLS – en anglais seulement), est le fruit du travail de Maxime Valois, professeur adjoint de clinique, et de Jean-François Lanctôt, chargé d'enseignement à l'UdeM.

S'intéressant depuis 2005 à l'échographie ciblée, ils trouvaient cependant que la formation dispensée à ce sujet présentait des lacunes, surtout en ce qui avait trait à l'échographie ciblée en situation de choc. En 2009, ils décident donc de monter leur propre cours. Pour le D<sup>r</sup> Lanctôt, l'échographie ciblée est maintenant « un outil de diagnostic au même titre que le stéthoscope. Si l'auscultation permet de déceler une maladie cardiaque, avec l'échographie ciblée, on peut en avoir la confirmation sur-le-champ. Ce sont nos yeux dans le corps humain ».

L'originalité de leur approche suscite beaucoup d'intérêt. Toutefois, leur cours comporte énormément de matière. Devant cette masse d'information, les deux collègues ont décidé de lancer une application mobile regroupant l'essentiel de leur formation. « On l'a d'abord conçue comme un aide-mémoire, mais l'objectif est aussi de promouvoir l'échographie ciblée en médecine d'urgence », mentionne le D<sup>r</sup> Lanctôt.

**Ne manquez pas les conférences du D<sup>r</sup> Marc-Jacques Dubois, intensiviste, sur les chocs et du D<sup>r</sup> Bruno Morin, radiologiste, sur l'utilité de l'échographie en situation de choc au congrès de l'OPIQ!**







## Formation continue

Nouvelle activité de formation en ligne

OPIQ-703: Démystifier la trachéostomie (en ligne)

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

### Activités de formation externes à l'OPIQ

#### 1. Journée de formation en don d'organes et de tissus

Date : 25 octobre 2013

Lieu : Holiday Inn Midtown, Montréal

#### 2. Colloque Montérégien d'inhalothérapie

Date : 26 octobre 2013

Lieu : Espace Rive-Sud (golf La Prairie)

#### 3. Microprogrammes en pédagogie des sciences de la santé du centre de pédagogie des sciences de la santé (CPSS) de l'Université de Sherbrooke

- Microprogramme de 2<sup>e</sup> cycle en pédagogie des sciences de la santé
- Microprogramme de 3<sup>e</sup> cycle en pédagogie des sciences de la santé

#### 4. Colloque L'enfant qui respire mal

Date : 22 novembre 2013

Lieu : Manoir des Sables, Magog-Orford

Inscription par la poste ou en ligne

#### 5. Congrès québécois en santé respiratoire (2<sup>e</sup> édition)

Date : 14 et 15 novembre 2013

Lieu : Hôtel Crowne Plaza, Montréal (Ville Saint-Laurent)

Ce congrès est organisé par le Réseau de santé respiratoire (RSR)-Fonds de recherche du Québec (FRQ), en collaboration avec l'Association des pneumologues de la province du Québec (APPQ), l'Association pulmonaire du Québec (APQ) et le Réseau québécois en asthme et MPOC (RQAM).

#### 6. 2<sup>e</sup> Colloque du Centre d'excellence en santé cognitive (CESCO) du RUIS de Montréal : « Ensemble dans l'action : les outils en soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ».

Date : 24 et 25 octobre 2013

Lieu : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Objectifs du colloque :

- enrichir les compétences des professionnels de la santé au moyen d'outils cliniques et organisationnels pertinents pour assurer le bien-être des individus aux différents stades de la maladie ;
- au-delà des considérations diagnostiques et pharmacologiques standards, offrir des interventions multidisciplinaires adaptées favorisant le respect de l'autonomie, des droits et de la dignité de la personne atteinte ;
- bénéficier de l'expérience des experts dans le domaine pour améliorer son raisonnement clinique dans l'approche, l'évaluation et l'intervention dans le cadre de situations cliniques complexes.

#### 7. Approche adaptée à la personne âgée : activité organisée par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

Dates :

- 10 octobre 2013 (formation en salle)
- 22 octobre 2013 (visioconférence)
- 21 novembre 2013 (formation en salle)
- 5 décembre 2013 (formation en salle)

Lieu : Hôpital du Saint-Sacrement, Québec

Informations et inscription ou Pascale Llobat : 418 682-7511, poste 4432

#### 8. Intervenir auprès des personnes âgées ayant des capacités réduites de communication suite à un AVC : activité organisée par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

Date : 28 novembre 2013 (formation en salle)

Lieu : Hôpital du Saint-Sacrement, Québec

Informations et inscription ou Pascale Llobat : 418 682-7511, poste 4432

#### 9. Le don d'organes

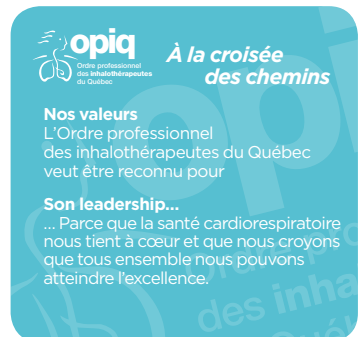
Formation en ligne, offerte gratuitement par Transplant Québec, qui s'adresse aux inhalothérapeutes, aux infirmières et aux médecins.

## Bourse d'excellence 2013

L'OPIQ octroie une bourse à un étudiant de chaque maison d'enseignement qui offre le programme *Techniques d'inhalothérapie et anesthésie*. L'attribution de la bourse est basée sur des critères établis par chaque collège. Le montant de cette bourse est de 400 \$ et elle est attribuée à une personne s'étant démarquée au cours de sa formation.

### Félicitations aux finissants 2013 :

- Mélanie Tremblay (13150) du Cégep de Chicoutimi
- Hajar Mahmoud (13143) du Cégep de l'Outaouais
- Sandra Bédard-Larente (13096) du Cégep de Rosemont
- Janyline Gaucher (13088) du Cégep de Sherbrooke
- Cynthia Carbonneau (13076) du Cégep de Sainte-Foy
- Amma Philip (13033) du Collège Vanier





NE REMPLISSEZ PLUS DE COUPON-RÉPONSE  
VOUS DEVEZ MAINTENANT RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE  
EN LIGNE SUR LE *CAMPUS OPIQ*

# QUESTIONNAIRE

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

Questions relatives au texte sur *L'asthme à travers le temps* en pages 34-36.

01

Qui, parmi les personnes suivantes, a été la première à décrire que l'asthme résultait d'un bronchospasme et d'une inflammation des bronches ?

1. Moïse Maïmonide
2. Jokishi Takamine
3. Tibérius Cavallo
4. René Laennec
5. Henry Hide Salter

02

Parmi les personnes suivantes, qui est le concepteur du premier inhalateur permettant l'utilisation des médicaments en poudre ?

1. Alfred Newton
2. Charles Thiel
3. Roger Althoungyan
4. Gordon Alles
5. Bernardino Ramazzini

03

Parmi les personnes suivantes, qui est le concepteur de l'inhalateur pressurisé (pMDIs) ?

1. Alfred Newton
2. Roger Althoungyan
3. Charles Thiel
4. Gordon Alles
5. Bernardino Ramazzini

04

Parmi les personnes suivantes, laquelle a été la première à associer l'asthme à une maladie professionnelle ?

1. Alfred Newton
2. Roger Althoungyan
3. Charles Thiel
4. Gordon Alles
5. Bernardino Ramazzini

05

Parmi les personnes suivantes, qui est l'inventeur du *Spinhaler* ?

1. Alfred Newton
2. Roger Althoungyan
3. Charles Thiel
4. Gordon Alles
5. Bernardino Ramazzini

06

Quel est le nom de la plante dont l'inhalation, bien que connue en Inde à l'Antiquité, revint à la mode au 19<sup>e</sup> siècle ?

1. *Ephedra sinica*
2. Stramoine commune
3. *Ephedra vulgaris*
4. Jusquiame noire
5. Khella

07

VRAI ou FAUX

C'est en 1860 que fut écrit le premier traité sur l'asthme.

08

VRAI ou FAUX

C'est en 1968 que le *Ventolin* est devenu le bronchodilatateur le plus prescrit à travers le monde.

09

VRAI ou FAUX

La thérapie par inhalation remonte à aussi loin que 2600 av. J.-C.

10

VRAI ou FAUX

C'est en cherchant un dérivé de l'atropine que fut créée l'amphétamine.



**Bienvenue  
en  
famille!**



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



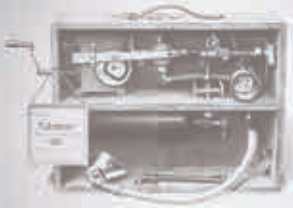
T. 1.800.667.6276  
E. info@bomimed.com

[www.bomimed.com](http://www.bomimed.com)

**Ventilation  Intelligente**

*S'il vous plaît, notez que les produits peuvent pas être disponible dans toutes les régions.  
Nous nous réservons le droit de modifier les spécifications sans préavis.*

## Inspirés par notre histoire, conçus pour l'avenir



Dräger Pulmotor, vers 1907



Carina®  
Non invasif



Dräger Babylog® VN500  
Soins néonataux



Dräger Savina® 300  
Soins de courte  
durée/aux malades  
chroniques



Dräger Evita Infinity® V500  
Soins critiques



Oxylog® 3000 plus  
Transport

### Découvrez notre portefeuille passionnant de produits de soins respiratoires

Chez Dräger, les investissements continus que nous effectuons en R&D nous ont permis de rafraîchir notre portefeuille en entier, avec la collaboration d'inhalothérapeutes et de médecins de partout dans le monde. Alors, peu importe ce dont vous avez besoin, Dräger a la bonne solution pour vous, chacune s'appuyant sur un héritage de confiance. C'est pourquoi Dräger continue d'être en tête de l'industrie, non seulement en matière de produits innovants mais aussi en matière de service et de soutien inégalé.

VISITEZ [WWW.DRAEGER.COM](http://WWW.DRAEGER.COM) POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Dräger. La technologie pour la vie.