l'inhalo

juillet 2014



DOSSIER

EMBARQUEMENT IMMÉDIAT
LES RISQUES DU TRANSPORT AÉRIEN

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES
VENDREDI 31 OCTOBRE 2014 À 8 h

opiq
Ordre professionnel des **inhalothérapeutes** du Québec

volume numéro
31.2

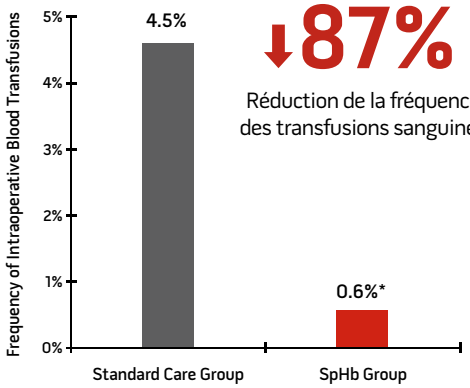
Optimisez les décisions de transfusion

avec le monitorage de l'hémoglobine non invasive et en continue (SpHb®)



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

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

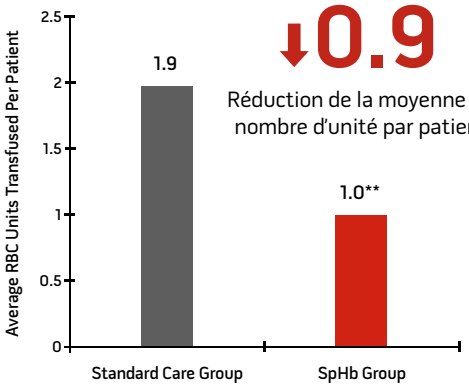


↓87%

Réduction de la fréquence des transfusions sanguines

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

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



↓0.9

Réduction de la moyenne du nombre d'unité par patient

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

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

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

MASIMO

888-336-0043 | www.masimo.com

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

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

© 2014 Masimo. All rights reserved.

ÉDITORIAL



Un réseau à repenser ; un virage à prendre !

Comme vous le savez sans doute, le système de santé québécois gruge plus de 10 % de l'économie et engage près de la moitié des dépenses des programmes gouvernementaux de notre belle province. Rien d'étonnant, donc, à ce que chaque gouvernement tente de réformer ce système.

Or, récemment, j'ai assisté au *Premier rendez-vous national sur l'avenir du système public de santé et de services sociaux* organisé par l'AQESS, la CSN et l'Institut du Nouveau Monde. Y participaient presque tous les acteurs majeurs de notre système, d'ailleurs conviés à débattre des enjeux prioritaires.

Que de discussions ! Mais, au fond, tous convenaient de l'urgence d'agir pour assurer la pérennité de notre réseau. Plusieurs enjeux ont été identifiés. Le maintien d'une loyauté de la part des employés et des professionnels de la santé, la gouvernance de nos organisations, le déploiement d'une première ligne forte, la collaboration, non seulement du point de vue interprofessionnel, mais institutionnel également, le patient partenaire, l'informatisation, le financement, pour n'en nommer que quelques-uns.

Il appert — encore et toujours ! — que des actions devront être prises pour « soulager » le système et surtout le rendre plus efficient.

L'un des moyens est sans nul doute le déploiement d'une première ligne efficace et réelle ; déploiement, convenons-en, qui accuse un retard par rapport au reste du Canada. Un système efficient repose en effet sur une première ligne forte ! Ainsi, la promotion et la prévention constituent-elles un levier fort intéressant pour réduire la pression sur notre réseau.

À cet égard, les inhalothérapeutes doivent s'impliquer dans les soins de première ligne et y participer activement, afin de maintenir leur *leadership* clinique, auprès des patients atteints de maladie cardiorespiratoire bien sûr, mais aussi au sein de l'équipe interprofessionnelle.

Voilà tout un défi pour les inhalothérapeutes qui sont d'ordinaire plus attirés par les secteurs de l'urgence, du bloc opératoire et des soins intensifs.

En ce sens, nous devons tout mettre en œuvre pour optimiser les pratiques cliniques, les modalités d'organisation du travail et des soins à prodiguer et réaliser des expériences novatrices. Rien de nouveau sous le soleil n'est-ce pas ? Mais aurons-nous le courage de faire les choix qui s'imposent ?

Bref, peu importe l'ampleur de la réforme, elle ne pourra se faire que si tous les acteurs du réseau unissent leur force et leurs idées pour offrir à la population, qui est en droit de s'y attendre, des soins et des services de qualité.

Un automne chaud en perspective, mais dans l'intervalle, profitons des joies que nous offre la période estivale, souvent trop courte, pour faire le plein de vitamines et d'énergie. Bon été à tous !



Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire









Éditorial 3

Avant-propos 4

Mot du président 6

Dossier
Embarquement immédiat, les risques du transport aérien
Y a-t-il un médecin dans l'avion ? Non, mais il y a un inhalothérapeute ! 8
Transférer un nouveau-né : risqué ou pas ? 16

Lauréats 2014 20

Info-légal 29

Finances 30

Actualités
La cessation tabagique et le modèle transthéorique 24
La formation en ligne pour améliorer les pratiques de counseling en abandon du tabac 26
La sclérose latérale amyotrophique 32
Profession : inhalothérapeute 36

À l'avant-scène 37

Entrecroisé 41

Babillard 42

Questionnaire formation continue 44

sommaire



AVANT-PROPOS

Ah ! les voies aériennes…

L'été est enfin arrivé ! C'est la saison des vacances, des escapades en famille et des voyages découverte. Devenu commun, l'avion de ligne s'avère un moyen de transport sûr et le trafic aérien s'est considérablement développé ces dernières années. Toutefois, les voyages aériens, en particulier sur de longues distances, exposent les passagers à divers phénomènes — modifications de la pression barométrique et de l'hygrométrie, température froide, stress —, qui peuvent nuire à leur santé et à leur bien-être et qui sont à l'origine des principaux problèmes médicaux rencontrés. Un vol sur 604 serait troublé par une urgence médicale. Même s'ils sont en hausse, les cas graves restent minoritaires, selon une récente étude publiée dans le *New England Journal of Medecine*.

Parce que la physiologie respiratoire et le comportement des gaz en altitude sont responsables de la majeure partie des problèmes de santé rencontrés en vol, nous en avons fait le thème de cette édition estivale. Nous vous proposons un texte signé par Dr François Marquis, interniste intensiviste à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui se veut un résumé de sa conférence offerte en clôture dans le cadre du congrès 2013. Le second texte, écrit par un professeur du Cégep de l'Outaouais, aborde, quant à lui, les risques associés au transfert d'un nouveau-né.

Congrès annuel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires

Les inhalothérapeutes du Québec ne sont pas passés inaperçus lors de l'événement qui a eu lieu à Montréal en mai dernier ! En effet, après la victoire éclatante d'un duo d'inhalothérapeutes du Cégep Vanier aux *Olympiades de l'intubation*, notre directrice générale a reçu, lors du banquet de clôture, le *Prix du président* 2014 soulignant son *leadership* et son implication à titre de membre fondatrice de l'*Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire*. Découvrez les autres lauréats en page 20. Nos plus sincères félicitations !

Sur cette note positive, que votre été soit à la fois reposant et ressourçant, question de recharger vos batteries. Bonnes vacances !

Line Prévost, inh., réd. a.
Coordonnatrice aux communications

VERSION INTERACTIVE
Repérez ces icônes qui indiquent des liens

courriel — texte hyperlié — page hyperliée



l'inhalo

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

Président
Jocelyn Vachon, inh., D.E.S.S. en enseignement collégial

Administrateurs
Josée Boudreault, inh., Brigitte Fillion, inh., Roselyne Hétu, inh., Francine LeHouillier, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., Julie Roy, inh., France St-Jean, inh., Isabelle Truchon, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

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

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Président
Jocelyn Vachon, inh., D.E.S.S. en enseignement collégial

1re vice-présidente
Michèle Vincent Félix, inh.

2e vice-présidente
Francine LeHouillier, inh.

Trésorière
Annie Quenneville, 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
Me Andrée Lacoursière, D.E.S.S. droit et politiques de la santé

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

Coordonnatrice aux communications
Line Prévost, inh., réd. a.

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

Coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

Chargée de projet
Élaine Paré, inh., M.A.

Secrétaire de direction
Clémence Carpentier

Secrétaire à l'inspection professionnelle
Marie Andrée Cova

Secrétaire à l'accueil et services aux membres
Lise Lafrance

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

COMMUNICATIONS

Responsable
Line Prévost, inh., réd. a.

Collaborateurs
Jacques Beaulieu, écrivain, Me Maria Gagliardi, Sonia Gauvreau, inh., Maxime Hébert, inh., Me Andrée Lacoursière, Dr François Marquis, Annie Montreuil, Charles Paiement, conseiller en placement, Élaine Paré, inh., Hélène Poirier, Marise Tétreault, inh. M.A., Dre Michèle Tremblay, Jeremy Wiggins, inh.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2014
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 et traduction
Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ
Manon Prud'Homme, Photo Gariépy

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

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

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

Envoi de publication : contrat nº 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.



Distribué par Cardinal Health Canada

Respirateur Flight60® : sûr, intuitif et mobile

Le respirateur Flight60® associe des capacités de surveillance à la fine pointe de la technologie au chevet du patient et lors des déplacements. En effet, il s'agit d'une nouvelle solution portative des plus intéressantes répondant aux besoins des hôpitaux en matière de transport, des unités de transition ainsi que des patients utilisant un respirateur à la maison.

Solution de ventilation complète :

- Enfants à adultes : de 30 mL à 2,2 L
- Options de circuits à une ou deux voies
- Connexion pour nébuliseur – synchronisation et compensation volumique
- Modes de ventilation évolués
  - Pression et volume
  - Mode de ventilation à volume garanti
  - Biphasique
  - Effractif et non effractif
- Ensemble complet de graphiques – affichage des formes d'ondes et des boucles

Caractéristiques :

- Léger, petit et compact (environ 6 kg ou 13 lb)
- Facile à utiliser grâce à son écran couleur tactile de 18 cm (7 po)
- Durée de la pile de 12 heures
- Surveillance du volume expiré
- Capteur d'oxygène intégré
- Fonctions de pression élevée et d'administration d'oxygène à bas débit, y compris une fonction de surveillance de la FiO_2 interne
- Options multiples pratiques pour le transport, y compris des supports et des sacs pour fauteuil roulant

La marque de commerce Flight60® appartient à Flight Medical Innovations Ltd.

CardinalHealthCanada

cardinalhealth.ca

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :
Christy-Ann Zunti
Thérapeute respiratoire autorisée
Christy-ann.zunti@cardinalhealth.ca
Tél. : 604.369.6320

FLIGHT60-Fr_INHALO_CHC_14-037-2



MOT DU PRÉSIDENT

Ce n'est pas tout, le savoir-faire. *Encore faut-il le faire savoir.*

Eric-Emmanuel Schmitt[1]

En mai dernier, nous étions tous conviés au congrès annuel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, pour prendre part à un événement historique : la célébration pancanadienne des 50 ans d'existence de notre profession, laquelle a commencé ici même, au Québec. C'était aussi mon premier congrès à titre de président de l'OPIQ. Permettez que je partage ici ma fierté, non seulement d'appartenir à la communauté québécoise des inhalothérapeutes, professionnels dynamiques et engagés, mais aussi de la représenter.

Ces trois jours m'ont offert l'occasion unique d'échanger avec des pairs provenant des quatre coins du vaste territoire canadien et d'assister à des conférences intéressantes, variées et de haut niveau. La programmation scientifique explorait de nombreux domaines de la pratique tels que l'éducation, l'encadrement de stagiaires et la formation continue, l'administration et la gestion, sans oublier les différents secteurs d'activités cliniques. Il était impossible de ne pas y trouver son compte. Une chose m'a cependant frappé : l'enthousiasme de chacun — conférenciers, congressistes et exposants —, à partager les connaissances et l'expertise développées, soit par la recherche, soit par les acquis expérientiels. Ces transferts de savoirs sont essentiels et favorisent la constante évolution de notre profession vers de nouvelles perspectives cliniques et assurent la prestation de soins de qualité, pour le bien-être de nos patients.

J'ai également assisté au concours *Place à la relève*. Cette joute oratoire offre une opportunité de choix aux étudiants de partager avec leurs futurs collègues une partie des apprentissages acquis pendant leur formation. Ces jeunes m'ont étonné ! Avec une relève comme celle-là, l'avenir de la profession est assuré ! Je félicite tous les participants pour leur performance et la qualité des travaux présentés. Je salue l'équipe du Collège de Valleyfield, lauréate pour le Québec de la bourse de 2000 $ offerte par la FIQ, grâce à leur projet de promotion de l'inhalothérapie auprès des jeunes.

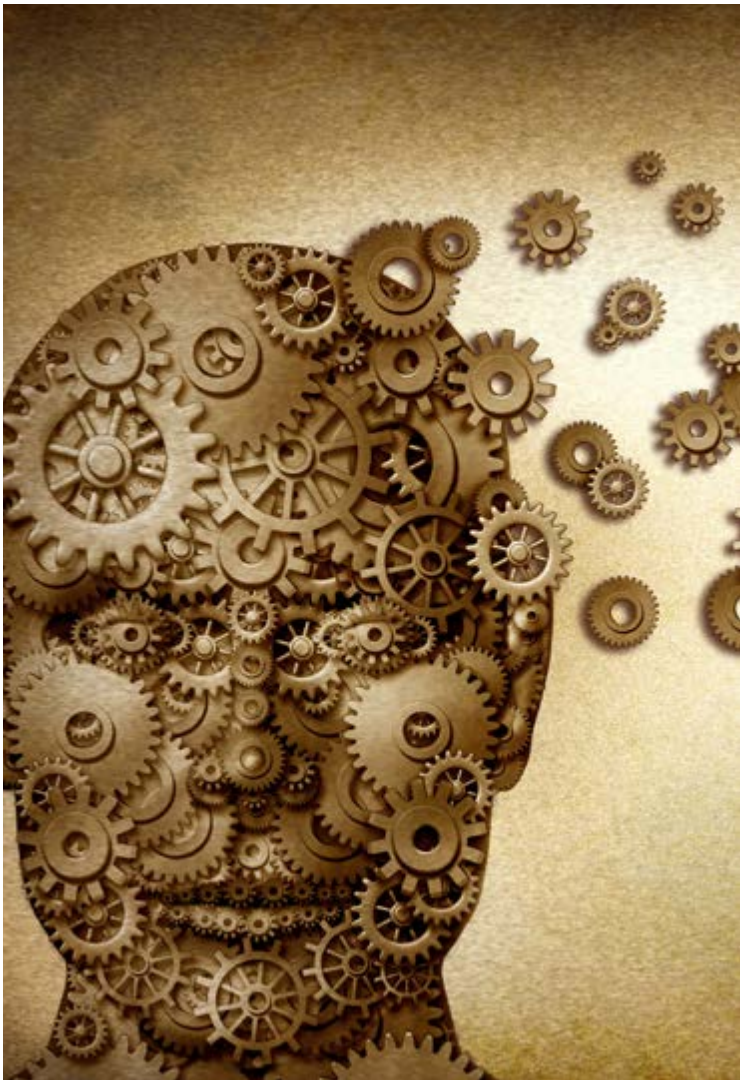
La période estivale en est une de renouveau pour les milieux cliniques, car c'est le moment où de nouveaux inhalothérapeutes, en provenance de différents horizons, s'intègrent à nos équipes de travail. Il s'opère alors un important échange de connaissances et d'expertise, d'une richesse inestimable, des inhalothérapeutes expérimentés vers les finissants pour favoriser leur intégration au milieu du travail. Ainsi, à votre contact, ces jeunes perfectionneront leur savoir-faire et leur savoir-être. En retour, ces derniers partageront volontiers avec vous les savoirs récemment acquis et leurs découvertes, lectures et études scientifiques.

En terminant sur ce thème du partage, je vous souhaite un bel été rempli de moments agréables avec vos proches et qui, je l'espère, saura vous préparer à la rentrée automnale toujours effervescente !



Jocelyn Vachon, inh., D.E.S.S. en enseignement collégial
Président

1 Auteur français (1960–). Citation tirée de *La part de l'autre* (2001).



Banque Nationale	31
CardinalHealthCanada	5
CAREstream	17
Covidien	15
FIQ	39
FSQ/CSQ	23



A WORD FROM THE PRESIDENT

Ce n'est pas tout, le savoir-faire.
Encore faut-il le faire savoir.

Eric-Emmanuel Schmitt[1]



Last May, we were all invited to the annual conference of the Canadian Society of Respiratory Therapists, to take part in an historical event: the Pan-Canadian celebration of the 50th anniversary of our profession, which began right here in Québec. It was also my first conference as OPIQ's president. Allow me to share my pride, not only of being part of Québec's respiratory therapists' community, dynamic and dedicated professionals, but also of representing them.

Those three days have allowed me the unique chance to exchange with colleagues from all corners of our vast territory and to attend interesting, varied, and high level presentations. The scientific program explored many fields of our practice such as education, training and supervizing interns and continuing education, administration and management, without forgetting the many fields of clinical activities. There was something for everyone. However, something struck me: the enthusiasm of all—invited speakers, participants at the conference, and exhibitors—to share the knowledge and expertise acquired either through research or practical experience. These transfers of knowledge are essential and contribute to the constant evolution of our profession toward new clinical prospects and ensure that quality care is provided for the well-being of our patients.

I was also able to see the *Place à la relève* contest. This oratory game is a great opportunity for students to share with their future colleagues a part of what they learned in their training formation. These students amazed me! With a relief like this one, the future of our profession is assured! I congratulate all the participants for their performance and the quality work they presented. I salute the team of Collège de Valleyfield, Québec's winner of the FIQ's $2,000 bursary, for their project of promoting respiratory therapy to the young.

Summertime means a time of renewal in clinical centres because it is when new respiratory therapists, from different horizons, join work teams. An important transfer of knowledge and expertise takes place, of an invaluable richness, between experienced respiratory therapists and interns to facilitate their integration in the working environment. This way, by being in contact with you, they will improve their know-how and their people skills. In return, they will gladly share with you their knowledge of the latest discoveries, scientific literature and studies.

While on the topic of sharing, let me wish you a beautiful summer filled by great moments with your loved ones that will, I hope, prepare you for the ever effervescent fall season!

Jocelyn Vachon, inh., D.E.S.S. en enseignement collégial
President

1 French author (1960–). Quote taken from *La part de l'autre* (2001). (*Know-how is not enough. You also have to let it be known.* [Our translation])

index des annonceurs

Hollister	19
La Capitale	29
Maquet-Dynamed	45
Masimo	2
Novartis	11, 46
RIIRS	27
UQAT	35



compétence 5

Y a-t-il un médecin dans l'avion ? **Non, mais il y a un inhalothérapeute !**

par **François Marquis**, m.d., M.A., FRCPC, intensiviste, interniste à Hôpital Maisonneuve-Rosemont, directeur médical, Centre de simulation CASSAT et professeur agrégé de clinique, Université de Montréal.



Bien que le personnel en vol peut généralement s'occuper des urgences, il n'est pas rare que l'on fasse appel au personnel médical pour de l'assistance. Il est important de réaliser que si plusieurs problématiques peuvent être évitées par un peu de prévoyance, plusieurs urgences sont causées par des facteurs propres à l'altitude et au stress causé par l'avion. L'hypoxie et l'expansion des gaz sont deux problèmes réels et les passagers les plus vulnérables sont ceux qui ne seront pas en mesure d'augmenter leur ventilation minute une fois l'altitude de croisière atteinte. Pour répondre à une urgence en vol, il est important de procéder, après l'obtention d'un consentement, en équipe avec le personnel de bord et en demeurant dans sa zone de compétence. La législation est complexe à interpréter, mais protège bien l'intervenant à certaines conditions facilement atteignables. Les principes de traitement en vol demeurent les mêmes qu'au sol, seuls les moyens y sont plus limités.

Even though in-flight personnel can generally take care of emergencies, it is not unusual that medical personnel is called upon for assistance. It is important to realize that if some problems may be avoided with a bit of foresight, many emergencies are caused by factors related to altitude and the stress induced by flying. Hypoxia and gas expansion are two real problems and the most vulnerable passengers are those who may be unable to increase their ventilation per minute rate once cruising altitude has been reached. To respond to an in-flight emergency, it is important to proceed, after obtaining consent, with the aid of the on-board personnel and by keeping within your field of expertise. Legislation is hard to interpret but it protects the person who intervenes in some easily attainable conditions. In-flight treatment principles remain the same as on the ground, only the means to apply them are more limited.

Introduction

Les urgences médicales lors des vols commerciaux ne sont pas un phénomène nouveau. Au début de l'aviation commerciale, les premières « hôtesses de l'air » devaient détenir un diplôme d'infirmière avant de pouvoir travailler. Ce qui a changé, c'est la clientèle des compagnies aériennes. Alors que les voyages étaient d'abord réservés à une classe plus aisée et dans la force de l'âge, les vols se sont démocratisés pour permettre à de plus en plus de retraités et de familles avec de jeunes enfants de voyager dans un contexte de retraite ou de vacances.

En outre, avec l'augmentation du nombre d'avions et du temps de vol, à chaque instant, le nombre de passagers en transit se chiffre en millions. Sur les centaines de milliers de vols quotidiens, il n'y aurait, selon les statistiques, que quelques dizaines d'urgences médicales ; la plupart n'ayant que peu ou pas d'impact sur le vol comme tel. Malgré tout, il est vrai que les urgences sévères s'avèrent plus fréquentes. On parle de 15 à 100 urgences médicales par million de passagers et de 0,1 à 1 décès par million de passagers. Il existe un flou sur la précision de ces chiffres, mais la compagnie *Medlink* qui gère une majorité des appels de détresse concernant les urgences médicales en vol répondrait à une soixantaine d'appels par jour.

Les urgences en vol peuvent s'y produire par simple coïncidence. Par exemple, la manifestation d'une malaria dont l'incubation aurait débuté pendant les vacances. Cependant, la plupart des incidents en vol ont un lien soit avec le stress physiologique causé par l'avion, soit avec les effets de l'altitude. Nous détaillerons ces effets un peu plus loin.

Maladies avec lesquelles il vaut mieux de ne pas s'envoler

Le meilleur traitement demeure la prévention ! Vous serez peut-être sollicités par des connaissances ou des membres de votre famille pour savoir s'ils peuvent, sécuritairement ou non, prendre l'avion. Dans le doute, toujours les diriger vers un médecin spécialisé dans le domaine, habilité à les conseiller. De façon générale, un patient ne devrait pas voyager avec une condition instable. La plupart des compagnies d'assurances ont d'ailleurs des chartes spécifiant les durées minimales pendant lesquelles la médication ne doit pas avoir changé et que le patient ne doit pas avoir été hospitalisé.

Il faut savoir que la présence connue d'une bulle de gaz dans un espace clos (pneumothorax, médiastin, œil, cerveau, dent, etc.) est généralement une contre-indication absolue. Ces conditions se retrouvent souvent après une chirurgie. L'exception demeure les laparoscopies, puisque le CO_2 injecté est rapidement éliminé par le corps dans les premiers 48 heures.

Les maladies cardiovasculaires aiguës (angor instable, infarctus avec traitement percutané, AVC, pontages sans complication) sont une contre-indication aux vols commerciaux pour un minimum de deux semaines, mais jusqu'à six semaines dans les cas plus complexes.

Pour les problèmes respiratoires connus, l'incapacité de marcher d'un pas normal sur 50 m ou l'incapacité de monter un palier d'escalier devrait être prise très au sérieux. Des tests complémentaires sont disponibles, mais d'une valeur limitée, car ils n'induisent pas exactement les changements physiologiques en vol.

« Une grosse partie des problèmes de santé qui se manifestent en vol résultent de la physiologie respiratoire et du comportement des gaz en altitude. »

Ainsi, une PaO_2 au sol, au repos, sous la barre des 70 mmHg ou une PaO_2 < 55 mmHg en respirant un mélange de 85 % d'azote et 15 % d'oxygène (test *HAST : Hypoxia Altitude Simulation Test*) sont d'excellents prédicteurs d'un besoin d'oxygène lors du vol.

Bien que l'oxygène soit disponible (habituellement gratuitement) lors des vols, il faut connaître quelques détails. D'abord, le transporteur doit la plupart du temps être avisé au moins 48 heures à l'avance. Ensuite, l'oxygène sera fourni de la porte d'embarquement du point de départ jusqu'à la porte d'embarquement de la destination. Si le voyageur a besoin d'oxygène en permanence, il devra s'assurer par ses propres moyens d'avoir l'oxygène nécessaire. De plus, pour des raisons de sécurité, il n'est pas rare que l'on doive acheter une place en classe affaires, pour pouvoir mettre le cylindre ou le concentrateur sous le siège, ce qui occasionnera des frais supplémentaires. Certains concentrateurs personnels à oxygène sont acceptés à bord des vols commerciaux. Chaque transporteur sera en mesure de vous donner la liste des appareils autorisés. Il importe de se rappeler qu'il faut une quantité de piles équivalant à une fois et demie la durée totale du voyage. Dans tous les cas, le voyageur doit détenir une autorisation médicale pour avoir de l'oxygène en sa possession dans un avion.

Physiologie de l'altitude

Une grosse partie des problèmes de santé qui se manifestent en vol résultent de la physiologie respiratoire et du comportement des gaz en altitude.

Rappelons-nous que la concentration en oxygène ne varie pas avec l'altitude : elle est toujours de 21 %. Ce qui varie, c'est la pression partielle en oxygène. Cela a pour effet de déplacer la courbe de dissociation de l'oxygène vers la droite, faisant désaturer même les passagers normaux, qui se tiendront souvent entre 92-94 %. L'altitude diminue aussi le seuil convulsif et réduit la solubilité des gaz en général.

Pour contrer ces changements, seuls les mécanismes adaptatifs rapides seront utilisés en vol. Par exemple, l'hémoglobine n'ayant pas le temps d'être synthétisée, le patient « normal » augmentera sa ventilation minute pour compenser le manque d'oxygène. Cette augmentation s'accompagne d'une tachycardie réflexe visant à augmenter la livraison en oxygène dans le corps, notamment au niveau des muscles responsables de la respiration.

Dès lors, il est facile d'identifier les patients qui éprouveront des difficultés : tous ceux dont la diffusion est réduite, dont le corps n'est pas en mesure d'augmenter la ventilation minute ou qui n'ont pas les ressources cardiovasculaires pour répondre au travail respiratoire.

Cependant, les gaz peuvent jouer d'autres tours aux voyageurs. La loi de Boyle ($P_1V_2 = P_2V_2$) est l'expression théorique d'une réalité qui a rendu la vie de plus d'un voyageur misérable. En effet, les bulles de gaz tendent à prendre de l'expansion avec l'altitude, créant une pression • • •



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

sur les tissus environnants. Mais jusqu'à quel point une bulle de gaz peut-elle augmenter de volume ? Dans un vol transatlantique, on parle d'une augmentation du tiers. Plus que le simple élément douloureux, l'endroit où se trouve la bulle peut être à l'origine de l'urgence. Par exemple, l'air prisonnier derrière les tympans ou sous un plombage peut être la source de douleurs exquises, mais n'aura que peu d'impact sur la survie du patient. Des bulles d'air, qui se manifestent dans la circulation sanguine du plongeur imprudent qui aurait fait une plongée dans les 24 heures précédant le vol, peuvent avoir comme conséquence une embolie gazeuse ou un accident vasculaire cérébral qui, s'ils sont indolores, peuvent être mortels. De même, une bulle d'emphysème peut se rompre spontanément et provoquer un pneumothorax.

Finalement, il ne faut pas oublier que l'avion est un endroit stressant du point de vue physiologique. Le manque de sommeil, la déshydratation importante, l'immobilisation, les vibrations excessives et le bruit sont autant de stimulus qui auront un effet délétère sur le voyageur. Les problèmes de qualité de l'air en vol relèvent surtout de la légende urbaine. Cependant, le taux d'humidité étant proche de zéro, les voyageurs dont la condition cardiaque le permet devraient boire jusqu'à 250 ml d'eau par heure de vol, simplement pour prévenir la déshydratation.

Comment répondre en général

Il est important de se rappeler que le personnel de bord est formé pour répondre à une grande majorité des urgences en vol. Ne soyez pas surpris de voir le personnel régler des situations sans faire appel à personne !

Cependant, si l'on demande une assistance médicale, il est important de se nommer et de mentionner ses compétences et sa formation. Il revient au personnel de vol de choisir s'ils ont besoin ou non de votre expertise. Par la suite, si vous êtes impliqué dans la situation, il est important de se rappeler qu'on ne vous demande pas d'être des *leaders* ou des héros, mais bien de porter assistance au meilleur de vos connaissances et de vos capacités. On ne vous demande surtout pas de tenter quelque chose ou de procéder à une technique avec laquelle vous n'êtes pas habitué ou qualifié. Vous n'avez pas à décider si l'on doit atterrir d'urgence ou non ; en toute circonstance, le commandant de bord a le dernier mot. Ce qu'on vous demandera, c'est votre avis professionnel.

La multiplication des passagers et l'envergure des avions modernes offrent un avantage : 40-70 % des vols transportent du personnel médical et 30-60 % auront un médecin à bord. Trouvez-les ! Il est assez facile de se constituer une équipe médicale complète dans un gros porteur.

On pose souvent la question à savoir si la consommation d'alcool pendant le vol nous élimine d'emblée comme une aide potentielle. Il s'agit d'une question fort complexe, avec plusieurs ramifications légales. De façon générale, aucun passager ne devrait consommer assez d'alcool pendant un vol pour que cela puisse influencer son jugement. C'est une question de sécurité. Donc, en théorie, personne ne devrait être en état d'ébriété, ni même assez éméché pour ne pas pouvoir porter assistance en cas d'urgence. La question devient encore plus complexe pour la prise des médicaments (notamment pour le mal de transport) qui peuvent induire de la somnolence, interférer avec le jugement et être la cause d'erreurs. Dans tous les cas, identifiez-vous, énoncez vos compétences et mentionnez simplement votre prise d'alcool ou de médicaments.



Il y a à bord de tous les avions une trousse de premiers soins à la disposition des aidants. À bord des gros porteurs, il existe souvent une trousse plus complète pour les interventions médicales. C'est au personnel de décider laquelle des deux trousses vous sera accessible. Si vous ne possédez pas une licence médicale, elle pourrait vous être refusée. Par contre, il est laissé à la discrétion du personnel de bord de vous laisser utiliser le contenu. Soyez persuasifs et gardez votre licence professionnelle sur vous, même en vacances !

Outre les trousses, la plupart des gros porteurs peuvent vous mettre en communication avec un service de consultation médicale spécialisé à distance qui peut vous aider à optimiser votre prise en charge des patients à l'intérieur de l'avion. La plupart des transporteurs font affaire avec la

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.



compagnie *MedAire's Medlink*. Bien qu'il existe certains endroits dans le monde où ce service n'est pas accessible, c'est une excellente idée que de tenter de les rejoindre. Il est important de noter qu'il se peut que vous ne puissiez pas parler directement à la compagnie *Medlink*, et que ce soit le personnel qui relaiera à la fois vos questions et les réponses. De façon générale, si c'est assez sérieux pour ouvrir la trousse médicale, c'est assez sérieux pour appeler *Medlink*.

Le contenu de la trousse peut varier d'un transporteur à l'autre. Cependant, il y a un minimum qui doit être respecté par chacun d'entre eux. Sans une trousse complète, l'avion se verra refuser le décollage. Pour les inhalothérapeutes, il est important de savoir que la trousse contient des bronchodilatateurs à courte action, des canules oropharyngées et de l'épinéphrine. Il y a aussi du matériel de base, un défibrillateur automatisé, un stéthoscope, un *Ambu*® et de l'oxygène. Il n'y a pas de tubes endotrachéaux ni de quoi procéder à une approche chirurgicale. Le choix des options disponibles a été dicté par la fréquence des types d'intervention, de la longueur des vols et de la compétence moyenne des médecins, selon le principe millénaire de, premièrement, ne pas nuire.

Cependant, concernant les médicaments, rappelez-vous que l'avion contient probablement tous les inhalateurs existants, et une bonne partie des médicaments aussi ! Il est possible de faire un appel général à la recherche d'un médicament précis.

Problèmes spécifiques

Quelques problèmes typiques se présentant dans les avions relèvent, de toute évidence, du domaine de compétence des inhalothérapeutes.

Obstruction des voies respiratoires. Comme au sol, la manœuvre de Heimlich doit être utilisée rapidement dans le but de dégager les voies respiratoires. Il est possible d'administrer de l'oxygène supplémentaire.

Choc anaphylactique. Bien qu'il n'y ait plus d'arachides dans les avions depuis plusieurs années, il y a encore des noix ainsi que plusieurs autres allergènes. Il y a de l'épinéphrine destinée aux arrêts cardiorespiratoires dans la trousse médicale. Au lieu de donner le milligramme au complet, il faut en donner le tiers intramusculaire. Il est aussi possible d'utiliser l'auto-injecteur d'un autre patient dans l'avion. Il est important de se rappeler que l'épinéphrine n'est qu'un volet du traitement qui comprend aussi des antihistaminiques ainsi que des stéroïdes, lesquels se trouvent dans la trousse médicale.

Crise d'asthme. Les crises d'asthme sont relativement fréquentes. L'air exempt de toute humidité dans les avions est très irritant pour les voies respiratoires. La plupart du temps, les inhalateurs personnels du patient suffisent. Les stéroïdes, bien que présents dans la trousse, n'auront pas le temps d'être efficaces dans la durée d'un vol, mais peuvent être tentés. En dernier recours, l'épinéphrine 0,3 mg IM (comme pour une anaphylaxie) pourrait aussi être tenté.

Pneumonie. Des pneumonies subcliniques peuvent se manifester en vol par des désaturations importantes. Il y a peu à offrir sauf un traitement symptomatique des désaturations par de l'oxygène.

Pneumothorax. Alors que cette urgence fait peur à la plupart des professionnels de la santé, le pneumothorax sous tension est relativement rare. Par chance, car il est extraordinairement difficile d'utiliser un stéthoscope dans un avion, notamment en raison des vibrations et du bruit engendré par les moteurs.

Il se manifeste souvent par une douleur thoracique et une dyspnée, ce qui est assez vague comme présentation. Un diagnostic de pneumothorax presque certain peut être fait s'il y a de l'emphysème sous-cutané ou une déviation de la trachée. Les autres signes et symptômes sont très peu fiables. Comme il n'y a pas de matériel pour procéder à l'installation d'un drain thoracique dans un avion, la seule option réside en l'utilisation d'un cathéter intraveineux pour équilibrer les pressions. • • •

« Contrairement à la croyance populaire, le pronostic de l'arrêt cardiorespiratoire en vol n'est pas si mauvais. »

Visez le 3e espace intercostal, ligne mi-claviculaire et laissez le cathéter en place, car s'il n'y avait pas de pneumothorax avant, il y en aura un après ! En passant, le gaz s'échappant de l'aiguille est habituellement évident sous forme d'un sifflement, tout comme l'amélioration clinique qui est habituellement rapide. Cette technique doit être tentée en dernier recours et il faut par la suite s'assurer de ne pas déloger le cathéter ou de le plier par accident.

Embolie pulmonaire. Peut-être la plus connue, mais elle est aussi relativement rare. Elle se produit habituellement durant les vols les plus longs, où l'immobilisation et la déshydratation sont maximales. Les petites embolies sont accompagnées de douleur, d'hémoptysies et de tachypnée. Les plus grosses sont indolores, mais fortement symptomatiques avec dyspnée importante, désaturation et choc.

La bonne nouvelle, c'est qu'elles se produisent habituellement au débarquement, dans la distance entre le siège du passager et la barrière d'embarquement. Un avion n'est pas équipé pour gérer une embolie pulmonaire importante en vol. S'il est techniquement possible de trouver des anticoagulants auprès des autres passagers, il n'est pas recommandé de tenter ce type de traitement en raison des complications possibles.

Arrêt cardiorespiratoire. Contrairement à la croyance populaire, le pronostic de l'arrêt cardiorespiratoire en vol n'est pas si mauvais. En fait, parce qu'il s'agit souvent d'arythmies malignes sur de l'ischémie cardiaque, le traitement par le défibrillateur automatisé (DEA) est souvent efficace. Pour une fibrillation ventriculaire, on parle de 40 % de survie, alors que pour tous les arrêts, en général, on parle de 20 %.

De façon générale, les urgences de nature cardiaque sont responsables de 10-30 % des urgences, de 20-45 % des diversions et de 60 % des décès. Les causes neurologiques sont responsables d'un autre 15-45 % des urgences, ce qui ne laisse finalement pas tant de place aux urgences respiratoires. La variabilité des chiffres s'explique par la difficulté d'obtenir les données exactes auprès des transporteurs.

Implications médicolégales

Vous l'aurez deviné, il s'agit d'une question complexe empreinte d'une couleur de droit international, et ces quelques paragraphes ne sauraient suffire à bien couvrir le sujet. De façon générale, il est habituellement reconnu que vous êtes au Canada si vous êtes à l'intérieur d'un transporteur canadien. Il en va de même pour la nationalité des autres transporteurs. Si vous êtes à l'extérieur de l'avion, c'est beaucoup plus complexe. Dans ce cas, vous devriez laisser gérer la situation par le personnel de l'aérogare.

La crainte de représailles légales de la part du patient ou de sa famille représente une inquiétude importante pour les gens qui interviennent dans une situation d'urgence à bord d'un avion. Pour remédier à cette situation, la plupart des pays, notamment les États-Unis, ont voté des lois visant à bien protéger les bons samaritains et à encourager les volontaires d'assister le personnel de vol.

Il faut savoir que, dans l'histoire de l'aviation, des poursuites dirigées contre des individus ayant porté assistance sont rares. Il est en effet beaucoup plus tentant pour une famille ou un individu de s'attaquer à une compagnie aérienne valant plusieurs centaines de millions de dollars qu'à un particulier. La jurisprudence nous démontre que cette crainte est non fondée, à condition que l'aidant réponde à certaines conditions :

- être qualifié pour les services prodigués ;
- agir volontairement ;
- agir en toute bonne foi ;
- ne pas être négligent ;
- ne pas accepter de compensation financière.

Ce dernier point mérite une explication particulière. Vous ne pouvez pas accepter d'argent, que cela provienne de la compagnie aérienne ou encore de la famille ou du patient. Par contre, si la compagnie vous offre un surclassement, « des points » ou encore une bouteille de vin, ces cadeaux ne comptent pas comme une compensation financière.

En fait, il est probablement plus risqué de ne pas s'identifier à la demande du personnel de bord. En effet, si la plupart des pays ont des lois pour protéger les bons samaritains, il y en a aussi plusieurs qui s'appliquent au refus de s'identifier ou de porter assistance.

Un élément essentiel, malheureusement oublié lors d'une intervention, est la documentation de la situation. Il faut remplir avec le personnel de bord tous les documents nécessaires, notamment ceux visant à décrire la situation ainsi que les interventions et les soins que vous avez prodigués. Cette tenue de dossier est critique et ne saurait être négligée. Personnellement, j'utilise toujours mon téléphone cellulaire pour prendre une photo des documents.

En conclusion, il importe de se rappeler que la prise en charge des patients lors des urgences en vol diffère peu de ce qui doit être fait au sol. Elle est cependant teintée des particularités reliées à l'altitude qui entraîne une hypoxie de base et une augmentation du travail cardiovasculaire à la suite de l'augmentation de la ventilation minute, principal mécanisme de compensation. Si l'on demande de l'assistance, il est important de s'identifier et d'offrir son aide dans les limites de ses compétences. En tout temps, il faut respecter l'autorité souveraine du commandant de bord. Les ressources dans un avion étant limitées, il ne faut pas hésiter à faire appel à *Medlink* ou à faire un appel général pour obtenir un médicament indisponible dans la trousse ou pour chercher des gens avec une compétence particulière. Les problématiques légales sont réelles, mais elles peuvent être minimalisées si l'on répond à quelques conditions simples. La documentation de la situation est essentielle et ne saurait être négligée.

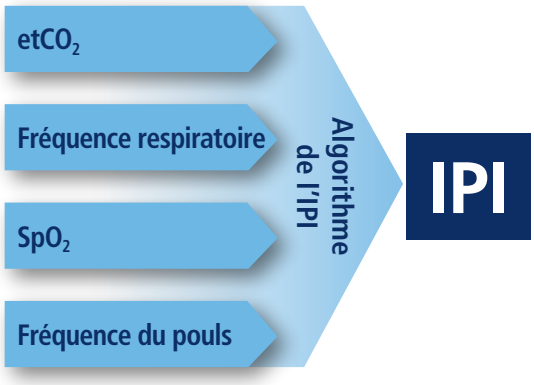
Bon vol.

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

Microstream® de Covidien
Smart Capnography[MC]
La capnographie sans compromis



Le moniteur de capnographie de chevet Capnostream[MC] 20



La technologie Microstream® unique de Covidien assure la sécurité et la simplicité des interventions et l'efficacité du processus clinique en vous permettant de détecter les variations subtiles, mais critiques de l'état du patient. C'est le moyen le plus simple de surveiller l'efficacité de la ventilation, l'oxygénation et la fréquence respiratoire grâce à l'index pulmonaire intégré (IPI), tout en réduisant de façon importante les alarmes cliniquement non significatives.

Capnographie **Oridion**® Microstream® | Oxymétrie de pouls **Nellcor**[MC] avec technologie OxiMax[MC]
Monitorage cérébral **BIS**[MC] | Oxymétrie cérébrale/somatique **INVOS**[MC]

COVIDIEN, COVIDIEN et son logo et le logo de Covidien sont des marques déposées américaines et internationales de Covidien AG.
Toutes les autres marques sont des marques de commerce d'une compagnie de Covidien. © 2014 Covidien.

COVIDIEN



compétence 5

Transférer un nouveau-né : risqué ou pas ?

par **Jeremy Wiggins**, inh., enseignant pour le Cégep de l'Outaouais et thérapeute respiratoire autorisé certifié en transport néonatal pour le Centre hospitalier des enfants de l'est de l'Ontario.

Si on avait le choix, le transport d'un nouveau-né à risque élevé de complications s'effectuerait tout bonnement dans la sécurité et la chaleur de l'utérus de la mère. Les études démontrent qu'en effet, le transport utérin du fœtus vers un hôpital accoucheur offrant une unité de soins intensifs néonataux (USIN) améliore ses chances de survie et réduit sa morbidité. Mais, il arrive qu'un nouveau-né en état critique, né dans un centre primaire ou secondaire, doive être dirigé vers un centre tertiaire apte à lui prodiguer les soins spécialisés que requiert sa condition. C'est alors qu'interviennent des équipes spécialisées pour transporter le nouveau-né vers une USIN. Bien sûr, un tel transfert peut être accompli par l'équipe du centre référent, mais les risques d'un tel transfert par cette équipe non spécialisée, augmentent la morbidité et la mortalité de l'enfant. C'est pour cette raison que l'*American Academy of Pediatrics* et le *Canadian Neonatal Network* recommandent que le transfert d'un nouveau-né en état critique soit réalisé par une équipe spécialisée. Dans cet article, nous aborderons le rôle, les responsabilités, les compétences à maîtriser par l'inhalothérapeute, membre d'une telle équipe en Ontario, ainsi que les modalités de transport du nouveau-né.

Compétences de l'inhalothérapeute

Le rôle de l'inhalothérapeute au sein de l'équipe de transfert néonatal varie selon la configuration et la gestion de l'équipe. Typiquement, l'équipe est composée d'un inhalothérapeute et d'une infirmière. D'autres modèles incluent un néonatologiste ou son équivalent, afin de compléter l'équipe. L'équipe sans médecin travaille alors sous les directives médicales (ordonnances collectives) émanant du directeur médical du service de transport du centre receveur spécialisé. Dans ces conditions, l'équipe évalue les signes, les symptômes, les mesures diagnostiques, etc. et pose les interventions requises par l'état du patient. Une communication téléphonique avec un médecin du centre receveur est toujours possible afin de discuter du plan de transport une fois l'état du bébé stabilisé. Le médecin pourra si nécessaire prescrire un traitement qui sort de l'encadrement habituel, par exemple : l'administration de narcotiques. Chaque membre de l'équipe doit être compétent et apte à prodiguer les mêmes actes. Concrètement, cela veut dire qu'un inhalothérapeute attitré au transport néonatal doit être qualifié pour prodiguer l'assistance ventilatoire, effectuer les ponctions thoraciques et l'intubation, ainsi que l'insertion d'une canule intraveineuse, ombilicale et administrer divers médicaments[1]. Il va sans dire que l'inhalothérapeute





Jeremy Wiggings en action

doit aussi posséder un bagage expérientiel considérable et un jugement clinique exceptionnel afin de reconnaître les situations où de tels actes médicaux sont requis. De plus, il doit aussi être en mesure d'évaluer et de reconnaître les signes de dysfonction de tous les systèmes (cardiaque, respiratoire, neurologique, gastro-intestinal, musculosquelettique, etc.) du nouveau-né et leurs particularités.

De plus, lors d'un transport interhospitalier, le bébé s'expose à un risque accru d'hypothermie, d'extubation, de vomissements, de pneumothorax, etc. L'expérience nous démontre que, peu importe l'état clinique du bébé au départ, de nombreuses complications peuvent survenir pendant le transport. L'inhalothérapeute doit alors être en mesure de reconnaître, non pas que les complications associées à la néonatologie, mais aussi celles reliées à la médecine de transport.

La formation

Dans une équipe de transport sans médecin, l'inhalothérapeute devient les yeux et les oreilles du médecin responsable, dont les interventions se fonderont sur les observations et le jugement de l'équipe au chevet du nouveau-né. Étant donné les responsabilités accrues de l'inhalothérapeute en transport, une formation spécialisée est essentielle. La formation de l'inhalothérapeute de transport en néonatologie varie selon les politiques en vigueur dans chacune des organisations[2]. Par exemple, le système ontarien, basé au centre hospitalier *Sick Kids* à Toronto, forme leurs inhalothérapeutes pendant douze mois supplémentaires à la formation initiale. Les sujets abordés lors de cette formation sont variés : responsabilités professionnelles, communication, santé et sécurité, évaluation et méthodes diagnostiques, thérapies invasives, intégration et méthodes de transport, etc. La formation intègre la théorie à la pratique lors de formation clinique, de simulations haute-fidélité et de préceptorat en transport, où l'inhalothérapeute prodigue les soins sous la supervision de son précepteur, un clinicien ou une clinicienne certifié(e). À la fin de la formation, après une journée de simulations cliniques devant un jury composé de néonatologistes, l'inhalothérapeute compétent se voit octroyer une certification de clinicien en transport néonatal. À la suite de cette formation, il lui revient de maintenir ses compétences à jour afin de conserver cette certification.

Malgré une formation adaptée, le transport néonatal génère un stress important pour l'équipe de soins. Il en va de même pour le nouveau-né et ses parents. Ces derniers doivent se séparer de leur bébé, à peine âgé de quelques heures, le laissant aux soins d'un personnel médical étranger. Quant aux facteurs de stress qui affectent le bébé durant le transport, ils sont nombreux : froid, bruit, manipulation, • • •

IPV[MD] 2C pour la mobilisation de sécrétion et le recrutement alvéolaire

CAREstream Medical Ltd.

Thérapie avancée de ventilation à percussion intrapulmonaire (IPV) pour la salle d'urgence et le service de soins intensifs

L'appareil IPV 2C de Percussionnaire est un appareil respiratoire effractif ou non effractif à haute fréquence servant à la mobilisation et au dégagement des sécrétions endobronchiques dans toutes les populations à l'étude.

Avantages:

- **OD-CPAP** Pression positive expiratoire continue à demande oscillante programmable visant à faciliter la fonction respiratoire chez toutes les populations à l'étude, des nouveau-nés aux adultes corpulents en passant par les enfants
- **Fréquence et amplitude** Fréquence et amplitude réglables de la percussion pour la mobilisation et le dégagement des sécrétions endobronchiques non éliminées et la résolution de l'atélectasie parcellaire diffuse lors du recrutement mécanique des voies respiratoires
- **Génération d'aérosols** Génération simultanée d'aérosols à grand volume pour l'administration topique de l'eau, des bronchodilatateurs salins, des vasoconstricteurs et de certains autres médicaments administrés par voie intraveineuse
- **Percussionator universel** Un Percussionator effractif ou non effractif idéal pour les soins cardiorespiratoires mécaniques aigus chez toutes les populations à l'étude, de la réanimation initiale à la stabilisation et au transport



Code de produit: PER-F00002-C

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

Distribué par: CAREstream Medical Ltd.

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

Télécopieur: 1 888 310.2187
www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

« La médecine de transport en néonatologie est un domaine très spécialisé et le rôle de l'inhalothérapeute au sein de cette équipe est à la fois intéressant, dynamique, stressant et difficile. »

pour ne nommer que ceux-là. Un des rôles de l'inhalothérapeute est de minimiser ces facteurs afin de garantir un transport confortable et sécuritaire.

Terre et air

Les transports terrestres en ambulance représentent la majorité des déplacements de ces patients. En comparaison des transports aériens, le transport en ambulance est rarement influencé par des changements d'altitude (exception faite des villes en altitude). Par contre, le nouveau-né est sensible aux décélérations, accélérations (selon la conduite) et vibrations. La civière de transport, dont le poids peut excéder 400 livres, doit donc être équipée en conséquence afin de minimiser ces facteurs perturbant l'équilibre du nouveau-né. Il faut s'assurer qu'elle est bien sécurisée au plancher pour éviter les déplacements dangereux. Pour réduire les vibrations ressenties, on a recours à des matelas bien rembourrés. L'incubateur lui-même est équipé d'un système de ceinture de sécurité retenant le bébé dans l'incubateur. Ainsi, lors de mouvements brusques provoqués par la conduite ou les avaries de la route, on tente d'éviter un déplacement du tube endotrachéal ou d'une ligne centrale (par ex. : ombilicale), surtout chez les grands prématurés.

Quant au transport aérien, il comporte d'autres sources de stress pour le nouveau-né. Le recours à l'hélicoptère présente des dangers particuliers. En effet, en raison de la grande hélice, beaucoup de vibrations sont inévitablement ressenties dans la cabine. Et que dire du bruit ! Tous les passagers, bébé inclus, devant porter une protection auriculaire, l'auscultation du bébé est impossible. De plus, la cabine de l'hélicoptère n'est pas pressurisée. Comme tout gaz augmente de volume avec une montée en altitude (*voir loi de Boyle, p. 10*), un « simple » pneumothorax peut rapidement se compliquer et devenir sous tension. Dans le cas d'une entérocolite nécrosante, l'augmentation du volume gazeux intestinal peut provoquer une rupture de la paroi intestinale interne. Les mouvements brusques causés par les turbulences peuvent causer des apnées, des bradycardies ou de l'hypoxémie chez tous les nouveau-nés dans un état critique. Bien que les envolées en avion génèrent moins de vibrations que celles en hélicoptère, elles sont aussi susceptibles aux changements de pression et aux mouvements brusques occasionnés par la montée en atmosphère et la turbulence.

Et pour toute méthode de transport, le froid est l'un des pires ennemis du bébé. Les incubateurs de transport sont donc munis de parois isolantes et de génératrices de chaleur afin de minimiser la perte de chaleur. Malgré cela, les pertes de chaleur sont inévitables, surtout si l'on doit intervenir lorsque l'incubateur se trouve dehors en plein hiver. C'est pour cette raison que les interventions directes auprès du nouveau-né sont réduites à leur minimum et s'effectuent qu'en cas d'urgence seulement. Il faut savoir qu'une baisse soudaine de chaleur peut être mortelle pour un bébé naissant. De même, au Québec, par grand froid, certaines tubulures de soluté peuvent carrément gelées (par ex. une solution d'héparine qui coule à 0,5-1,0 cc/h) et devenir inutilisables. Peu importe la méthode de transfert utilisée, il vaut donc toujours mieux stabiliser l'état du bébé à l'hôpital référent avant le départ, car l'évaluation et les interventions sont beaucoup plus périlleuses en route ou en vol.

La médecine de transport en néonatologie est un domaine très spécialisé et le rôle de l'inhalothérapeute au sein de cette équipe est à la fois intéressant, dynamique, stressant et difficile. Les obstacles à surmonter pour assurer la sécurité de l'enfant sont certes nombreux, mais les bénéfices réels pour le bébé les compensent largement. La formation de personnel compétent et l'utilisation d'équipements spécialisés aident à prévenir et à minimiser les conséquences, mais certaines sont inévitables.

Les inhalothérapeutes des centres référents peuvent contribuer énormément au processus du transfert du bébé en assurant une qualité de soins exceptionnelle lors de la gestion des voies respiratoires (l'assistance à l'intubation, le choix de la sonde endotrachéale et fixation sécuritaire), la stabilisation des gaz artériels et une assistance ventilatoire offrant une oxygénation optimale. Cette prise en charge augmente considérablement l'efficacité de l'équipe de transport et leur permet d'offrir des soins plus spécialisés plus rapidement.

Notes

1. Notez bien qu'au Québec, les inhalothérapeutes ne sont pas autorisés à procéder à une ponction thoracique, ni de canuler la veine ombilicale.
2. La gouvernance des équipes de transport est assurée à la fois par les hôpitaux concernés et les politiques provinciales. Par exemple, la formation théorique et les examens s'effectuent à Toronto pour toutes les équipes en Ontario. Par contre, l'aspect d'apprentissage clinique se fait à l'hôpital qui emploie l'inhalothérapeute. La gamme d'interventions autorisées aux équipes est déterminée par consensus des directeurs médicaux de tous les centres en Ontario.

Références (consultées entre février et mai 2014)

HARRIS, B. A. Jr, WIRTSCHAFTER, D. D., HUDDLESTON, J. F., PERLIS, H. W. Avril 1981. « In utero versus neonatal transportation of high-risk perinates: a comparison ». *Obstetrics & Gynecology*, 57 (4) : 496-9. [En ligne] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7243102].

BARRY, P.W., RALSTON, C. 1994. « Adverse events occurring during interhospital transfer of the critically ill ». *Archives of Disease in Childhood*, 71 : 8-11. [En ligne] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1029903/].

CHIEN, L-Y., WHYTE, R., AZIZ, K., THIESSEN, P., MATTHEW, D., LEE, S.K. pour *The Canadian Neonatal Network*. Août 2001. « Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers ». *Obstetrics & Gynecology*, 98 (2) : 247-252. [En ligne] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11506840].

CANADIAN ASSOCIATION OF PÆDIATRIC HEALTH CENTRES. Juillet 2012. « Competencies profiles – Interfacility critical care transport of maternal, neonatal, and pædiatric patients ». [En ligne] [http://static.squarespace.com/static/50056474c4aa4387b4e629ea/t/505893fc24acf7cfaa552d15/1347982332733/].

EDGE, W.E., KANTER, R.K., WEIGLE, C.G.M., WALSH, R.F. Juillet 1994. « Reduction of morbidity in interhospital transport by specialized pediatric staff ». *Pediatric Care Medicine*, 22 (7) : 1186-91. [En ligne] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8026211].

KOLLÉE, L., VERLOOVE-VANHORICK, P., VERWEY, R.A., BRAND, R., RUYS, J.H. Novembre 1998. « Maternal and neonatal transport : results of a national collaborative survey of preterm and very low birth weight infants in The Netherlands ». *Obstetrics & Gynecology*, 72 (5) : 729-32. [En ligne] [http://www.researchgate.net/publication/19982219_Maternal_and_neonatal_transport_results_of_a_national_collaborative_survey_of_preterm_and_very_low_birth_weight_infants_in_The_Netherlands].

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Novembre 1986. « Guidelines for Air and Ground Transportation of Pediatric Patients ». *Pediatrics*, 78 (5) : 943-950. [En ligne] [http://pediatrics.aappublications.org/content/78/5/943.full.pdf].

RICHARD, J., OSMOND, M.H., NESBITT, L., STIELL, I.G. 2006. « Management and outcomes of pediatric patients transported by emergency medical services in a Canadian prehospital system ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 8 (1) : 6-12. [En ligne] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17175623].

Un air de confiance



Offre une mesure de protection supplémentaire — avec confiance.

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

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

AnchorFast Guard
Support pour tube endotrachéal oral

Maintenant avec protection du tube

Hollister

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

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

REMISE DES PRIX DU CONGRÈS
DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES (CSRT)

Toutes nos félicitations aux lauréats 2014!


01


03




02


04

01
PRIX *MÉRITE DU CIQ* 2014 Dans l'ordre habituel, Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ, Sonia Gauvreau, récipiendaire du prix *Mérite du CIQ* 2014 et Nathalie Rodrigue, vice-présidente du Conseil interprofessionnel du Québec.

02
PRIX DU PRÉSIDENT Jerry Trewartha, directeur marché commercial, Trudell Marketing, Josée Prud'Homme, directrice générale et Secrétaire OPIQ et Angela Coxe, présidente de la SCTR.
À titre de membre fondatrice de l'*Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire* et pour souligner son *leadership* et son implication dans l'harmonisation des règlements, contribuant ainsi à la mobilité de la main-d'œuvre à travers les différentes provinces, Josée Prud'Homme s'est vu remettre le *Prix du président* de la SCTR.

03
OLYMPIADES DE L'INTUBATION
De gauche à droite : Mike McArthur et Marco Zaccagnini.

04
PLACE À LA RELÈVE Cloé Marcil et Alex Bougie, étudiantes du Collège de Valleyfield et gagnantes du concours *Place à la relève* pour le Québec et Michel Mailhot, vice-président, FIQ.

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.







05
PRIX *ÉLAINE-TROTTIER* 2014 De gauche à droite : Jocelyn Vachon, président, Livia Battisti, Régine Laurent, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et Josée Prud'Homme, directrice générale et Secrétaire.

Le prix *Élaine-Trottier* 2014 a été attribué à Livia Battisti, inhalothérapeute qui travaille au CHUQ Saint-François-d'Assise, pour souligner son implication dans le projet du RQAM–ressource éducative en GMF, volet asthme et MPOC visant à rapprocher les services d'éducation et renforcer la pratique collaborative entre les professionnels dans les équipes de soins de première ligne.

06
PRIX *ROMÉO-SOUCY* 2014 Josée Prud'Homme, directrice générale, Jocelyn Vachon, président, Roger Jr Bellerose et Jean-Jacques Bérubé, vice-président délégué, Relations marchands et groupes d'affinité à la Banque Nationale du Canada.

Le prix *Roméo-Soucy* 2014 a été remis à monsieur Roger Jr Bellerose, pour son importante contribution à la formation continue des inhalothérapeutes avec le développement de la formation en ligne *L'inhalothérapeute clinicien aux soins intensifs* en versions anglaise et française.

REMISE DES PRIX DU CONGRÈS
DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES (CSRT)

Toutes nos félicitations aux lauréats 2014!



07



08

07
MENTION HONNEUR SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE 2013
Jocelyn Vachon, Geneviève Chénier et Josée Boudreault du CLSC Jean-Olivier-Chénier du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes recevant au nom de leur équipe, la plaque souvenir ainsi que la bourse de 2000 $ offerte par Nadine Lambert, vice-présidente à la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et Josée Prud'Homme.

08
BOURSES EXCELLENCE CSRT-CAREstream Les bourses d'excellence SCRT-CAREstream ont pour but de reconnaître un étudiant au sein de chaque programme canadien de thérapie respiratoire qui a réussi l'examen d'agrément et réalisé un exploit de taille à titre d'étudiant. Ainsi, les récipiendaires pour le Québec sont :

Cégep Vanier **Ugo Rivet-Desrosiers**, Collège de Rosemont **Mathias Boutet**, Cégep de Sainte-Foy **Valérie Jalbert**, Cégep de Sherbrooke **Martin Labrosse**, Cégep de l'Outaouais **Jessica Béland-Pilon**, Cégep de Chicoutimi **Andréanne Potvin**, Collège de Valleyfield **Claudia Tousignant**.

Infirmières • Infirmières auxiliaires • Inhalothérapeutes

Vous êtes au cœur de nos préoccupations



lavoixensante.org

Fédération de la Santé du Québec
FSQ

CSQ



La cessation tabagique et le modèle transthéorique

par **Maxime Hébert**, inhalothérapeute, Polyclinique du Cap, Trois-Rivières. Étudiant en psychologie à l'UQTR.

Au Québec, en 2012, 206 181 personnes souffraient de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Outre la médication, l'utilisation de nombreuses stratégies et la persévérance et l'implication des différents professionnels qui travaillent en soutien à la démarche, la motivation du patient demeure le levier du déclenchement d'un processus d'arrêt tabagique. L'inhalothérapeute, qui joue un rôle primordial en cessation tabagique, sait que le tabagisme n'entraîne pas qu'une dépendance physique, mais aussi psychologique et comportementale. Ainsi, pour modifier un comportement en santé, le recours au **modèle transthéorique** (Prochaska et DiClemente, 1992) s'avère particulièrement efficace. Voici un bref rappel des étapes qui caractérisent ce modèle d'intervention.

Pour changer un comportement de dépendance avec le modèle transthéorique, il est essentiel, en premier lieu, de cerner le niveau de motivation du patient, une étape importante de l'entretien motivationnel. Le modèle est composé de cinq stades : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Selon le stade où se situe le patient, il est possible de prédire le nombre de mois avant son passage à l'action et, ainsi, d'ajuster nos méthodes d'intervention. Le modèle transthéorique est dynamique. Par exemple, si le patient se trouve au stade du maintien et qu'il rechute, le sujet ne recommencera pas nécessairement au tout début du processus, mais peut-être plutôt au stade de la préparation ou de la contemplation. Le thérapeute peut alors adapter ses interventions pour faire avancer le patient sans repartir à zéro.

Les cinq stades

❶ **La précontemplation** : le patient ne croit pas que le comportement qu'il adopte en ce moment est problématique et n'a pas l'intention de l'abandonner à ce stade. Le patient pourrait dire ceci : « je ne veux pas arrêter de fumer ». Comme intervention, nous devons lui faire prendre conscience des effets négatifs de la cigarette en lui proposant, par exemple, de lire des documents informatifs, de fréquenter des groupes de discussions, d'assister à des conférences sur le tabagisme. À ce stade, aucun changement n'est prévu avant plus de six mois.

❷ **La contemplation** : le patient projette d'arrêter de fumer dans une période de six mois. Il commence à prendre conscience des effets négatifs du tabac : « je sais que la cigarette n'est pas bonne pour moi, mais je ne suis pas prêt à arrêter ». On remarque alors dans ses propos une prise de conscience des effets nuisibles ; s'il ne passe pas à l'action au cours des six prochains mois, le patient peut rester à ce stade durant plus ou moins deux ans. Pour le faire avancer au stade de la préparation, il faut peser le pour et le contre de sa consommation de tabac.

❸ **La préparation** : le stade de l'action est prévu dans le mois suivant. Le patient affirme : « ma consommation de tabac a diminué, je veux arrêter de fumer ». C'est à ce moment qu'il faut l'accompagner dans la préparation de son plan d'action : comment, où et quand il va arrêter de fumer. L'établissement d'un plan d'ajustement est aussi utile à cette étape pour identifier les situations potentiellement dangereuses, où son envie de fumer est plus forte, et pour l'aider à



contourner la situation. Par exemple : « j'ai envie de fumer lorsque je suis plus anxieux : je vais aller marcher pendant quinze minutes. ».

❹ **L'action** : la personne change de comportement ; elle arrête de fumer, sans consommer de cigarette durant au moins six mois. À ce stade, nous devons fournir et expliquer au patient des stratégies pour éviter de fumer et parfois lui conseiller le recours à la pharmacopée en vente sur le marché. Le patient doit éviter, autant que faire se peut, les situations qui pourraient déclencher l'envie de fumer. Il doit, par exemple, éviter de boire de l'alcool sur les terrasses, s'abstenir de boire du café durant la journée, aller marcher au lieu de fumer une cigarette le matin. Il ne faut pas oublier que le patient doit pouvoir exprimer ses émotions et ses difficultés dans son processus de cessation tabagique.

❺ **Le maintien** survient six mois après le stade de l'action. Nous pouvons considérer que le patient maintient des comportements sains et nous devons continuer à l'encourager dans ses nouvelles habitudes de vie pour éviter les rechutes.

Ainsi, cibler ses interventions selon le stade où se situe le patient entraîne des résultats selon une étude de Prochaska et coll. réalisée en 2004 en lien avec ce modèle :

> *Les résultats d'une étude menée auprès de 4653 fumeurs ont montré que grâce à des interventions qui correspondent au stade où les fumeurs sont rendus et qui les font progresser d'un seul stade, le pourcentage d'abstinence est supérieur à 75 %. Les interventions qui font progresser les gens de deux stades font grimper ce pourcentage à 300 %.* (Vallerand, 2006, p. 616)

En conclusion, plusieurs cliniques et sites Internet de cessation tabagique utilisent maintenant le modèle transthéorique de changement pour mieux situer le patient dans son processus d'abandon du tabac, même s'ils n'ont pas nécessairement recours à la même terminologie. Toutefois, en centre hospitalier, comme le temps manque, il est souvent difficile de vérifier à quel stade se situe le patient. Mais parfois, la simple remise d'un dépliant à un patient fumeur permet d'amorcer la réflexion. Puis, à notre prochaine visite, lors d'un traitement d'aérosol par exemple, on prend le temps d'en discuter avec lui, s'il revient sur la question. Enfin, s'il désire pousser plus loin sa démarche, on pourra le diriger vers une clinique du CLSC ou un centre d'arrêt tabagique (CAT), où une équipe multidisciplinaire assurera un suivi plus personnalisé du patient.

Références

PROVOST, M.A. et coll., 2010. *Normes de présentation d'un travail de recherche*, 4e édition, Trois-Rivières, Les éditions SMG, 233 p.

VALLERAND, R.J. 2006. *Les fondements de la psychologie sociale*, 2e édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 741 p.

STATISTIQUE CANADA. *Maladie pulmonaire obstructive chronique, selon le sexe, par province et territoire (Nombre)* [En ligne]. [http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health105a-fra.htm] (consulté le 4 juin 2014).

AUBIN, H.-J. *L'entretien motivationnel*. [En ligne]. [http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/PREV/PREV-EDP/ELE%20PREV-EDP%208010.pdf] (consulté le 4 juin 2014).



La formation en ligne pour améliorer les pratiques de counseling en abandon du tabac : résultats d'une étude menée auprès des membres de l'OPIQ*

par **Annie Montreuil, Michèle Tremblay** et **Hélène Poirier**, Institut national de santé publique du Québec.

Les inhalothérapeutes comptent parmi leur clientèle une part importante de fumeurs, puisqu'ils offrent des soins à des patients atteints de maladies respiratoires comme l'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème ou le cancer du poumon. Or, ces maladies sont toutes hautement associées à l'usage de tabac, ce qui explique probablement pourquoi les inhalothérapeutes considèrent qu'ils ont un rôle très important à jouer auprès de leurs patients fumeurs (Boone, 2013). Toutefois, ils se sentent peu outillés pour le faire et leur manque de connaissances sur le counseling est un facteur qui les limiterait dans leurs interventions (Tremblay et coll., 2006). Une étude menée en 2005 auprès d'un échantillon aléatoire d'inhalothérapeutes québécois a démontré que la perception de compétences à intervenir, la connaissance des ressources pour arrêter de fumer et la formation seraient associées à de meilleures pratiques de counseling auprès de fumeurs qui se préparent à cesser de fumer (Tremblay et coll., 2009).

Afin de répondre au besoin des inhalothérapeutes d'améliorer leurs pratiques de counseling en abandon du tabac, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), a développé la formation *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes*, offerte en salle de 2005 à 2007 aux inhalothérapeutes ayant gradué. Puis, cette formation a été adaptée pour être offerte en ligne. Les objectifs spécifiques de cette formation sont d'amener les inhalothérapeutes à 1) reconnaître l'importance du tabagisme comme problème de santé publique, 2) expliquer le rôle de l'inhalothérapeute en abandon du tabagisme et 3) identifier les éléments de counseling associés à une intervention efficace en abandon du tabagisme. La formation vise également à augmenter le sentiment de compétence à intervenir auprès des fumeurs, une dimension associée à de meilleures pratiques (Tremblay et coll., 2009). Basée sur les stratégies d'intervention en abandon du tabagisme démontrées efficaces (Fiore et coll., 2008) et sur les fondements de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2002), la formation en ligne est composée d'une présentation *PowerPoint* narrée et de capsules vidéo illustrant des mises en situation clinique. La formation est complétée par des outils facilitant l'apprentissage. L'INSPQ a proposé d'évaluer la formation en ligne et l'OPIQ a accepté de collaborer à l'évaluation. La formation et les outils d'évaluation ont été mis en ligne le 22 septembre 2010 sur le campus virtuel de l'OPIQ.

L'évaluation avait comme objectifs de mesurer les effets de la formation en ligne sur :

- les connaissances de la problématique du tabagisme et des éléments d'une intervention efficace ;
- les perceptions de compétences et de connaissances nécessaires pour intervenir auprès des fumeurs ;
- les pratiques de counseling telles que rapportées par les inhalothérapeutes.

Méthode. Un devis pré-post sans groupe de comparaison a été utilisé. De septembre 2010 à juin 2012, tous les inhalothérapeutes inscrits à la formation en ligne ont été invités à participer à l'évaluation.

* Cet article est tiré de la publication : MONTREUIL, A., TREMBLAY, M., et POIRIER, H. 2014. « Évaluation des effets d'une formation en ligne sur le counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes. » Montréal, Canada, Institut national de santé publique du Québec. [En ligne] [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1821_Effets_Fomation_CounselingTabac.pdf]



Les connaissances — sur le tabagisme, le renoncement au tabac et sur les éléments d'une intervention efficace auprès des fumeurs — ont été mesurées à partir de treize questions à choix multiples posées avant la formation, et immédiatement après. Les perceptions de compétence et de connaissances nécessaires pour intervenir auprès des patients fumeurs ont été évaluées avant la formation et trois mois après, à partir de sept énoncés auxquels les participants devaient indiquer leur degré d'accord sur une échelle en cinq points. Les participants ont indiqué le nombre de patients auprès desquels ils avaient réalisé dix interventions recommandées dans les lignes directrices américaines (Fiore et coll., 2008) en se référant aux dix derniers patients vus en consultation (aucun patient sur dix, un patient, deux, trois, etc. jusqu'à un maximum de dix sur dix c'est-à-dire tous les patients). Les pratiques de counseling ont été mesurées avant la formation et trois mois après. Les participants ont également répondu à des questions d'ordre sociodémographique (sexe, âge et principaux champs, région, lieu et nombre d'années de pratique). Des 584 inhalothérapeutes qui ont terminé la formation au cours de cette période, 51 % ont accepté de participer à l'évaluation.

Résultats. Après avoir suivi la formation, les inhalothérapeutes ont amélioré leurs connaissances sur le counseling en abandon du tabac ; leur score moyen au test de connaissances est passé de 5 sur 13 avant la formation à 12 sur 13 immédiatement après. Toutes les questions ont vu leur taux de réussite augmenter de manière considérable. Trois mois après avoir suivi la formation, toutes les perceptions de compétences et de connaissances nécessaires à l'intervention se sont significativement améliorées comparativement à la période précédant la formation. On observe un écart, avant-après, plus grand pour deux perceptions, soit celle de posséder les connaissances nécessaires pour aider les patients




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

« En 2012, l'OPIQ et six ordres professionnels québécois ont souscrit à un énoncé de position commun sur l'importance d'aborder la question du tabagisme et sur le rôle essentiel que doivent jouer les professionnels de la santé en accompagnant leurs patients fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac. »

à cesser de fumer et la connaissance des ressources vers lesquelles diriger les patients. Trois mois après avoir suivi la formation, les inhalothérapeutes rapportent être intervenus auprès d'un plus grand nombre de patients qu'avant la formation, soit en moyenne une personne de plus sur dix.

Discussion. Cette évaluation pré-post démontre que la formation en ligne a permis d'améliorer les connaissances, le sentiment de compétence, et les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes qui l'ont suivie. Ce moyen pédagogique technologique a un potentiel prometteur pour améliorer les pratiques cliniques de professionnels de la santé, en particulier dans un contexte de compression budgétaire, où le déplacement de personnel est limité et où les professionnels sont dispersés sur un grand territoire.

L'implication des professionnels de la santé auprès des fumeurs demeure un élément important de la stratégie québécoise de lutte contre le tabagisme. En 2012, l'OPIQ et six ordres professionnels québécois ont souscrit à un énoncé de position commun sur l'importance d'aborder la question du tabagisme et sur le rôle essentiel que doivent jouer les professionnels de la santé en accompagnant leurs patients fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac (INSPQ et coll., 2012). Dans cette déclaration, l'OPIQ s'est engagé à :

i) offrir de la formation sur le counseling en abandon du tabac à ses membres et à en faire la promotion ;
ii) fournir des outils pour aider ses membres à soutenir leurs patients qui fument ;
iii) promouvoir les ressources communautaires en abandon du tabac ;
iv) statuer sur la nécessité d'inclure dans les programmes d'études obligatoires de base les connaissances sur le tabagisme et sur le counseling en abandon du tabac.

En août 2013, soit près de trois ans après sa mise en ligne, 880 inhalothérapeutes au total avaient terminé la formation, ce qui représente plus de 20 % des membres de l'Ordre.

En terminant, nous sommes conscientes que cette évaluation se base sur la moitié des inhalothérapeutes qui ont suivi la formation en ligne et qu'elle limite la généralisation des résultats. Cependant, ce taux de participation se compare avantageusement à d'autres études similaires réalisées auprès de professionnels de la santé. Le taux de participation des professionnels de la santé aux évaluations de formation continue représente souvent un défi de taille pour les évaluateurs. Nous remercions chaque inhalothérapeute qui a accepté de donner de son temps pour contribuer à cette étude. Nous vous invitons à consulter la publication disponible gratuitement sur le site de l'INSPQ pour plus de détails sur l'étude et nous vous encourageons à continuer d'intervenir auprès de vos patients fumeurs pour les inciter à cesser de fumer.

Références

BOONE, E. L. 2013. «Has the opportunity gone up in smoke?» *Respiratory Care*, 58 (8), 1391-1393.

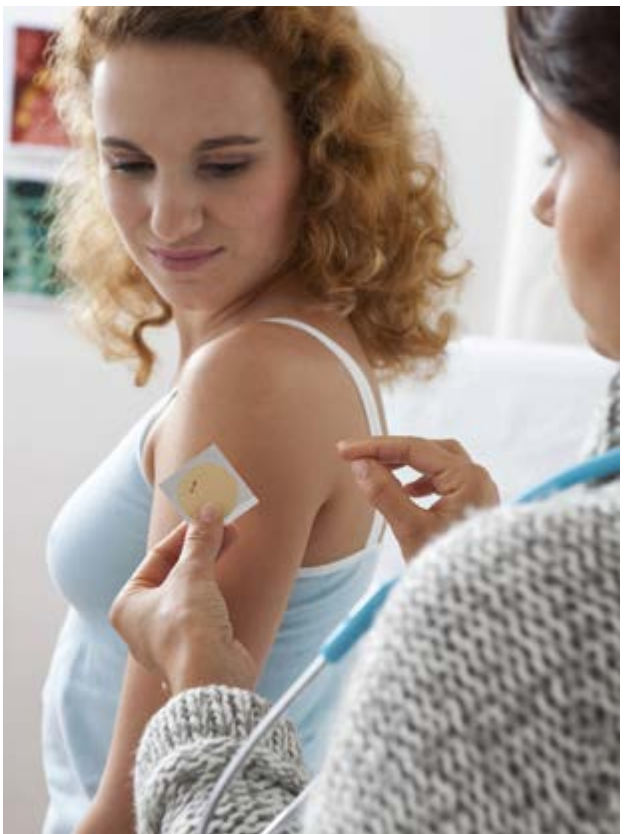
FIORE, M. C., JAEN, C. R., BAKER, T. B. et coll. 2008. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Clinical practice guideline. Rockville, MD : US Department of health and human services, Public health service.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC, ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC, ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC et coll. 2012. *Énoncé de position – Le tabagisme, un fléau de santé publique : des professionnels de la santé engagés*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.

MILLER, W. R. et ROLLNICK, S. 2002. *Motivational interviewing : second edition*. New York, NY : Guilford Press.

TREMBLAY, M., COURNOYER, D. et O'LOUGHLIN, J. 2006. *Le counseling en abandon du tabac : résultats d'une enquête menée auprès des inhalothérapeutes du Québec – 2005*. Institut national de santé publique du Québec.

TREMBLAY, M., COURNOYER, D. et O'LOUGHLIN, J. 2009. «Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups?» *Nicotine and Tobacco Research*, 11 (11), 1330-1338.



Nouvelle
Loi canadienne antipourriel

par **Me Andrée Lacoursière**, adjointe à la direction générale.

Le **1er juillet 2014** a marqué l'entrée en vigueur de la majorité des dispositions de la *Loi visant à promouvoir l'efficacité et la capacité d'adaptation de l'économie canadienne par la réglementation de certaines pratiques qui découragent l'exercice des activités commerciales par voie électronique* […] (L.C. 2010, c. 28, *Loi canadienne antipourriel*).

Cette loi, qui vise à décourager l'envoi de courriels indésirables, aura pour effet de modifier quelque peu les communications entre l'Ordre et ses membres. Elle interdit notamment l'envoi à une adresse électronique d'un message électronique commercial, sauf si l'Ordre a obtenu un consentement **préalable** de la personne à qui le message est envoyé. Elle prévoit également des règles pour encadrer l'envoi de tels messages.

Ainsi, l'Ordre devra obtenir votre consentement **exprès** afin de pouvoir continuer à vous transmettre par voie électronique tout document ou renseignement qui ne sont pas en lien direct avec la mission de l'Ordre, à savoir la protection du public. À titre d'exemple, dorénavant l'envoi des offres de formation et des publications de l'Ordre sera soumis aux dispositions de la *Loi*.

Si vous nous avez déjà signifié votre intérêt pour recevoir les différents envois de l'Ordre (offres d'emplois électroniques ou bulletin électronique de l'Ordre) lors du renouvellement de votre inscription au Tableau, l'Ordre pourra continuer pendant une période transitoire à vous faire parvenir les informations demandées par voie électronique. Toutefois, vous serez invité, lors du prochain renouvellement, à nous transmettre un consentement exprès pour chaque type d'envoi. Une fois obtenu, ce consentement pourra être retiré en tout temps.

Je vous invite donc à surveiller les prochaines communications de l'Ordre à ce sujet. Il sera important pour vous de nous transmettre un consentement à recevoir nos communications électroniques en temps opportun, à défaut de quoi l'Ordre sera dans l'impossibilité de communiquer avec vous afin de vous les transmettre.



Le CELI **et ses avantages**

par **Charles Paiement**, conseiller en placement



Le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) est le plus important moyen d'épargne personnelle pour les particuliers canadiens depuis l'instauration du REER, mais on le qualifie encore d'instrument méconnu ou sous-utilisé. En effet, depuis l'arrivée du CELI, certains épargnants font face à un nouveau dilemme : ce nouveau type de compte fiscalement avantageux serait-il préférable au REER pour économiser en vue de la retraite ? Voyons-y de plus près.

Le CELI peut s'avérer une source de revenu de retraite avantageuse pour certains individus. Ni les revenus générés dans ce compte ni les retraits qui y sont effectués n'influencent les montants des prestations et des crédits fondés sur le revenu, par exemple les prestations de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. Par ailleurs, les gens ayant déjà atteint la contribution maximale au REER peuvent y déposer des sommes supplémentaires afin d'en tirer un revenu de retraite à l'abri de l'impôt.

Majoration de la cotisation maximale en 2013

Les cotisations au CELI peuvent, à partir de 2013, atteindre 5 500 $ (depuis la création du CELI, en 2009, la cotisation maximale était de 5 000 $). Les cotisations inutilisées peuvent toujours être reportées aux années suivantes. Cela représente une possibilité de cotiser jusqu'à 25 500 $ si vous n'avez jamais contribué au CELI ! Mentionnons à ce sujet que tout retrait du CELI crée un nouveau droit de cotisation du même montant l'année suivante. Par exemple, si vous avez retiré 500 $ de votre CELI en 2012, vous pouvez à nouveau contribuer pour 500 $ en 2013, sans compter le droit de cotisation de base de 5 500 $ et les droits inutilisés les années précédentes, s'il y a lieu.

Envisager les répercussions

Dans certains cas, il peut être préférable de privilégier le CELI pour épargner. Cotiser à un REER offre des avantages fiscaux importants, mais entraîne aussi des répercussions sur les mesures de sécurité sociale auxquelles les citoyens ont droit, comme le programme de la Sécurité de la vieillesse (PSV) et le Supplément de revenu garanti (SRG). Pour certains, particulièrement les prestataires du SRG, le fait de tirer un revenu de leur REER à la retraite ne serait pas avantageux. Les montants retirés du REER étant imposés, les prestations du SRG seraient par conséquent réduites. Choisir le CELI serait donc plus profitable pour ces personnes.

Dans d'autres cas encore, notamment les étudiants ayant de faibles revenus, il est généralement préférable de privilégier le CELI pour épargner. Il sera toujours possible pour ces personnes de transférer ultérieurement les sommes accumulées dans un REER.

Se faire accompagner pour faire les bons choix

Pour choisir entre le REER et le CELI, deux facteurs importants devraient influencer votre décision : la raison pour laquelle vous économisez et votre taux d'imposition. Puisqu'il n'est pas toujours simple de départager le pour et le contre de chacun de ces types de compte, je vous recommande l'aide d'un conseiller, qui saura certainement vous éclairer sur la question !

Le CELI présente donc plusieurs avantages. Cependant, il n'est pas toujours évident de choisir les placements à y inclure. Pour vous faciliter la tâche, n'hésitez pas à faire appel à un conseiller : il pourra vous aider à développer une stratégie adaptée à vos besoins en épargne. Découvrez tous les avantages auxquels vous avez droit ici : *banquedelasante.ca*

©2014 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale. Les informations contenues dans la présente communication le sont uniquement à titre informatif. La présente communication ne crée aucune obligation légale ou contractuelle pour la Banque Nationale ou les entités de son groupe.

VOTRE PROFESSION, NOTRE MÉTIER

Adhérez au programme financier[1] pour inhalothérapeutes et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca

Fière partenaire

opiq
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

BANQUE NATIONALE

[1] 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.



La « maladie de Lou Gehrig » reste un mystère

La sclérose latérale amyotrophique (SLA)

par **Jacques Beaulieu**, écrivain

beaulieu.ja@videotron.ca

Reproduction autorisée.

Aux États-Unis, la maladie porte le nom d'un joueur de baseball, Lou Gehrig. Ces dernières années, en Europe, ce sont les décès de joueurs de soccer atteints de la maladie qui sont venus s'ajouter aux énigmes non résolues de la SLA.



Stefano Borgonovo

« La SLA, sclérose latérale amyotrophique, maladie rare et mortelle, a frappé et frappe encore aujourd'hui plusieurs dizaines d'anciens joueurs de soccer en Italie, une singularité que ne parviennent toujours pas à expliquer les scientifiques. Début septembre, Stefano Borgonovo a révélé son calvaire : à 44 ans, l'ancien attaquant de la Fiorentina et de l'AC Milan, chez qui la SLA a été détectée en 2005, est paralysé, ne respire plus que grâce à l'aide d'une machine et communique à travers un ordinateur qui traduit le mouvement de ses yeux. Son cas, qui a profondément ému, a surtout mis une nouvelle fois en lumière une anomalie : la pathologie, rare sur l'ensemble de la population, touche en plus grande proportion les anciens joueurs de soccer. Selon une étude conduite par le Pr Adriano Chio, neurologue à Turin, sur un échantillon de 7325 joueurs en activité entre 1970 et 2006, huit cas de SLA ont été recensés, un chiffre supérieur à six fois la moyenne de la population. Il n'existe aucun chiffre officiel pour cette maladie qui serait à l'origine de la mort de 39 joueurs au total depuis 1973, selon *La Gazzetta dello Sport* », peut-on lire dans le site de l'association *SLA Bory Attitude*.

Christophe Boesch, dit « Bory », était un des joueurs de soccer atteints de la maladie. Il écrivait : « Durant toutes ces années, je ne me suis jamais rien refusé et je vis ma vie comme bon me semble ! Je n'ai qu'une seule vie, alors fais ce qu'il te plaît ! Aujourd'hui, je me sens très fort pour vaincre et vivre avec cette maladie, car j'ai le sentiment, jusqu'à présent, de n'avoir manqué de rien et d'en avoir profité suffisamment pour ne rien regretter aujourd'hui. » Bory est décédé à l'âge de 33 ans, le 2 janvier 2010. La *SLA Bory Attitude*, association à but non lucratif, avait été créée le 25 octobre 2005 pour récolter des fonds.

Malgré toutes ces coïncidences, rien n'a pu être découvert sur ces sportifs chez qui le risque de contracter une SLA était de sept à huit fois supérieur à la normale. Curieusement, l'enquête d'un procureur italien a révélé que la plupart des malades occupaient le poste de milieu de terrain. Trois pistes ont été envisagées : l'impact d'un produit dopant qui aurait pu être utilisé par les joueurs, les traumatismes au cerveau subis lors des matchs ou encore des traitements pesticides utilisés pour l'entretien des terrains. Mais aucune de ces pistes n'a été concluante et l'énigme demeure entière.

Il faut également noter que, sans qu'aucune explication n'ait été trouvée, dans un même immeuble de Chicago, onze personnes sont mortes de la SLA. Un nombre anormalement élevé de vétérans de la guerre du Golfe, particulièrement ceux qui ont combattu sur le terrain, est aussi décédé de cette maladie.



Guillaume-Benjamin Duchenne

La découverte de la maladie

Le médecin français Guillaume-Benjamin Duchenne (1806-1875), dit Duchenne de Boulogne, est considéré comme l'un des fondateurs de la neurologie. Grâce à un appareil de son invention, il réussit à stimuler avec précision un seul faisceau musculaire à la fois. Ses expérimentations électriques l'amenèrent à détecter les diverses expressions du visage chez un homme paralysé lui servant de cobaye. Ainsi, il décrivit ce qu'est un véritable sourire de bonheur s'exprimant non seulement par les muscles buccaux, mais aussi par les muscles oculaires. De tels sourires furent nommés en son honneur « sourires de Duchenne ». Ses expérimentations lui permirent aussi de déceler, au début des années 1850, une maladie dégénérative qui, selon lui, provenait des muscles et qu'il nomma « paralysie musculaire progressive ».

Quelques années plus tard, Jean Cruveilhier (1791-1874), premier titulaire de la chaire d'anatomie-pathologie de la faculté de médecine de Paris, autopsia quelques cas provenant de Duchenne et étudia aussi cette maladie en décrivant cliniquement sa forme bulbaire. Cependant, la paternité de la SLA fut attribuée à Duchenne et à François-Amilcar Aran, et porta le nom de « atrophie musculaire d'Aran-Duchenne », plus simplement « maladie d'Aran-Duchenne ».



Jean-Martin Charcot

C'est finalement le très célèbre Jean-Martin Charcot (1825-1893) qui démontra avec précision les symptômes et les lésions macroscopiques et microscopiques de la moelle épinière dans la maladie, en 1874. C'est lui qui attribuera à la maladie son nom définitif de « sclérose latérale amyotrophique ». Plusieurs de ses élèves connurent des carrières célèbres, dont Sigmund Freud, Georges Gilles de La Tourette, Eugen Bleuler, et bien d'autres. Son fils, Jean-Baptiste Charcot, connut aussi une grande renommée tant comme médecin que comme explorateur et auteur de travaux océanographiques dans les régions polaires.



Jean-Pierre Julien

Lueur d'espoir à l'Université Laval

Au début des années 1980, un espoir semblait poindre du côté des équipes de recherche de la société Rhône-Poulenc qui étudiaient les effets d'un composé chimique, le PK 26124. Elles en tirèrent un médicament, le riluzole. Mais les espoirs furent de courte durée. Même si ce médicament fut bien toléré par ceux qui le prenaient, les recherches subséquentes montrèrent qu'il pouvait tout au plus prolonger la vie de quelques mois.

Un article publié en ligne dans le numéro du *Journal of Experimental Medicine* du 14 novembre 2011 révèle quant à lui la découverte d'une nouvelle cible thérapeutique par un groupe de chercheurs de l'Université Laval, notamment Jean-Pierre Julien, Ph. D., professeur au département de psychiatrie et de neurosciences de l'Université Laval – Centre de recherche du CHUQ, à Québec. Il a déjà été amplement démontré que les inclusions d'une protéine dite « TDP-43 » étaient un signe distinctif de la SLA. Dans cette étude, les auteurs font état d'un niveau d'expression anormalement élevé de cette protéine dans la moelle épinière des sujets atteints de SLA, mais ils indiquent également que la protéine TDP-43 agit comme un coactivateur du facteur nucléaire NF-κB (*nuclear factor-kappaB*) p65, une protéine-clé dans la voie de signalisation de l'immunité innée (réponse naturelle et immédiate de l'organisme à une infection par des pathogènes).

Selon l'auteur senior de cet article, Jean-Pierre Julien, ces nouveaux travaux ont permis de trouver une voie pathogénique importante qui n'avait jamais été abordée dans les études sur la protéine TDP-43 menées au cours des cinq dernières années. Plus important encore, cette voie pourrait se révéler une cible thérapeutique d'importance.



Tony Proudfoot

Personnes célèbres mortes de la SLA

Lou Gehrig, célèbre joueur de baseball des Yankees de New York, est décédé en 1941 des suites de la SLA, d'où l'appellation américaine « maladie de Lou Gehrig ». Autres célébrités décédées de cette maladie : le comédien David Niven, le chanteur Frank Alamo, le guitariste Jason Becker et l'écrivain Bernard Lenteric. Plus près de nous, le joueur de football Tony Proudfoot, des Alouettes de Montréal, deux fois détenteur de la Coupe Grey en tant que demi défensif et deux fois en tant qu'assistant de l'entraîneur-chef, en est aussi décédé le 30 décembre 2010.

> « La sclérose latérale amyotrophique est une maladie jeune dans l'histoire, puisqu'elle n'a fait son apparition qu'au milieu du 19e siècle, [...] elle comporte encore bien des énigmes et demeure mortelle. »

La sclérose latérale amyotrophique est une maladie jeune dans l'histoire, puisqu'elle n'a fait son apparition qu'au milieu du 19e siècle. Deux siècles et demi plus tard, elle comporte encore bien des énigmes et demeure mortelle. Raison de plus s'il en faut pour convaincre nos instances publiques d'accélérer l'investissement dans la recherche.



Un cas d'exception
Stephen Hawking

Le « rayonnement de Hawking » pourrait très bien expliquer les idées géniales émises par cet agile cerveau, prisonnier d'un corps éteint par la sclérose latérale amyotrophique (SLA). À la fin des années 1960, avec le physicien et mathématicien anglais Roger Penrose, Stephen Hawking, brillant astrophysicien, révolutionne la cosmologie en appliquant son théorème de la singularité pour démontrer scientifiquement la théorie du *big bang* et l'origine de l'Univers, unifiant la théorie générale de la relativité d'Albert Einstein et la théorie quantique. En 1973, atteint de SLA depuis plus de 10 ans, il explique que les trous noirs, d'où même la lumière ne peut s'échapper, émettent pourtant un rayonnement, maintenant connu sous le nom de « rayonnement de Hawking ».

Vedette de l'astrophysique, Stephen Hawking possède la voix synthétisée la plus reconnaissable et la plus humaine au monde. Il est un auteur prolifique, grâce notamment à son livre *A Brief History of Time* (1988) vendu à plus de 10 millions d'exemplaires. Né le 8 janvier 1942 à Oxford en Angleterre, exactement 300 ans après la mort de Galilée, il est diagnostiqué au jeune âge de 21 ans. Aujourd'hui âgé de 72 ans, Hawking reste un cas d'exception dans les annales de cette maladie dégénérative. Des confins de son fauteuil roulant et au-delà de son atrophie musculaire, il a transformé, comme Galilée, Newton et Einstein avant lui, notre vision de l'Univers, de l'espace et du temps. Trois fois père et grand-père, son plus grand rêve est de voyager un jour dans l'espace...

L'ORDRE Y ÉTAIT

- Congrès de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires :
- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) :
  - assemblée régulière ;
  - Forum des directions générales ;
  - Journée des syndics ;
  - comité organisateur du Colloque du Forum des syndics ;
  - formation sur les techniques d'entrevue ;
  - comité directeur du Forum des syndics.
- Comité organisateur du Colloque interprofessionnel ;
- Rencontre CMQ-OIIQ-OPIQ pour les lignes directrices en sédation-analgésie ;
- Journées annuelles de santé publique (JASP) : Journée thématique portant sur la collaboration virtuelle en santé publique (comité scientifique) ;
- Colloque du Barreau du Québec — Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire ;
- Colloque sur l'accès à l'information ;
- Premier rendez-vous national sur l'avenir du système public de santé et des services sociaux ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire ;
- Conseil canadien des soins respiratoires inc. ;
- Office de la langue française.

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**

PROFESSION : INHALOTHÉRAPEUTE

SONIA GAUVREAU HONORÉE DU PRIX *MÉRITE DU CIQ* 2014

par **Line Prévost**, inh., réd. a., coordonnatrice aux communications, OPIQ.



Dans l'ordre habituel : Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ, Sonia Gauvreau, récipiendaire du prix *Mérite du CIQ* 2014 et Nathalie Rodrigue, vice-présidente du Conseil interprofessionnel du Québec

Le 24 mai dernier, lors du congrès de clôture du congrès de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, l'OPIQ a rendu hommage à madame Sonia Gauvreau et a reconnu sa contribution remarquable au développement et au rayonnement de votre profession, en lui remettant le prix *Mérite du CIQ* 2014.

Diplômée de la promotion 1992 du Collège de Rosemont, c'est avec un constant souci pour la qualité et le développement de la pratique que madame Gauvreau commence sa carrière à l'Hôpital Charles-LeMoyne, tout en poursuivant des études en gestion. Avec un baccalauréat en administration des affaires en poche, elle devient trois ans plus tard, l'une des plus jeunes chefs de service supervisant cinq départements soit l'inhalothérapie, l'anesthésie, la fonction respiratoire ainsi que les laboratoires de pneumologie, de cardiologie et de neurologie.

Déjà, elle faisait honneur à la profession par son implication exemplaire, siégeant à de nombreux comités : du conseil multidisciplinaire au comité d'implantation de la *Loi 90*.

En parallèle de ses activités professionnelles, elle poursuit ses études universitaires. Après un diplôme de second cycle en gestion de projet, elle obtient sa maîtrise en administration des affaires. Passionnée par les troubles du sommeil, une discipline alors émergente, elle met son expertise au service de l'une des quatre divisions de l'entreprise québécoise Biron Groupe Santé et devient, en 2005, présidente et directrice générale de Biron-Soins du sommeil.

Ainsi, avant-gardiste et visionnaire, elle contribue depuis plusieurs années, par ses actions et son engagement, à l'avancement et au rayonnement de la profession dans un secteur d'activités en pleine expansion.

Ces nombreuses réalisations en font foi : qu'il s'agisse d'élaborer un protocole de prise en charge des soins du sommeil à l'intention des omnipraticiens, de développer une stratégie d'autonomisation des patients, de créer un carnet de santé et d'autres outils pour favoriser l'adhésion thérapeutique, d'obtenir l'Agrément canadien en 2006, de superviser la mise sur pied de plusieurs centres à travers le Québec, elle place toujours le patient au cœur de ses projets.

Elle participe activement à la formation des inhalothérapeutes de son milieu et au maintien de leurs compétences en mettant sur pied une plateforme Web, le *Portail des professionnels* qui d'ailleurs a valu à son équipe l'*OCTAS 2009* dans la catégorie *Solution d'affaires, développement à l'interne*. Elle collabore aussi avec l'OPIQ et l'Association pulmonaire du Québec dans certains projets sur le sommeil.

En lui décernant le prix *Mérite du CIQ*, les administrateurs de l'OPIQ et toute la communauté des inhalothérapeutes souhaitaient saluer son professionnalisme et son *leadership*. Toutes nos félicitations Sonia !

Remerciements

Je dois avouer ma très grande surprise d'avoir été choisie pour recevoir ce prix. Cette marque de reconnaissance de mes pairs — certainement l'une des plus belles que j'ai reçue — m'a profondément émue. Merci du fond du cœur ! Évidemment, je connais mon parcours professionnel, mais la manière dont l'OPIQ a su mettre en valeur mon cheminement et mes réalisations m'a offert l'occasion d'en prendre pleinement conscience et de me féliciter. La vie va trop vite et cette reconnaissance m'a donné l'opportunité d'être fière du chemin parcouru. Nous avons tous besoin de la reconnaissance d'autrui pour stimuler notre motivation. Mais il faut aussi savoir reconnaître notre valeur et, surtout, ne pas attendre qu'on distingue nos réalisations et nos compétences pour déployer nos ailes. Voilà un conseil que je donne à mes employés et à mon entourage. Il faut se faire confiance, prendre des risques et surtout retrousser nos manches devant les épreuves. Enfin, je cultive la résilience. Rappelez-vous à quel point vous pouvez faire la différence dans votre vie et celle de vos patients par vos actions et votre savoir-être. Vous êtes l'artisan de votre succès ! Merci encore pour cette reconnaissance, inattendue certes, mais ô combien gratifiante et appréciée.

Sonia Gauvreau

À L'AVANT-SCÈNE

SONIA GAUVREAU

Nous vous présentons la lauréate du prix Mérite du CIQ 2014.



Occupation : vice-présidente et directrice générale, Laboratoire médical et Soins du sommeil.

Âge : 43 ans.

Lieu de travail : Biron Groupe Santé.

Statut : conjointe de fait.

Bu : champagne. J'adore les bulles, c'est festif !

Lu : *Les quatre accords toltèques.*

Vu : je regarde très peu la télévision et je ne regarde pas beaucoup de films, mais j'ai lu trois et vu deux *Hunger Games*. Très divertissant ! Autrement, j'ai été bouleversée par le film *Incendies*, réalisé par Denis Villeneuve.

Voulu : préserver ma santé pour continuer longtemps à profiter de la vie.

Reçu (cadeau, conseil, etc.) : deux livres : *Les quatre accords toltèques* et *Vivre le moment présent.*

Sur une île déserte, vous apportez : je ne partirais pas sur une île déserte ! J'apporte une toilette, une douche, un chauffe-eau, un électricien, un plombier, etc. Ceux qui me connaissent savent que j'ai besoin d'un minimum de commodités… pour ne pas dire toutes les commodités !

Un voyage inoubliable : Irlande, été 2010.

Votre plus belle réussite personnelle : la pratique des quatre accords toltèques – à noter que je suis loin de réussir à tous les coups. Je vous encourage, ça change une vie. Un accord stipule qu'il faut faire de son mieux, c'est mon préféré ! Un autre dit qu'il faut se pardonner… Ça devient plus facile lorsqu'on fait de son mieux ! Entre les deux, on ne prend rien de personnel et on ne fait pas de supposition… Enfin, j'ajouterai : vivre le moment présent.

Votre plus belle réussite professionnelle : l'organisation des services en soins du sommeil chez Biron. Je suis très fière de la qualité de notre offre de services et de la place qu'occupe l'inhalothérapeute dans la prestation des services.

Un remède quand tout semble difficile : dédramatiser et faire de son mieux ! Se rappeler que nous n'avons parfois aucun contrôle sur une situation donnée, mais qu'on a toujours le contrôle sur notre manière d'y réagir.

Un objectif à atteindre : équilibre travail-famille. J'adore les défis professionnels, mais, évidemment, mon conjoint et mon fils de trois ans demeurent ma priorité.

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes : nous sommes, bien souvent, les artisans de nos propres limites. Croyez en vos capacités, faites-vous confiance et vous saurez vous surprendre. Et surtout, ne manquez pas l'opportunité de vous impliquer !

Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez : gestionnaire. En fait, je suis les deux !

Le bonheur pour vous, c'est quoi ?
Voir les gens que j'aime être heureux.
Un bon repas entouré des gens que j'aime.



Avis de radiation temporaire des activités professionnelles (40-13-034)

Prenez avis que **monsieur Jean-Philippe Lebrasseur** (09184), *inhalothérapeute*, après avoir enregistré un plaidoyer de culpabilité le 28 novembre 2013, a été reconnu coupable par le conseil de discipline d'avoir commis des infractions au *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*. Les actes reprochés au professionnel ont notamment trait à :

Le 11 décembre 2012, l'intimé alors qu'il exerçait sa profession d'inhalothérapeute, au Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, a sciemment omis d'administrer, auprès de divers clients, une médication préopératoire (narcose) telle que requise selon une ordonnance ;

Le 11 décembre 2012, l'intimé alors qu'il exerçait sa profession d'inhalothérapeute, au Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, a fait une fausse inscription au dossier médical de divers clients en indiquant avoir administré le traitement alors qu'il ne l'avait pas fait.

Dans sa décision rendue le 11 mars 2014, le conseil a imposé à monsieur Jean-Philippe Lebrasseur, une radiation temporaire de huit (8) semaines du Tableau de l'Ordre sur chacun des chefs 1 à 10 reprochés à la plainte. Les périodes de radiation devant être purgées de façon concurrente. Enfin, le conseil a également condamné monsieur Lebrasseur à payer tous les frais et déboursés de la cause.

Monsieur Jean-Philippe Lebrasseur a donc été radié de façon temporaire du Tableau de l'Ordre à compter de son inscription comme membre actif de la pratique, soit du 1er avril 2014 au 28 mai 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 156 du *Code des professions*.

Montréal, ce 2e jour de juin 2014.

Maria Gagliardi, avocate
Secrétaire du conseil de discipline
de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Avis de limitation d'exercice

AVIS est par les présentes donné que, lors de sa séance du 13 juin 2014, le comité exécutif de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a limité le droit de **madame Claudine Provost** (82063) d'exercer des activités professionnelles dans les secteurs des soins critiques, de l'urgence, de la sédation-analgésie et de l'assistance anesthésique, incluant l'utilisation d'un téléavertisseur aux urgences et en soins critiques, et ce, en vertu de l'article 51 du *Code des professions*. Le comité exécutif a pris cette décision considérant que, d'après les rapports des examens médicaux ordonnés en vertu de l'article 48 du *Code des professions*, madame Provost présente un état de santé physique et psychique incompatible avec l'exercice de la profession d'inhalothérapeute.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification à l'inhalothérapeute concernée, en vertu des dispositions de l'article 182.3 du *Code des professions*, le droit d'exercer des activités professionnelles de madame Provost est donc limité depuis le **16 juin 2014.**

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du *Code des professions*.

Montréal, le 18 juin 2014.

Josée Prud'Homme, Adm.A., M. A. P.
Secrétaire de l'Ordre

Assemblée annuelle des membres de l'OPIQ

31 octobre 2014 à 8 h

Avis de convocation

Juin 2014
Cher(e)s membres,

Vous êtes convoqué(e)s à la prochaine assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec qui aura lieu **le vendredi 31 octobre 2014 à 8 h**, dans la salle *Louisbourg AB* de l'Auberge Godefroy, à Bécancour.

Veuillez prendre note que conformément à l'article 7 de la *Politique sur les assemblées générales de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, adoptée par le Conseil d'administration de l'OPIQ, vous pouvez amener une proposition à l'assemblée générale. L'article 7 se lit comme suit :

> *« Sauf s'il y a consentement de tous les membres présents à l'assemblée, une proposition sur un sujet qui n'est pas inscrit à l'ordre du jour doit parvenir par écrit, au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire au moins 5 jours francs avant la tenue d'une assemblée. »*

Au plaisir de vous y rencontrer, acceptez, cher(e)s membres, l'expression de nos salutations distinguées.

La Secrétaire,

Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M. A. P.

Ordre du jour

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée ;
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour ;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 4 octobre 2013 ;
4. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 4 octobre 2013 ;
5. Présentation du rapport annuel 2013-2014 ;
6. Nomination de l'auditeur indépendant ;
7. Cotisation 2015-2016 ;
8. Divers ;
9. Levée de l'assemblée.

La Secrétaire,

Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M. A. P.



La FIQ représente 62 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires compétentes et engagées

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

fiq

INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | INHALOTHÉRAPEUTES | PERFUSIONNISTES

fiqsante.qc.ca

opiq
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Liste des personnes retirées du Tableau des membres pour non-paiement de la cotisation, abandon, décès ou retraite

non-paiement de la cotisation

- Ahmed Asra 12224
- Ahmed Silvana 13180
- Beaudet Jasmine 90111
- Cator Patrick 97059
- Chang Michael S.-H. 78111
- Clermont Wesline 00004
- Côté Caroline 96087
- Crecca Margherita 89005
- Dauphinais Doris 84065
- Doucet Marie-Line 99006
- Dupont Line 93095
- Fortin Geneviève 02078
- Gagnon Line 80006
- Hafafni Kamel 11213
- Hamal Özlem 07189
- Hintermueller Edna Benziger 78112
- Ingabire Christella 13190
- Lacas Michel 78004
- Langlois Julie 00046
- Lebel Christine 77065
- Leblanc Isabelle 06107
- Michel Joel Westerbs 14001
- O'Malley Kate 05039
- Presseau Annick 96093
- Ross Nancy 11210
- Simard Claudie 92083
- St-Laurent Katherine 05043
- Thériault Francine 77066
- Thibodeau Lise 76076
- Thiogène Youseline 11119
- Valade Kelly 11173
- Villeneuve Josée 99091

abandon

- Angervil Joanne 08014
- Boucher Sonia 99069
- Beaulieu Mélissa Ann 05115
- Bouchard-Bergevin Janie 12019
- Brisson François 11212
- Chamoun Patrick 05007
- Corriveau Josée 98120
- Desbiens Isabelle 92073
- Dufresne Lynda 90040
- Gosselin Martine 95073
- Gravel Thomas 12128
- Hunt Charles Dimitri 08031
- Jean-Baptiste Asnide 10197
- Labrecque Antony 09031
- Lacasse Lisette 81003
- Laurin Christine 08011
- McLeod Stacy 13201
- Montinor Yves 12013
- René Martine 83088
- Rousseau Manon 85080
- Roy Marie-Claude 82066
- Saint-Cyr Claudie 05108
- Stewart-Mills Talia 12227
- Tanguay Sébastien 05006
- Tremblay France 81097

retraite

- Allard Bertrand Louise 76005
- Ang Sokthan 83019
- Baril Danielle 77050
- Benoît Carole 75118
- Boisvert Suzanne 74097
- Bolduc Toulouse Sylvie 77034
- Brosseau Pierre 88020
- Brûlé Carmen 76067
- Cardinal Diane 76094
- Carobene Antonino 78010
- Caron Paris Julie 93031
- Cournoyer Alain 76023
- Decoeur Ginette 75007
- Desjardins Nicole 78028
- Di Lallo Richard 78030
- Fillion Johanne 72015
- Gagnon Diane 83042
- Gauvin Odette 76030
- Guillot Lyne 76038
- Jacob Céline 93010
- Labbé Johanne 77062
- Langlois Célyne 75102
- Lasalle Francine 75033
- Laurin Monique 72009
- Lavallée Carole 78025
- Lavallée Marie-Nicole 69034
- Lemay Diane 78072
- Mayer-Garneau Cécile 76043
- Moreau Hélène 77009
- Panneton Lise 74105
- Parenteau Sylvie 76103
- Poirier Sylvie 93046
- Pouliot Dominique 74048
- Ryszewski Roslynn 75110
- Simard Raymonde 77019
- Sylvain Céline 78056
- Tremblay Boivin Agathe 75085
- Yelle Louis-Aimé 78020

ENTRECROISÉ

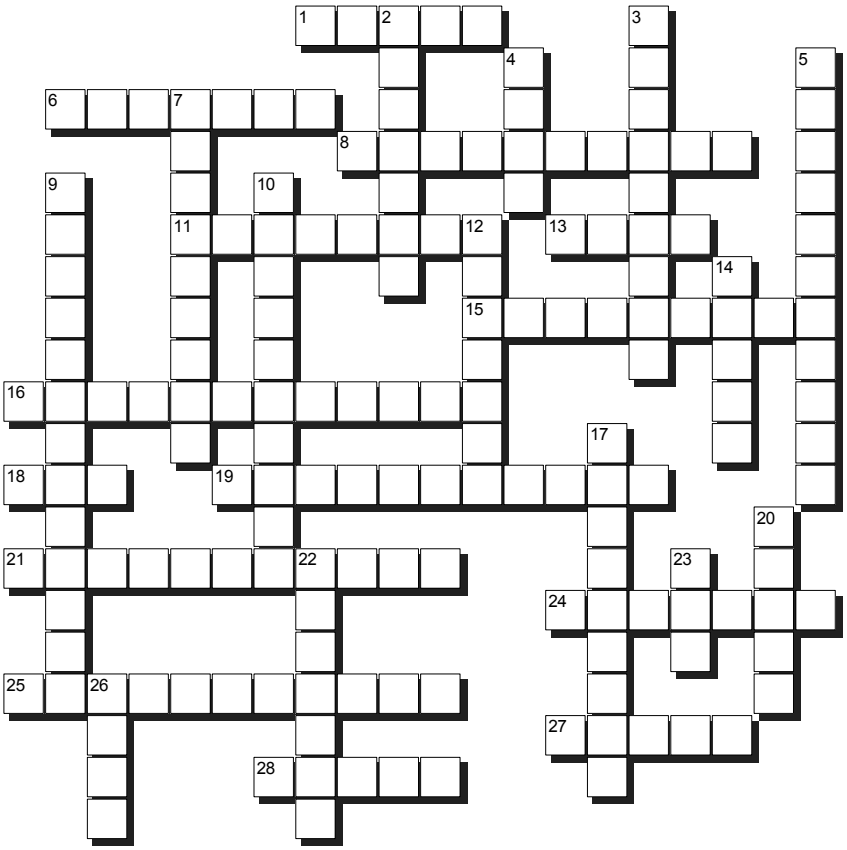
par **Élaine Paré**, inh., M.A., chargée de projet, OPIQ

Veuillez imprimer cette page pour remplir la grille de l'entrecroisé. Selon l'application utilisée pour la lecture, l'entrecroisé peut être complété à l'écran.

Les mots de cet entrecroisé proviennent principalement des articles de ce numéro : « Y a-t-il un médecin dans l'avion ? Non, mais il y a une inhalothérapeute ! » (pages 8-14) et « Transférer un nouveau-né : risqué ou pas ? » (pages 16-18).

Quelques termes sont aussi tirés de l'article « La "maladie de Lou Gehrig" reste un mystère – La sclérose latérale amyotrophique (SLA) » (pages 32-34) ainsi que celui rapportant les résultats de la recherche sur l'efficacité de la formation en ligne du *Campus OPIQ* : « Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle de l'inhalothérapeute ».

Il semble que, peu importe le contexte de nos déplacements, notre expertise est sollicitée ! Bon entrecroisé !



Horizontalement

1 Fraction de la dose d'épinéphrine pour arrêt cardiaque à administrer en cas de choc anaphylactique (type d'épinéphrine que l'on retrouve dans la trousse médicale des transporteurs aériens).

6 Clientèle importante des inhalothérapeutes. Ils sont à risque de développer ou d'être porteurs de BPCO.

8 Forme d'intervention psychologique et sociale qui a pour but d'aider quelqu'un à surmonter les difficultés d'adaptation d'ordre psychologique qui l'empêchent de fonctionner adéquatement dans une situation donnée.

11 Manœuvre manuelle pour désobstruer les voies respiratoires supérieures.

13 Unité des soins intensifs néonataux.

15 Lorsqu'elle présente des manifestations subcliniques, elle peut expliquer les désaturations en oxygène en vol.

16 Contre-indication absolue au vol aérien. Consiste en la présence de gaz dans l'espace pleural.

18 Défibrillateur automatisé.

19 Les inhalothérapeutes les perçoivent grandement améliorées après avoir suivi la formation en ligne en arrêt tabagique.

21 Bien qu'il soit notre outil le plus fidèle, il s'avère difficile à utiliser en avion, principalement à cause du bruit des moteurs et des vibrations.

24 Service de consultation médicale spécialisée à distance. Beaucoup de compagnies aériennes recourent à leur service.

25 Complication pouvant survenir chez le nouveau-né se traduisant par un ralentissement anormal de la fréquence cardiaque, pouvant survenir à la suite d'un mouvement brusque lors du transport.

27 Le pire ennemi du bébé lors d'un transfert interhospitalier.

28 Loi des gaz qui explique leur expansion en altitude.

Verticalement

2 En contexte de transport aérien, c'est une complication vasculaire pulmonaire qui se produit habituellement au débarquement, dans la distance entre le siège du passager et la barrière d'embarquement.

3 C'est le niveau de l'espace intercostal où il faut insérer le cathéter intraveineux en présence d'un pneumothorax en vol.

4 Abréviation anglaise du test qui permet de prédire les besoins en oxygène en vol.

5 Abaissement de la température du corps au-dessous de la normale.

7 Sous-cutané, c'est un signe qui laisse supposer la présence de pneumothorax.

9 Dispositif qui permet l'administration de l'épinéphrine en cas de choc anaphylactique (sans trait d'union).

10 Mouvements d'oscillations rapides auxquels est sensible le nouveau-né lors de son transport.

12 Diminution de la quantité d'oxygène amenée aux tissus.

14 Instable, il constitue une contre-indication de vol aérien durant au moins deux semaines après son apparition.

17 Voie de transport des patients la plus fréquemment utilisée lors de transfert interhospitalier.

20 Complication pouvant survenir à la suite d'un mouvement brusque lors du transport, se traduisant par un arrêt de la respiration chez le nouveau-né.

22 Neurologue français du 18e siècle à qui l'on attribue le nom et la description de la sclérose amyotrophique latérale.

23 Sclérose latérale amyotrophique.

26 Nom commercial qui désigne un ballon réanimateur.

Solution à la page 42
commentaires **elaine.pare@opiq.qc.ca**

babillardopiq

Calendrier des événements

1. 5e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Montréal, 2-3 octobre 2014
2. *Semaine de l'inhalothérapeute*, du 5 au 11 octobre 2014
3. Formation de base en asthme et en MPOC offerte par le Réseau québécois de l'asthme et la MPOC (RQAM), les 8-9-10 octobre 2014, hôtel Sandman, Longueuil
4. Colloque montérégien 4e édition, le 18 octobre 2014
5. *Semaine des thérapeutes respiratoires*, du 19 au 25 octobre 2014
6. 2e Conférence internationale sur le raisonnement clinique, 28-31 octobre 2014, Hôtel Westin, Montréal
7. Congrès québécois en santé respiratoire, 6 et 7 novembre 2014, Plaza Centre-Ville, Montréal
8. Journées annuelles de santé publique (JASP), du 24 au 26 novembre 2014, Centre des congrès de Québec

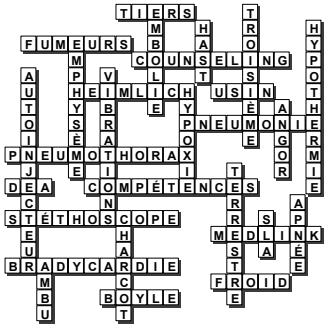
Bourses d'excellence 2014

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 2014 :

- **Isabelle Roy** (14080) Cégep de Chicoutimi
- **Philippe Lebourdais** (14029) Collège de Valleyfield
- **Raphaël Laforme** (14046) Collège de Rosemont
- **Vincent Caron** Cégep de Sherbrooke
- **Nader Hanania** (14170) Cégep Vanier
- **Simon Brousseau** (14133) Cégep de l'Outaouais
- **Olivier Couture** (14091) Cégep de Sainte-Foy

Solution de l'entrecroisé



Formation continue

Nouvelles activités de formation en ligne

OPIQ-801. Introduction à la pratique fondée sur des données probantes en sciences de la santé par madame Monique Clar, bibliothécaire, Université de Montréal.

OPIQ-802. Polysomnographie : les nouvelles règles d'analyse des événements respiratoires selon l'*American Academy of Sleep Medecine 2012* par madame Sylvie Laporte, inh., CHU Sainte-Justine.

OPIQ-803. Exercice, alimentation et prévention cardiovasculaire par Dr Martin Juneau, cardiologue, Institut de cardiologie de Montréal.

Ajout à une activité de formation

OPIQ-303. Arythmies cardiaques. Mise en ligne en 2009, cette activité a été bonifiée par l'ajout des fiches formatives suivantes :

1. **Dérivations périphériques :**
   - bipolaires
   - unipolaires
   - précordiales
2. **Vecteurs cardiaques – axe électrique moyen**

À noter que pour ceux et celles qui ont déjà terminé cette formation, il est toujours possible d'y accéder (gratuitement) par le *Campus OPIQ*, sous l'onglet *Liste des cours que vous avez terminés*.

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

Info-Mobinaute



***Visible Body* Atlas d'anatomie humaine**

Fruit des années de collaboration entre des ingénieurs informatiques, des spécialistes en visualisation biomédicale, des physiciens et des anatomistes. Le système anatomique utilisé a été créé à partir des modèles les plus précis et les plus détaillés disponibles dans le domaine médical. *Visible Body* est l'application interactive la plus complète de visualisation du corps humain en trois dimensions sur le web. Elle offre la possibilité d'explorer, en trois dimensions, plus de 2400 structures anatomiques, y compris tous les principaux organes et systèmes du corps humain.

Le service est accessible gratuitement après l'ouverture d'un compte sur le site. Son utilisation est encouragée pour les enseignants, les élèves et les étudiants en médecine, mais aussi pour toute personne désirant approfondir ses connaissances sur le corps humain.

Des abonnements *Visible Body* sont également disponibles pour l'éducation. Il existe aussi une version *Visible Body* pour iPad 2 (24,99 $).



Vous aimerez peut-être aussi l'**Atlas d'anatomie Netter**, gratuit mais disponible en anglais seulement,

Précision

Dans l'édition d'avril 2014, à la page 18, dans la note du tableau 4 : il aurait fallu lire « Depuis la parution de ce tableau en 2008, cette échelle de dyspnée du *British Medical Research Council* a été modifiée de 0 à 4 au lieu de 1 à 5. »

L'échelle modifiée n'apparaît pas encore sur le site de la Société canadienne de thoracologie. Le *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*, organisme regroupant des experts de plusieurs pays publiant des lignes directrices pour le traitement de la BPCO, utilise par contre déjà l'échelle modifiée.

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

L'OPIQ fait peau neuve !

Ce printemps, l'OPIQ s'est offert une cure de jouvence en plus de s'inviter sur les médias sociaux !

Jetez un coup d'œil à notre nouveau site Internet. Plus convivial, avec une interface jeune et actuelle, il présente une information mieux structurée pour faciliter la recherche.

Et pour ne rien manquer des actualités de l'Ordre, branchez-vous !





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

QUESTIONNAIRE

Questions relatives aux textes ***Y a-t-il un médecin dans l'avion? Non, mais il y a un inhalothérapeute!*** en pages 8-14 et ***Transférer un nouveau-né: risqué ou pas?*** en pages 16-18.

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

01 **Lorsqu'une mère arrive à un centre primaire en travail prématuré, il est préférable :**

a) d'attendre qu'elle accouche pour ensuite transférer le bébé prématuré ;
b) de transférer la mère, avant l'accouchement si possible, vers un centre adapté à ses besoins ;
c) d'appeler l'équipe de transport néonatal pour transférer la mère ;
d) de demander à la mère de conduire avec son véhicule personnel vers le centre de soins secondaire ou tertiaire le plus proche.

02 **Parmi les éléments suivants, lequel décrit le mieux l'avantage de requérir aux services d'une équipe spécialisée en transport néonatal ?**

a) Ceci augmente la rapidité du transfert vers le centre de soins critiques
b) Ceci diminue le besoin de transport aérien
c) Ceci diminue la morbidité et la mortalité du nouveau-né
d) Ceci augmente les chances de complications lors de transfert

03 **VRAI ou FAUX**

Chaque équipe de transport néonatal compte un néonatologiste présent avec eux ?

a) Vrai
b) Faux.

04 **Dans le modèle ontarien, lequel parmi des énoncés suivants, décrit le mieux la procédure d'exécution d'une ordonnance en médecine de transport pour une équipe sans médecin ?**

a) L'inhalothérapeute va demander toutes les ordonnances nécessaires avant de partir vers le centre référent
b) L'inhalothérapeute va communiquer avec le néonatologiste pour chaque ordonnance requise
c) L'inhalothérapeute n'a pas besoin d'ordonnances étant donné qu'il n'est pas dans son hôpital de base
d) L'inhalothérapeute travaille selon des directives médicales (ordonnances collectives) et appelle le médecin lorsque les besoins sortent de l'encadrement établi

05 **Quelle loi de gaz explique l'augmentation du volume de gaz en atmosphère ?**

a) Charles
b) Boyle
c) Gay-Lussac
d) Bernoulli

06 **Laquelle parmi ces conditions n'est pas une contre-indication absolue pour voyager en avion ?**

a) Pneumothorax
b) Angor instable
c) Pneumomédiastin
d) Chirurgie récente par laparoscopie

07 **Lequel parmi les effets suivants n'est pas une conséquence de l'altitude ?**

a) Réduction du seuil convulsif
b) Réduction de la solubilité des gaz
c) Déplacement de la courbe de dissociation de l'oxygène vers la gauche
d) Expansion des gaz

08 **Dans quelle espace intercostal l'insertion d'un cathéter intraveineux est-elle recommandée pour le traitement d'un pneumothorax en vol ?**

a) 2e espace intercostal
b) 3e espace intercostal
c) 4e espace intercostal
d) 5e espace intercostal

09 **Quel est le mécanisme compensatoire des effets de l'altitude durant un vol ?**

a) Augmentation de la ventilation minute
b) Réduction du volume circulant
c) Augmentation de l'hémoglobine
d) Réduction du travail cardiaque

10 **VRAI ou FAUX**

Comme je ne suis pas « en service », je n'ai pas à documenter mon intervention, le cas échéant.

MAQUET
GETINGE GROUP

SERVO-U
PLATEFORMES VENTILATOIRES SERVO



L'innovation, c'est vous!

MAQUET – The Gold Standard.

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



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