

VOLUME 25
NUMÉRO 1
AVRIL 2008

l'inhalo



Revue de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

25^e

ANNIVERSAIRE



GE Santé



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

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



SpiroDynamics:

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

CRF INview:

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

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



l'imagination en action

Éditorial

La tournée provinciale : un rendez-vous à ne pas manquer!

Au moment d'écrire ces quelques lignes, la présidente et moi-même nous apprêtons à entamer une tournée provinciale pour vous rencontrer. Il y a fort longtemps que nous avons eu la chance de nous entretenir avec vous, à part dans un contexte d'assemblée générale ou de congrès.

Une tournée provinciale est pour nous une occasion privilégiée et plus intime d'échanger avec nos membres sur l'évolution des grands dossiers et des activités de l'Ordre en général. Nous espérons donc avoir la chance de vous rencontrer en grand nombre.

Comme vous le savez, plusieurs projets sont sur notre table à dessin. Certains connaissent un dénouement heureux et satisfaisant tandis que d'autres sont plus laborieux. À ce chapitre, le dossier du rehaussement de notre formation initiale traîne en longueur tandis que celui sur la tenue de dossiers en assistance anesthésique soulève plusieurs questionnements et inquiétudes.

Concurremment, nous consacrons beaucoup d'effort à intégrer d'autres groupes de personnes, dont les perfusionnistes cliniques et les candidats étrangers. Intégrer d'autres personnes signifie changer, s'adapter, accepter l'autre. Bien que cela puisse représenter un défi important, le climat de confiance et de collaboration que nous avons établi avec nos partenaires facilite les discussions. Ce défi nous voulons le relever avec vous. Sommes-nous prêts à accueillir ces personnes?

Évidemment, je ne peux répondre à votre place, mais moi ce que je constate depuis près de 27 ans, c'est que les inhalothérapeutes ont toujours fait preuve d'innovation, d'ouverture aux changements. Bien sûr avec des réticences et des craintes, mais si nous n'avions pas eu le courage d'avancer, où en serions-nous?

Ceci m'amène à souligner le 25^e anniversaire de notre revue. Fruit de l'initiative d'inhalothérapeutes visionnaires impliqués et passionnés, notre revue a su s'adapter aux nouvelles réalités de notre profession. Je tiens à remercier ces inhalothérapeutes qui encore aujourd'hui ont le feu sacré de la profession. Alors merci Carole Prud'Homme, Gaétan Vanier, Michel Chagnon, Jean-Guy Chapdelaine et Lucie Raymond.

Je tiens aussi à souligner le travail acharné de Line Prévost à faire de chaque revue, un outil toujours plus intéressant et attrayant. La publication de notre revue année après année est un bel exemple de persévérance et de collaboration de la communauté des inhalothérapeutes.

Un anniversaire nous fait toujours prendre conscience à quelle vitesse le temps file. Même si parfois le découragement nous gagne face à l'évolution de certains dossiers qui nous tiennent à cœur, force est de constater que le courage, la persévérance et la détermination finissent par donner des résultats.

Et dans certains dossiers, comme accéder à une formation de niveau universitaire, je me dis parfois que d'attendre l'approbation des autres ne mène pas toujours à un aboutissement positif. Qui est mieux placé que nous-mêmes pour décider ensemble de se doter d'une formation universitaire?

Voilà un aperçu des sujets qui seront abordés lors de notre tournée provinciale et voilà pourquoi c'est un rendez-vous à ne pas manquer!



Josée Prud'Homme
Directrice générale et secrétaire

Sommaire

| | |
|---|----|
| ÉDITORIAL | 3 |
| MOT DE LA PRÉSIDENTE | 6 |
| Dossier | |
| DÉJÀ 25 ANS! | 9 |
| BON ANNIVERSAIRE! | 12 |
| Pédiatrie | |
| LE CLOWN DOCTEUR : UNE AIDE THÉRAPEUTIQUE INDÉNIABLE | 14 |
| RRRI | |
| PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE DE FIBROSE KYSTIQUE (MUCOVISCIDOSE) | 18 |
| Résumé scientifique | |
| Évaluation de la prise en charge de la bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins | 22 |
| QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE POUR LA FORMATION CONTINUE | 27 |
| MOTS ENTRECROISÉS | 28 |
| Finances | |
| ÉTALEZ LA PLANIFICATION FISCALE SUR TOUTE L'ANNÉE | 29 |
| QUI SOMMES-NOUS? | 30 |
| PROTECTION RESPIRATOIRE | 32 |
| Quoi de neuf? | |
| TENUE DE DOSSIER EN ASSISTANCE ANESTHÉSIQUE | 34 |
| D'ordre juridique | 37 |
| BABILLARD | 40 |
| ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE | 42 |

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

Nathalie Béard, inh., Hélène Boucher, inh.,

Eric Cardin, inh., Réjean Duchesne, inh.,

Francine Gagnon, inh.,

Mylène Gauthier, inh., Mélanie Grondin, inh.,

Francine Lehouillier, inh., Pascal Rioux, inh.,

Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.,

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Pauline Breton-Truchon, Raymond Proulx,

Andrée Tremblay

MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

2^e vice-présidente

Nathalie Béard, inh.

Trésorière

Francine Lehouillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

M. Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A.

Adjointe à la direction générale

M^{me} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles

Line Prévost, inh.

Secrétaire de direction : Clémence Carpentier

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

Secrétaire à l'accueil et service aux membres

Marie-Andrée Cova

Syndic : Joëlle Larivière, inh.

Inspecteur permanent : Marise Tétrault, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Martine Gosselin, inh., Nicole Laberge, inh.,

M^{me} Andrée Lacoursière, Geneviève Languérand, inh.,

Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin, Elaine Paré, inh.,

Carole Prud'homme, inh.,

Daniel Smith, inh., Marise Tétrault, inh.,

Benoît Tremblay, inh.

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

**ORDRE PROFESSIONNEL
DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2008**

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et Archives

nationales du Québec.

ISSN-1494-1945

Conception et réalisation

Quand le chat est parti... inc.

Revision et correction d'épreuves

Gilles Vilasco, Interactif inc.

Traduction

Michael Ryan

Photos des membres de l'OPIQ

Photos Gariépy

Autres photos

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

Photos Gariépy

Production graphique

Transcontinental Québec

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

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

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

Courriel : info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel

des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

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

Téléc. : (514) 931-3621

Courriel : info@opiq.qc.ca

Envoi de publication : contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes

désigne aussi bien les femmes que les hommes.

l'inhalo n'est associé à aucune publicité

apparaissant dans ses pages.



Notre revue fête cette année ses 25 ans d'existence. Un quart de siècle, ce n'est pas rien! J'en sais quelque chose : fraîchement diplômée, il y a maintenant 26 ans, j'avais peine à m'imaginer inhalothérapeute aussi longtemps! Et tout comme le petit lapin des publicités *Energizer®*, je fonctionne toujours et je crois plus que jamais en cette profession qui est la nôtre! Dans la vie d'une institution, un 25^e anniversaire donne l'occasion de jeter un regard sur ce qui a été accompli et sur les perspectives d'avenir et les défis à relever. Cette édition est donc un numéro anniversaire à conserver : nous vous proposons une mosaïque de toutes les *unes* depuis le mois d'octobre 2003, date de la première parution; Mme Carole Prud'homme relate la création de *l'Inhalo-Scope* et enfin je trace les différentes étapes de production de la revue, telle qu'elle est aujourd'hui.

Bien que ce soit un numéro anniversaire, le contenu scientifique n'a pas été pour autant laissé pour compte. Le CHU Sainte-Justine nous présente en primeur une étude sur l'évaluation et la prise en charge de la bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins, à laquelle ont participé deux inhalothérapeutes. Pour rester en pédiatrie, nous vous proposons un article sur le clown docteur et son aide précieuse. Martine Gosselin, coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, communique les résultats du projet pilote multicentrique sur la tenue de dossiers en assistance anesthésique. Nous vous présentons également différentes fonctionnalités du *campusopiq* et poursuivons la présentation de la permanence de l'OPIQ.

Plusieurs d'entre vous remarqueront qu'il n'y a pas d'alertes dans ce numéro. Produire ces alertes à chaque parution demande beaucoup de recherche et de temps, et Mme Tétrault et ses trois collaborateurs désirent maintenant se consacrer à d'autres projets. Mme Tétrault continuera cependant de collaborer de façon ponctuelle, au gré de son inspiration. En mon nom personnel, je les remercie sincèrement pour leur contribution à la revue et leur souhaite la meilleure des chances dans leurs projets à venir. Je vous invite toutefois à consulter la chronique info-Internet où vous trouverez deux liens de références vous permettant de continuer à recevoir de l'information pertinente sur les avis, mise en garde, retrait, etc.

L'hiver. Le mot seul possède une assonance antipathique (François Latraverse, extrait de *La Vérence*).

Mais le printemps s'en vient! Les cœurs en chocolat ont fait place aux lapins et *cocos* de Pâques. Les journées allongent tranquillement (il fait maintenant presque clair lorsque j'arrive au bureau à 6 h 30!). Le temps des sucres approche... alors qu'au moment d'écrire ces lignes, il fait -23 °C et qu'une nouvelle bordée de neige (encore!) vient de nous tomber dessus! Espérons que le printemps sera hâtif, prémisses d'un été tant espéré (par moi en tout cas!). Bonne lecture!

Line Prévost



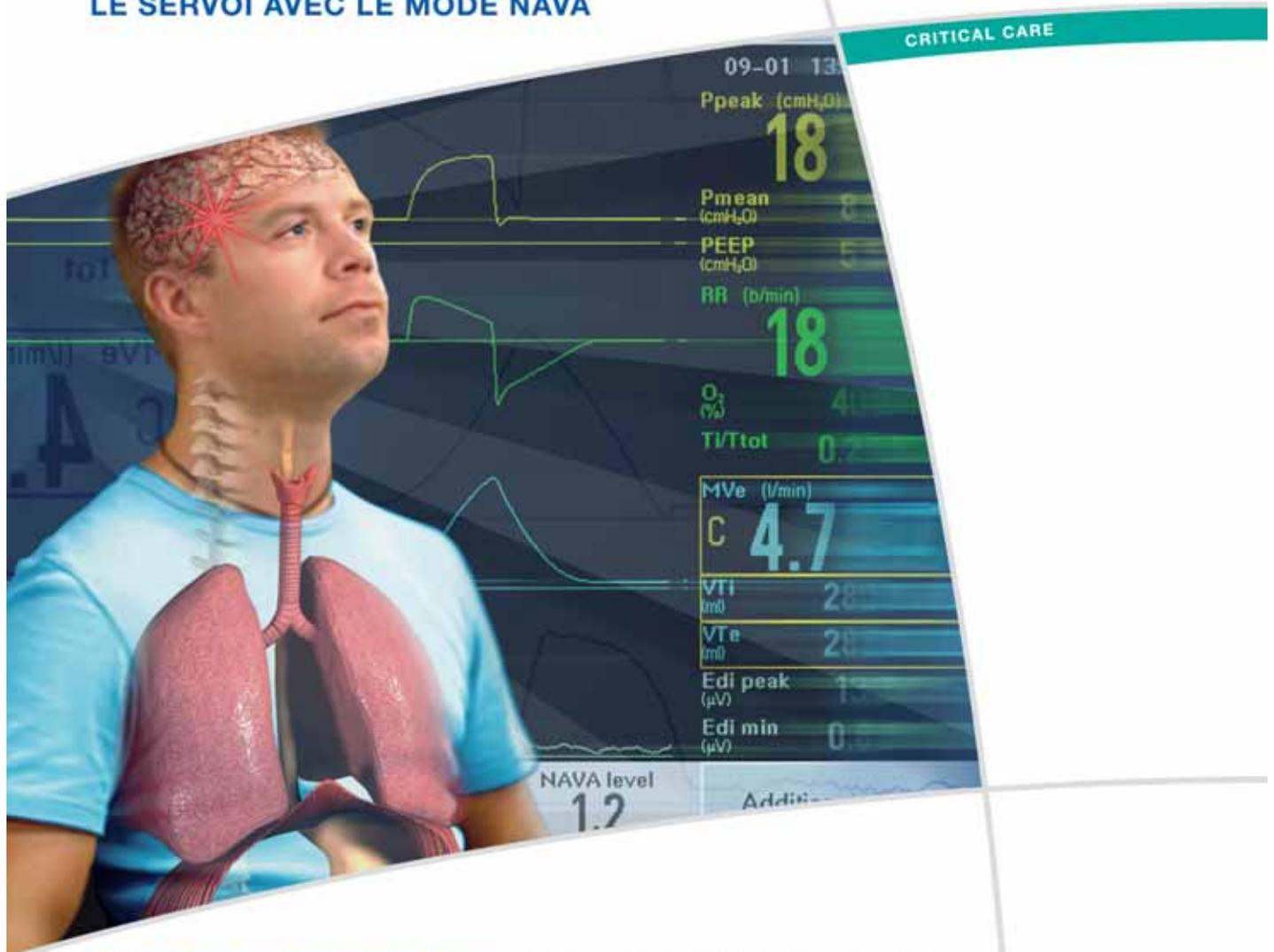
Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux affaires professionnelles

Index des annonceurs - Avril 2008

| | | | |
|------------------------|----------|---------------------|-------|
| ASSOCIATION PULMONAIRE | p. 39 | INVACARE | p. 31 |
| ASTRAZENECA | p. 44-45 | LA CAPITALE | p. 43 |
| ASTRAZENECA | p. 48 | LABORATOIRE MÉDICAL | |
| BM ENR. | p. 19 | BIRON | p. 46 |
| BOMIMED | p. 36 | MAQUET-DYNAMED | p. 5 |
| COVIDIEN | p. 17 | MÉDIGAS | p. 12 |
| CSQ | p. 13 | PARAMÉDIC | p. 37 |
| GE HEALTHCARE | p. 2 | RCR PRO | p. 16 |
| GRASS TELEFACTOR | p. 47 | UOAT | p. 21 |

MAQUET

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



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



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

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

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

MAQUET - The Gold Standard.

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

MEMBER OF THE GETINGE GROUP



Nous voilà déjà au début du printemps! J'espère que vous avez passé la période hivernale sans trop d'inconvénients.

Dans le dernier numéro, je vous mentionnais que je vous tiendrais au courant de l'évolution des dossiers. Voici donc des nouvelles pour deux d'entre eux, dont l'aboutissement est fort différent. Commençons par celui qui a connu un dénouement positif, pour poursuivre sur une note plutôt négative.

Répondant civil

En 2002, l'Ordre des comptables en management accrédités du Québec (CMA) entreprenait des démarches afin que les ordres professionnels à titre réservé puissent agir en qualité de répondants civils. À cette époque, et jusqu'à aujourd'hui, seuls les ordres professionnels à champ exclusif pouvaient agir à titre de répondants civils afin de valider l'identité d'une personne aux fins d'une demande de délivrance d'une copie d'acte ou d'un certificat civil. Le certificat et la copie d'acte sont des documents authentiques, délivrés par le Directeur de l'état civil, qui prouvent un événement survenu au Québec, soit la naissance, le mariage, l'union civile ou le décès. Cette politique s'avérait donc discriminatoire. L'OPIOQ fut le premier ordre à s'inscrire et à soutenir la démarche de l'Ordre des CMA.

Par le biais du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), plusieurs démarches furent entreprises afin de convaincre l'instance gouvernementale de changer sa procédure.

J'ai le plaisir de vous informer que depuis décembre 2007 un protocole d'entente avec le Directeur de l'état civil a été entériné et que l'OPIOQ a adopté une proposition d'adhérer à ce protocole en date du 25 janvier 2008.

Par ailleurs, vous devrez respecter certaines exigences si vous agissez à titre de répondant civil :

- Être citoyen canadien;
- Exercer votre profession au Québec;
- Connaître personnellement le demandeur depuis au moins deux ans et suffisamment pour attester de l'exactitude des renseignements fournis à la section 1 du formulaire « *Déclaration du répondant* »;
- Être autorisé par le Directeur de l'état civil à agir comme répondant (être membre en règle de l'OPIOQ);
- Fournir, sur demande, des renseignements sur l'identité des personnes pour lesquelles vous avez agi comme répondant;
- Vous acquitter gratuitement de cette tâche.

Vous pouvez consulter l'adresse web <http://www.etatcivil.gouv.qc.ca/fr/certificat-copie-acte.html> pour de plus amples informations sur les demandes effectuées au Directeur de l'état civil.

Voilà une belle victoire gagnée par les démarches du CIQ à la demande de certains ordres professionnels à titre réservé. Comme quoi il ne faut jamais désespérer du temps que prennent certaines représentations au sein des instances gouvernementales.

Formulaire pour l'obtention d'une vignette de stationnement

Un dossier qui connaît un moins bon déroulement est celui du formulaire pour l'obtention d'une vignette de stationnement pour personnes handicapées. Cette saga dure depuis plus de dix ans. Eh oui! dix ans et, comme vous pourrez le constater, rien ne semble présager un tant soit peu l'ombre d'une solution.

Vous vous souvenez que certains inhalothérapeutes œuvrant dans les CLSC déplorent le fait que les formulaires qu'ils ont signés pour leur clientèle MPOC sont refusés par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ). Le motif évoqué étant que l'inhalothérapeute n'est pas un professionnel habilité par la loi à signer un tel formulaire. Les professionnels reconnus pour signer ces formulaires sont

- l'éducateur spécialisé du réseau de la santé;
- l'ergothérapeute;
- l'infirmier;
- le médecin;
- l'optométriste;
- le physiothérapeute;
- le psychologue.

Maints échanges et tentatives pour trouver une solution furent entrepris au cours des dix dernières années. Aucune avenue ne semblait pointer à l'horizon jusqu'à l'automne 2006, où une rencontre avec deux représentants de la SAAQ (le directeur du développement en sécurité routière et le directeur médical) ainsi qu'une représentante du ministère des Transports (conseillère politique au cabinet de la ministre) eut lieu. Lors de cette rencontre, on demanda à l'OPIOQ de fournir des informations afin de documenter le nombre de demandes faites aux inhalothérapeutes, et ce, dans le but de valider la pertinence d'un changement réglementaire. Un sondage a alors été effectué auprès des inhalothérapeutes pratiquant dans les CLSC et les cliniques MPOC. Votre collaboration a été significative et un bilan positif fut dressé afin de démontrer le bien-fondé d'une telle démarche. Malgré un envoi en date du 25 janvier 2007, détaillant les avantages pour

la clientèle MPOC de faire signer leur formulaire de demande d'obtention d'une vignette de stationnement par les inhalothérapeutes, nos démarches sont restées lettre morte. Aucun suivi, voire aucun accusé de réception n'a été envoyé à l'Ordre malgré des relances en mai et novembre 2007. D'ailleurs, dans cette dernière missive nous notions que l'intérêt de la part de la SAAQ était pratiquement inexistant et nous déplorions le manque de considération démontré par l'absence de réponse aux derniers envois.

Que faut-il conclure du déroulement de ce dossier? Ces démarches furent entreprises dans le but ultime de servir adéquatement la clientèle MPOC et ainsi lui faciliter un certain processus administratif. Comment maintenant faire évoluer ce dossier?

Faut-il demander aux inhalothérapeutes concernés de faire des démarches auprès de leurs députés? Je crois en effet que cette décision relève totalement du politique et que malheureusement le côté humain et l'efficacité des services de santé arrivent en second et troisième ordre.

Verra-t-on un jour l'aboutissement de ce dossier? J'en doute fort, mais ce qui est déplorable c'est qu'une clientèle vulnérable en paiera le prix!

Céline Beaulieu, inh., B.A.
Présidente



Céline Beaulieu

President's Message

And so spring begins! I hope you passed a pleasant winter free of any major difficulties.

In the last issue, I said that I would keep you apprised of developments in our various files. Here's the news regarding two that had very different outcomes. Let's start with the file that had the positive outcome, before moving on to one with a more negative outcome.

Civil Guarantor

In 2002, the Ordre des comptables en management accrédités du Québec (CMA) undertook steps so that members of professional orders with reserved title could act as civil guarantors. Up until this point, only professional orders with exclusive mandates can act as civil guarantors to confirm the identity of a person in regards to the delivery of a copy of an act or a civil certificate. The certificate and the copy of an act are legal documents provided by the Directeur de l'état civil, verifying that an event has occurred in Québec, whether a birth, a marriage, a civil union or a death.

This policy was effectively discriminatory. The OPIQ was the first Order to register and to support the efforts of the CMA.

Through the efforts of the Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), a number of initiatives were undertaken to convince the governmental decision-making body to change the policy.

I am pleased to inform you that in December 2007 a memorandum of understanding with the Directeur de l'état civil was ratified and that OPIQ adopted a proposition to adhere to this memorandum on January 25, 2008.

Nonetheless, you must meet certain requirements if you are to act as a civil guarantor. You must:

- Be a Canadian citizen;
- Practice your profession in Québec;
- Personally know the applicant for at least two years well enough to attest to the accuracy of the information provided in section 1 of the application form «*identification of applicant*»;
- Be authorized by the Directeur de l'état civil to act as a guarantor (be a member in good standing of OPIQ);
- Furnish, upon demand, information regarding the identity of the persons for whom you have acted as a guarantor;
- Provide the service free of charge.

You can consult the following website <http://www.etatcivil.gouv.qc.ca/fr/certificat-copie-acte.html> for more detailed information about applications to the Directeur de l'état civil.

This is a satisfying victory was achieved through the steps taken by the CIQ at the request of certain professional orders with reserved titles. One should never despair about the amount of time it takes for certain actions to be undertaken in cases that involve governmental decision-making bodies.

The application form for a parking permit

A file that hasn't unfolded so positively is the one addressing the application form for a parking permit for disabled persons.

This saga has gone on for ten years. That's right, ten years! And as you might guess, there is no sign of even the vaguest motion in the direction of a solution.

You will remember that some respiratory therapists working for the CLSC lament the fact that the application forms that they have signed for their MPOC clientele were rejected by the Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ). The explanation offered was that respiratory therapists are not part of a profession authorized by the law to sign the application form. The recognized professionals for this application form are

- health sector specialized educator;
- ergotherapist;
- nurse;
- doctor;
- optometrist;
- physiotherapist;
- psychologist.

Much debate and many efforts at achieving a solution have been undertaken over the last ten years. No approach seemed to lead toward a resolution before the autumn of 2006, when a meeting was held with two representatives of the SAAQ (the Director of Development for Road Safety and the Medical Director), as well as a representative of the Ministry of Transport (A political councillor to the Ministry chambers). During this meeting, we requested that the OPIQ provide information allowing us to document the number of demands made to respiratory therapists, with the objective of proving the necessity for a change to the regulations. A poll was therefore conducted amongst respiratory therapists working with the CLSC and the MPOC clinics. Your cooperation had a signifi-

cant impact, and a positive report was presented to indicate the necessary basis for this undertaking. In spite of the fact that it was submitted on January 25, 2007, indicating in detail the advantages for the MPOC clientele to having the application form for a parking permit signed by a respiratory therapist, our efforts have failed to achieve anything. No follow-up, not even an acknowledgement of receipt was sent to the Order in spite of subsequent resubmissions in May and November of 2007. In addition, with our last missive we noted that interest on the part of the SAAQ was practically nonexistent, and further noted our distress at the inconsideration indicated by the lack of a response to our past submissions.

What conclusions can we draw about the unfolding of the file?

These steps were taken with the ultimate objective of adequately serving the MPOC clientele, and to facilitate a particular administrative process.

Where do we go from here with this file?

Should we request that respiratory therapist directly affected approach their deputies? I believe that this decision is entirely a matter of politics and that unfortunately the human factor and the efficient delivery of health services are in second and third place.

Will we one day see the resolution of this file? I strongly doubt it, but what is deplorable is that a vulnerable clientele will pay the price!

Céline Beaulieu, R.R.T., B.A.
President



A handwritten signature in black ink that reads "Céline Beaulieu".



Un site de référence pour les proches de personnes âgées

Auteur: Catherine Crépeau

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 28, N° 40, 19 décembre 2007, p. 14

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) lançait cet automne un site Web pour répondre aux besoins d'information et de soutien exprimés par les proches aidants de personnes âgées : <http://www.aidant.ca/home.php?page=5>



Le site contient, entre autres, un répertoire de ressources de soutien, un compte rendu de l'aide financière gouvernementale, un forum de discussion où il est possible d'échanger avec d'autres aidants, ainsi qu'une formation en ligne pour aider les proches de personnes âgées à mieux faire face au stress lié aux situations auxquelles ils doivent faire face.

Le site s'adresse aux aidants voulant garder leur proche à la maison et aux proches de gens âgés vivant en centre d'hébergement.

Aidant.ca a été créé grâce à la collaboration du Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA) de l'IUGM et de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille.

Afin de pallier la disparition des alertes médicales, nous vous suggérons le site suivant MedEffet Canada :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index_f.html



Vous y trouverez toute l'information à l'égard des :

- avis, mises en garde et retraits;
- *Bulletin canadien des effets indésirables* (BCEI);
- abonnement à l'avis électronique MedEffet : vous recevrez sans frais par courrier électronique les avis, mises en garde et retraits quotidiens, ainsi que le *Bulletin canadien des effets indésirables* (BCEI).

De plus, en consultant le lien suivant, du même site :

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/index_f.html, vous aurez accès aux listes de retrait de marché des médicaments et des instruments médicaux.



Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

Franchir le quart de siècle, c'est toujours un jalon important, qui fournit la double occasion de mesurer le chemin parcouru et d'envisager les perspectives de développement. Depuis 25 ans, la revue l'inhalo contribue à la formation continue des inhalothérapeutes, ainsi qu'à l'animation de cet univers professionnel. Cette publication fournit ainsi une contribution essentielle au champ de la santé cardiorespiratoire, sous l'angle de la promotion, de la prévention, de l'offre de soins et de la protection du public.

Cet anniversaire me procure aussi l'occasion de souligner le rôle crucial que jouent les inhalothérapeutes au sein de nos équipes multidisciplinaires de soins. Au-delà du traditionnel cadre de pratique hospitalier, ces professionnels sont aujourd'hui appelés à exercer dans de nouveaux milieux, notamment en raison du développement des soins ambulatoires et du vieillissement de la population. Cette profession relativement jeune en est donc une d'avenir et de défis, que nos jeunes ont tout intérêt à explorer au moment de choisir une carrière.

Pour le travail accompli, félicitations à l'équipe de l'inhalo et à celle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.

Philippe Couillard





Déjà 25 ans!

(par) [Carole Prud'homme, chef de service inhalothérapie, neurologie et cardiologie CSSS Haut-Richelieu/Rouville]

L'idée de concevoir une revue scientifique pour notre profession est née d'une discussion de corridor en fin de journée où des passionnés se rassemblaient pour discuter de différents sujets. Nous étions tous de jeunes professionnels qui croyaient que la lecture d'articles scientifiques contribuait à l'amélioration de la pratique. Comme il existait peu de revues francophones sur le marché, nous avons décidé qu'il fallait en créer une. Nous travaillions alors presque tous à l'Hôpital Pierre-Boucher : Michel Chagnon, Jean-Guy Chapdelaine, Carole Prud'homme, Lucie Raymond sauf Gaéтан Vanier qui lui était de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Nous avons donc délégué Lucie Raymond, qui siégeait alors au Bureau du conseil d'administration de la Corporation des inhalothérapeutes du Québec, pour proposer au Conseil de nous confier le mandat de voir à la création d'une nouvelle publication trimestrielle. C'était un projet audacieux, car nous ne disposions pas de budgets, et bien naturellement, nous nous impliquions tous bénévolement. Je proposai « l'inhalo-Scope » comme nom, ce qui signifiait une vision sur toute la sphère de l'inhalothérapie. Mais attention, nous ne voulions surtout pas en faire la revue de l'Hôpital Pierre-Boucher, mais vraiment celle de la Corporation.

Il fallait donc trouver des compagnies prêtes à acheter des pages de publicité pour nous financer. Nous avons alors confié à Gaéтан Vanier la lourde tâche de vendre des contrats pour financer une revue qui était à ce moment inexistante! Très motivé, Gaéтан proposait aux différents fournisseurs de s'occuper personnellement des montages. Il s'est montré très convaincant : six compagnies se sont engagées à nous soutenir dans ce grand défi et encore aujourd'hui, certaines sont encore de fidèles partenaires.

Les premières parutions furent difficiles, car lorsque nous manquions d'articles pour combler les espaces, nous en écrivions! Nous étions aussi, tour à tour photographes, acteurs, créateurs si la situation le demandait. Les textes étaient envoyés à l'imprimerie, mais pour épargner des coûts, nous exécutions tous les montages, c'était un long travail qui prenait parfois plusieurs heures. Puis arrivait la correction des épreuves où nous relisions plusieurs fois les articles. Il ne fallait surtout pas nous dire que la revue n'était pas lue ou encore qu'elle était jetée dès sa réception, car pour nous c'était un outil indispensable. Rapidement, les inhalothérapeutes se sont approprié la revue (leur revue!), et ont commencé à écrire des articles ou des chroniques.

Peu à peu, au fil des années, *l'inhalo-Scope* s'est métamorphosé, il est passé du noir et blanc à la couleur, du papier mat au papier glacé, de 24 pages à 48 pages, de 6 à 12 pages de publicité, il en a même perdu son « Scope ». Malheureusement, par manque de relève, il n'y a pas eu de parutions pendant une certaine période. Heureusement, il a refait surface pour rester.

Son contenu a également évolué pour suivre les besoins des membres de l'Ordre, c'est maintenant un merveilleux outil de formation continue. C'est aussi un canal d'informations de premier choix pour tous les volets de la profession. Pour les différentes compagnies médicales ou pharmaceutiques, c'est une belle fenêtre pour exposer et faire connaître leurs produits.

Nous sommes à l'ère de l'informatique, de l'Internet, mais il est toujours intéressant de feuilleter une revue imprimée

d'une telle qualité. Ça me fait toujours plaisir, lorsqu'une personne fait référence à un article qu'il a lu dans *l'inhalo* et lorsque je constate que les revues sont conservées précieusement dans les bibliothèques. Dans la profession, il y a des inhalothérapeutes qui se distinguent et c'est bien qu'ils puissent partager avec leurs confrères par la rédaction d'articles.

Oui, il y a vingt-cinq ans, nous avons eu une idée et c'était une idée de génie! La preuve : d'autres inhalothérapeutes continuent de relever le défi et c'est essentiel pour le maintien de nos compétences professionnelles.

Merci de me permettre de pouvoir encore lire *l'inhalo*.



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

Nos valeurs

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

SON LEADERSHIP...

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





L'INHALO SCOPE

L'INHALO SCOPE

inhalo SCOPE

• Fibrose kystique
• Anesthésie en pédiatrie
• L'ETC 1998
• Anesthésie pédiatrique

DÉONTOLOGIE
ÉTHIQUES
ASTHME
• Bronchite chronique
• À l'épreuve
• ANESTHÉSIE
• L'asthme

La vérification quotidienne des appareils d'anesthésie
La journée de l'Inhalo

La monitoring respiratoire aux autres hôpitaux
Assurance responsabilité civile
Les jours de l'Inhalo
Le traitement de l'asthme en pédiatrie

Le traitement de l'asthme en pédiatrie (Deuxième partie)
Représentation des professionnels du secteur clinique

PHARMACOLOGIE
TECHNIQUE
PSYCHOLOGIE

L'OPIC
EN MARCHÉ
vers

L'OPIC
Le travail de nuit efficace
Le SESP
Le travail de nuit efficace

L'inhalothérapie
un professionnel à 100 %

Fonction Respiratoire
Spirométrie / Polysomnographie

Cardiologie
• La chirurgie cardiaque
• La chirurgie cardiaque
• La chirurgie cardiaque

Les états de choc

L'arrêt tabagique

POLYDIPLOMATIE

arts

La ventilation assistée
le rôle de l'inhalo
Nouvelles Extractions
Mouvements Oxygènes
(2005)

La MPOC
• Démystifier la MPOC
• La MPOC
• Éducation
• un outil thérapeutique
en soins respiratoires

Une DÉCENNIE
d'évolution
Faire face
au SPAS

Développement de la ventilation non effractive
Extension sur la mobilité de la main-d'œuvre

Essais diagnostiques
Optimisez vos interventions

LA DOU
Méthode de soulagement avancé
Évalué chez l'enfant
Concept réponse

MODE
REMPLOI

RCR et SO

Néonatalogie et pédiatrie

ASTHME
PR

ASTHME
PR



dossier

Bon Anniversaire!

Octobre 1983. Je feuillette avec attention le premier numéro de *l'inhalo-Scope*, nouvelle revue professionnelle de la Corporation des inhalothérapeutes du Québec. Quelle ne fut pas ma surprise de m'apercevoir que deux collègues de promotion étaient parmi les instigateurs! En effet, Carole Prud'homme, Gaétan Vanier et moi sommes de la *cuvée* 1982 du Collège de Rosemont. Je me rappelle que j'avais alors salué leur initiative, leur audace et aussi leur engagement. Comme le mentionne Carole (*cf.* page 8), et c'est encore malheureusement le cas aujourd'hui, les revues scientifiques francophones de qualité ne sont toujours pas légion et produire une revue de cette envergure n'est pas chose aisée. Étrange coïncidence tout de même que je sois appelée, 25 ans plus tard, à en présenter une rétrospective. Je saisis donc l'occasion qui m'est ainsi offerte, pour remercier, en mon nom personnel et au vôtre, Michel Chagnon, Jean-Guy Chapdelaine, Carole Prud'homme, Lucie Raymond et Gaétan Vanier. Ce sont en effet les fiers architectes de cet outil de communication et de formation qu'est devenu notre revue professionnelle. Ils ont accompli un travail colossal avec les moyens du

bord et l'on ne peut qu'applaudir aujourd'hui à leur initiative et ténacité.

En 1994, *l'InhaloScope* est devenu la revue de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Ce n'est qu'à l'aube des années 2000 que *l'InhaloScope* a cédé le pas à *l'inhalo*, au moment même où nous fêtons les 30 ans de l'inhalothérapie au Québec. À l'instar des professionnels qu'il représente, *l'inhalo* a évolué, a su s'adapter aux divers changements et, comme le bon vin, s'est bonifié au fil des 25 dernières années. Au-delà de ses multiples métamorphoses, résultat d'autant de collaborations avec différentes firmes graphiques, le contenu scientifique aussi s'est modelé aux diverses nouveautés technologiques, pharmacologiques et découvertes médicales qui ont jalonné le parcours professionnel des inhalothérapeutes.

Pour apprécier à sa juste valeur le travail accompli par ses fondateurs, il faut connaître les phases de la production d'une revue. Je vous propose donc dans les quelques lignes qui suivent, un survol des différentes étapes de production de *l'inhalo*, tel qu'il est aujourd'hui.

Une fois le thème trouvé, commencent la sollicitation d'auteurs (inhalothérapeutes ou autres professionnels) pour la rédaction d'articles originaux et la recherche de textes scientifiques de qualité suscitant votre intérêt, tous secteurs d'activités confondus, ce qui n'est pas une mince tâche et beaucoup de temps et d'énergie y sont consacrés. Viennent ensuite les demandes écrites dans le but d'obtenir les autorisations de reproduction de différents articles provenant de revues médicales spécialisées. Depuis ces quatre dernières années, les maisons d'enseignement collaborent régulièrement et à tour de rôle, à la production d'un texte et d'un questionnaire en lien avec le thème retenu, ce qui enrichit le contenu final. Une fois le choix des textes arrêté, je les relis une première fois en préparation à l'envoi au réviseur/correcteur. J'assure ensuite la coordination des échanges entre le réviseur, les auteurs, la firme graphique et l'imprimerie. Au total, tous les textes seront lus au moins trois fois avant la production des épreuves d'imprimerie et deux fois après. Malgré cela, quelques erreurs réussissent à se glisser ici et là. Les mandats de la recherche publicitaire et de la production gra-



Lévis
5410, boul. de la Rive Sud,
suite 78-A
Ville Vanier
455, ave Becharde
Chicoutimi
90 rue Des Routiers

Saint-Léonard
4885 Jean-Talon Est
Ville St. Laurent
3200, boul. Pitfield,
suite 100
Laval
2012 René-Laennec
suite 150

Longueuil
1715, chemin de Chambly
Sherbrooke
565, rue King Est, suite 200
Gatineau
1819, rue St-Louis

Numéro sans frais (866) 446-6302

Respirez bien.
Dormez bien.
Vivez bien. ^{MC}

 **Medigas**
Une entité de Praxair

phique de la revue sont désormais confiés à des firmes spécialisées.

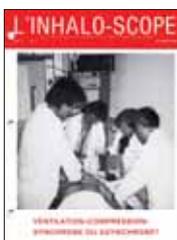
En 2005, nous célébrions le 20^e anniversaire de la reconnaissance de notre profession et de son intégration au sein du système professionnel. Au cours de la dernière décennie, notre profession, en pleine effervescence, fait face à de nouvelles réalités cliniques mettant de plus en plus en relief le rôle de l'inhalothérapeute clinicien. C'est en considérant la diversité des milieux et les réalités de chacun que le contenu scientifique de chaque édition est composé. J'espère que chacun y trouve son compte!

L'OPIQ possède maintenant une politique éditoriale pour sa revue. Comme vous avez pu le constater à la lecture des dernières parutions, de plus en plus d'inhalothérapeutes participent activement au contenu scientifique en rédigeant des articles et j'espère que ce n'est qu'un début! Votre implication est gage d'une revue de qualité et assure ainsi sa pérennité. À cet égard,

c'est toujours avec plaisir que je reçois vos suggestions et vos propositions.

En terminant, je remercie tous les artisans passés, présents et futurs qui s'impliquent de près ou de loin à la réalisation de *l'inhalo*. Pour ma part, je ne fais que poursuivre le travail débuté il y a maintenant 25 ans... Longue vie à notre revue professionnelle!

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux affaires professionnelles



Lauréat de la Mention d'honneur pour la Semaine de l'inhalothérapeute 2007

La Semaine de l'inhalothérapeute 2007 s'est déroulée du 30 septembre au 6 octobre dernier. Dans le cadre de cet événement se tenait, comme chaque année, le concours de la Mention d'honneur, instauré afin de souligner les initiatives locales pour faire connaître notre profession au grand public. Le comité a reçu cinq candidatures : la plupart ont tenu des kiosques d'information destinés au personnel de leur établissement hospitalier et au grand public et toutes ont développé des outils et des dépliants informatifs. Plusieurs avaient également préparé des montages réels représentant divers secteurs d'activités de l'inhalothérapie et le choix ne fut pas aisé en raison de la qualité des activités soumises. Le comité souhaite donc saluer l'immense travail réalisé par tous les inhalothérapeutes impliqués, dans un contexte difficile de pénurie d'effectifs. On entend et on voit de plus en plus le mot *inhalothérapeute* à la radio et dans les journaux ces temps-ci, et ce, grâce à des professionnels engagés.

Une équipe s'est néanmoins démarquée par la visibilité obtenue : elle est allée à la rencontre de la population desservie par leur CSSS en installant un kiosque d'information dans leur centre d'achat régional. J'ai donc le plaisir d'annoncer que la Mention d'honneur pour l'année 2007 a été décernée à Mmes Anne Bélanger et Édith Gagnon du CSSS Haut-Richelieu/Rouville. Toutes nos félicitations!

Je remercie les membres du comité, Dominique Brault, Dominique Hébert, et Marie-Hélène Robert, pour leur générosité et le partage de leur vision de notre pratique professionnelle.

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux affaires professionnelles

La FSQ-CSQ
est fière
de souligner
la contribution des

INHALOTHÉRAPEUTES

à notre
système public
de santé



Centrale des syndicats
du Québec



Fédération
de la santé
du Québec



LE CLOWN DOCTEUR : une aide thérapeutique indéniable

(par) [Jean Guy Mongeau, MD, FRCP(C), professeur retraité en pédiatrie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et Florence Vinit, DESS, Ph. D., chargée de cours à l'Université Concordia.]

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 29, N° 1, 9 janvier 2008, pages 14 et 15

Étonnement, curiosité, peur ou émerveillement, la figure du clown laisse rarement indifférent : le symbole du nez rouge traverse les frontières culturelles pour susciter un imaginaire de fête et un parfum d'enfance.

Dans le monde structuré de l'hôpital, la spontanéité et le goût de la transgression du clown en font un élément inusité. Restreinte au début du siècle à de simples visites ponctuelles, il faut attendre les années 1980 pour voir la présence clown-

nesque prendre une forme régulière et organisée : à New York, le Clown Care Unit met au point un modèle de clowns docteurs mimant la figure médicale sur le mode de l'humour; au Canada, une approche plus relationnelle très empreinte de la philosophie d'intervention des *child life specialists* naît à Winnipeg sous l'influence du projet « Robo », mis en place par Karen Ridd. Parler de « clown thérapeutique » demande donc d'aller au-delà du divertissement auquel on l'associe généralement pour s'interroger sur la manière dont le clown peut s'inscrire de manière complémentaire dans le plan de soins du patient ou de l'enfant hospitalisé.

Notre démarche consistera ici à examiner les éléments d'ordre relationnel, ludique, voire psycho-corporel à l'origine, des effets thérapeutiques du clown, et ceci plus spécifiquement dans le processus de réadaptation de l'enfant polytraumatisé. Cette exploration a été permise par l'observation participante effectuée au sein d'un hôpital de réadaptation montréalais, dans un des programmes d'intervention de l'organisme canadien Dr Clown.



Les fonctions positives du rire sont nombreuses et commencent à être abordées dans la documentation scientifique. Sur un plan physiologique (Martin, 2001; Buxman, 1995), les recherches effectuées durant les 15 dernières années ont montré que le rire affectait positivement la résistance du système immunitaire, la tolérance à la douleur, la pression sanguine et le taux d'endorphines. Sur le plan psychologique, le rire entraîne une modification dans la perception du stress, permettant de relativiser une situation, de détourner son attention d'une douleur physique ou d'un élément jugé négativement.

Impact thérapeutique

L'intervention du clown ne se résume pas à faire rire pour autant. Si le clown nourrit l'imaginaire et l'émerveillement grâce à la qualité de sa formation artistique, le clown dit « thérapeutique » fait ainsi un pas de plus : il ne cherche pas tant à se mettre en valeur personnellement, à offrir un spectacle, qu'à redonner confiance et pouvoir au patient. Sa force thérapeutique tient à une vulnérabilité assumée, mise au service d'une qualité de relation avec le patient : travaillant dans le « ici et maintenant » le clown s'adapte à la situation cognitive, émotionnelle et physique de l'enfant en fon-

tion de sa capacité à interagir. L'impact thérapeutique de son intervention se situera donc à différents niveaux du processus de réadaptation.

Contexte

Précisons d'emblée que dans le domaine de la rééducation comme dans tout milieu médical, l'intervention du clown ne remplace pas les soins de base, les traitements particuliers exigés par la pathologie ou le contrôle de la douleur. Dans le contexte de la traumatologie, la présence du clown peut même s'avérer préjudiciable dans les situations confusionnelles : l'enfant sortant à

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.

peine du coma est souvent trop fatigable pour se concentrer suffisamment; l'humour et l'aspect ludique peuvent lui devenir étrangers en raison de l'effort cognitif qu'ils exigent. Dans un contexte où le transfert des soins intensifs aux cliniques de réadaptation a lieu de plus en plus rapidement, la nécessité s'impose de stimuler les patients de manière progressive, de façon à ne pas interférer négativement avec le plan de soin élaboré par le personnel.

Une figure familière

Lorsque le clown intervient dans un hôpital pédiatrique général et dans un centre de réadaptation, il agit comme une figure familière et un repère pour les parents, parfois pour l'enfant lorsqu'il est suffisamment conscient pour reconnaître ces « docteurs » au nez rouge. Cette présence rassurante n'est pas négligeable dans un climat où les référents hospitaliers sont très nombreux.

Cette adaptation demandée à la famille et à l'enfant s'ajoute à la désorganisation produite par l'événement traumatique et les changements qu'elle entraîne dans la cellule familiale. Souvent présents de manière quasi continue à l'hôpital, dans un état d'épuisement physique et émotionnel, les parents apprécient la visite des clowns comme l'occasion d'une pause et d'une détente dans leurs trop longues journées d'attente. En détournant leur attention de l'anxiété suscitée par les aléas et la lenteur du processus de réadaptation, les parents retrouvent un moment de complicité avec leur enfant, à nouveau autorisé à rire comme tous les jeunes de son âge.

Le clown devient alors un confident à qui l'on fait part de l'avancée de la réadaptation, des moments d'espoir ou de découragement. « Cela fait du bien aux parents et aux enfants. Quand on rit, on ne pense pas à autre chose. On les voit, et cela fait notre journée », explique à cet égard le papa d'un enfant hospitalisé.

Stabilité et dédramatisation

La régularité de la présence des clowns (visite bihebdomadaire) agit comme un facteur de stabilité dans la stimulation mnésique et cognitive des enfants (à l'inverse de la perte de repères et des troubles anxieux qui accompagnent souvent l'après-coup du traumatisme). Le travail en duo permet de moduler le degré de participation de l'enfant en le sollicitant parfois sur un mode plus passif : regarder et arbitrer l'interaction des clowns entre eux, par exemple. Sur le plan relationnel, la familiarité avec les jeux et improvisations proposés favorise l'établissement d'une confiance hors de l'autorité nécessaire incarnée par le personnel de soins. Parce que sa visite ne s'inscrit pas dans une obligation, le clown occupe très rapidement la place d'un confident. « Les enfants disent des choses

aux clowns qu'ils ne disent pas aux autres. Il permet de dédramatiser les situations », dit une orthophoniste.

Interaction

Le clown favorise également la socialisation et le « réamorçage » d'une communication moins anxiogène entre les différents enfants hospitalisés. Les limites allouées aux chambres sont souvent transgressées par le fait que les enfants se retrouvent les uns chez les autres pour regarder les clowns tout en apprenant à laisser la place à celui qui est plus spécifiquement placé au centre de l'improvisation. Cette reconnaissance d'un temps de rencontre limité mais donné pleinement à chacun s'inscrit fondamentalement dans le processus visé par la réadaptation sociale, l'hospitalisation entraînant parfois des comportements d'enfant roi et la difficulté à tolérer la présence de l'autre. « Les clowns permettent aux enfants de

Le clown introduit un climat de convivialité dans l'établissement et un brin d'humour dans un contexte exigeant des règles à suivre et un cadre de travail rigoureux. S'ajoute à cela un travail de complémentarité avec les clowns par la participation de ces derniers aux réunions de coordination, ce qui permet d'adapter le comportement et les interventions à la situation de l'enfant. Cela donne aussi au personnel la possibilité de profiter du regard du clown pour désamorcer une difficulté de l'enfant en la prenant par un autre angle que celui de la lecture médicale ou psychosociale habituelle.

jouer ensemble. Sinon, ils sont tout le temps en thérapie individuelle. C'est important pour la réadaptation que les clowns permettent cette interaction en groupe. Ensuite, cela nous aide quand on organise des activités de groupe, car les enfants se connaissent déjà », remarque à cet égard une physiothérapeute de l'hôpital. Étonnamment, le clown, pourtant figure habituelle de transgression, favorise aussi une normalisation du rapport de l'enfant à son corps, à ses handicaps et à ses relations avec son entou-

rage : l'enfant est invité à collaborer avec d'autres patients, à accepter que l'attention du clown soit partagée, qu'il y ait une limite à sa disponibilité.

L'apport du jeu

Outre créer une occasion de détente, la présence du clown facilite l'expression émotionnelle et la créativité : le jeu agit comme un espace transitionnel permettant à l'enfant de mettre en scène et de s'approprier certaines émotions en les intégrant à une improvisation ou à une métaphore. L'honnêteté de jeu du clown offre un miroir à l'enfant, l'autorisant à jouer ce qu'il ressent, au-delà des censures émotionnelles parfois mises en place par sa situation d'enfant malade. Comme l'exprimait une thérapeute : « Les enfants se permettent des choses qu'ils ne font pas en thérapie. Ils sont plus libres. Cela agit comme un exutoire, permet d'évacuer des sentiments et des émotions, dans la légèreté. » L'improvisation favorise également la réappropriation de l'événement traumatique : le fait de reproduire dans le jeu l'accident ou le passage dans le coma qui en a résulté favorise la diminution de l'anxiété et des pensées « obsessionnalisantes » en ce qui concerne l'angoisse et le trou mnésique créé par l'événement.

Le clown sollicite également d'autres modes de communication que le langage verbal : par l'importance de sa présence corporelle, par l'amplitude donnée au rythme spécifique d'une émotion (traduite ensuite en mouvements), il invite ses partenaires de jeu à une pleine habitation de leur propre corps et de leurs sensations (à l'inverse de la labilité thymique souvent observée comme symptôme post-traumatique). Chez les adolescents, le bouleversement de l'image du corps induit par le traumatisme vient renforcer celui créé par le passage de cet âge : la sollicitation ludique par le jeu et l'improvisation, l'accent mis sur le mode du plaisir permettent un réinvestissement progressif de l'image du corps.

Un accompagnateur

Au regard du processus de réadaptation physique, le clown apparaît également comme un facteur de moti-



vation : accompagnement dans les passages entre deux thérapies, parades dans le corridor aidant à la motivation de l'enfant. En apprenant à l'enfant des gestes qu'il peut reproduire (tour de magie, par exemple) le clown favorise un processus de rééducation motrice, sans que celle-ci ne soit perçue comme une pression ou un exercice supplémentaire. Le clown fait également office de miroir identificatoire pour l'enfant : la maladresse de l'artiste au nez rouge permet à l'enfant de relativiser sa propre impuissance, voire de renverser les rôles en lui permettant d'enseigner quelque chose au clown. Cette capacité de prendre soin de l'autre nous apparaît comme un élément fondamental du processus de réadaptation.

Un travail d'équipe

Sur le plan de la vie institutionnelle en réadaptation, le clown introduit un climat de convivialité dans l'établissement (détente, rire, chansons, joyeux chaos) et un brin d'humour dans un contexte exigeant des règles à suivre et un cadre de travail rigoureux. S'ajoute à cela un travail de complémentarité avec les clowns par la participation de ces derniers aux réunions de coordination, ce qui leur permet d'adapter leur comportement et intervention à la situation de l'enfant. Cela donne aussi au personnel la possibilité de profiter du regard du clown pour désamorcer une difficulté de l'enfant en la prenant par un autre angle que celui de la lecture médicale ou psychosociale habituelle. Au Canada, mentionnons que le programme des clowns thérapeutiques, loin d'être un élément anecdotique, est maintenant présent dans certains hôpitaux montréalais dans les départements de soins palliatifs. Au Brésil, l'Université de Rio offre un cours complet pour devenir clown thérapeutique aux étudiants en médecine et en art, tandis que certaines institutions

américaines ont inclus des cours sur l'humour dans leur programme de formation.

Conclusion

Le traumatisme, si l'on en interroge l'étymologie, constitue pour l'enfant un « démolissage du monde », un brusque effondrement de ce qui en permettait la cohésion. Dans le programme d'intervention observée, le clown possède un impact thérapeutique par le fait de connaître l'enfant et de l'accompagner des soins intensifs aux différentes étapes de sa réadaptation, de travailler directement avec l'équipe des soins en complémentarité au plan de soins élaboré pour l'enfant en tâchant de lui redonner un sentiment de pouvoir personnel et en le stimulant joyeusement dans les différentes fonctions qu'il doit maîtriser. Le clown aide ainsi à réhabiliter chez l'enfant non la seule conscience de son schéma corporel, mais aussi ce que Françoise Dolto (1992) désignait par le terme d'image du corps, de « synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations ». Le corps atteint par le traumatisme n'est pas seulement une masse de chair; il est le vecteur d'un lien à l'autre et l'expression du désir de l'enfant. Le clown rappelle ici combien le regard, la parole et le mode d'interaction instauré avec l'enfant polytraumatisé participent de cette restructuration de l'image du corps en favorisant le vécu d'un corps plus unifié.

Références

1. Buxman Karyn (Ed). *Nursing Perspectives on Humor*, Staten Island, New York, Power Publishers, 1995.
2. Dolto, Françoise. *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1992.
3. Dowling JS. Humour : a coping strategy for paediatric patients. *Paediatric Nursing* 2002, 28(2), p. 123-31.
4. Le Breton, David. *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.
5. Martin R. "Humor, laughter, and physical health : methodological issues and research findings". *Psychological Bulletin* 2001, 127; p. 504-19.
6. Oppenheim D, Simonds C, Hartmann O. "Clowning on children's wards". *The Lancet*, 350:1838-1840, 1997.
7. Robinson, Vera. *Humor and the Health Professions*, Thorofare, NJ, CB Slack. 1990.
8. Rosenberg, Lisa. "Clinical articles : a qualitative investigation of the use of humor by emergency personnel as a strategy for coping with stress". *Journal of Emergency Nursing* 1991, 17 : 4.
9. Simonds, Caroline, *Journal du docteur Girafe*, Robert Laffont, 2001.
10. Van Blerkom LM, "Clown doctors : shaman healers of western medicine". *Medical Anthropology Quarterly* 1995, 9 ; p. 462-75.
11. Vinit, Florence. « Drôles de docteurs, réflexions sur la fonction thérapeutique du clown ». *Culture Clown*, no 7, Intervention sociale des clowns, publication du Centre de recherche sur le Clown contemporain, février 2004, p. 21-4.

Plan stratégique 2007-2011
À la croisée des chemins

Nos valeurs

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

SON ENGAGEMENT...

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



"Redonnez le
souffle de vie"

Richard Meloche, inh., RRT

maître-instructeur certifié par la Fondation des maladies du cœur du Québec
et agr. par Emploi-Québec

Formation en Soins d'urgence cardiovasculaire et RCR
Formation en Défibrillation externe automatisée
Membre de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur

Tél : (514) 891-4459



du manque de souffle à l'audace

Nous sommes Covidien. Un des plus grands fournisseurs d'instruments médicaux, de fournitures médicales, de produits pharmaceutiques et d'imagerie. Pour tous les soins, afin de mettre au monde de nouvelles vies et pour sauver des vies avec les systèmes de ventilation Puritan Bennett. Anciennement Tyco Healthcare, nous sommes maintenant une société de produits médicaux autonome et dynamique engagée à fournir des innovations et à créer des partenariats positifs avec la communauté médicale.



www.covidien.com

COVIDIEN et COVIDIEN avec logo sont des marques de commerce de Covidien AG. © 2008 Covidien AG. Tous droits réservés.



Présentation d'un cas clinique de FIBROSE KYSTIQUE (MUCOVISCIDOSE)

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

Nous commençons dans cet article une première étude de cas clinique. Véronique Ferland¹ est une patiente de 32 ans atteinte de fibrose kystique, en attente d'une greffe pulmonaire. Elle a été vue une première fois dans le cadre d'un stage clinique en septembre 2007 où elle a pu grandement tirer avantage d'une séance en rééducation respiratoire. Depuis ce temps, une inhalothérapeute à domicile poursuit l'accompagnement. À la suite de cette première intervention, Véronique a souhaité émettre les commentaires suivants :

« Ça a changé ma vie... Mes poumons sont ventilés de bas en haut, d'en avant jusqu'en arrière. Je suis plus forte dans mes muscles. Mon miracle s'est produit, je respirais, ça n'en finissait plus d'entrer, ce n'était même pas forçant. Je voulais le crier à tout le monde. Je souhaite du plus profond de mon cœur que cet enseignement soit apporté à plus de gens possible dès que l'on est jeune. Ce cadeau viendra aussi m'aider après la greffe. »

« J'ai plus d'énergie, je maîtrise ma toux et mon drainage plus facilement. J'ai moins d'infections, moins d'engourdissements dans les jambes; je retrouve mon souffle plus vite et panique moins. »

Description de la séance

À mon arrivée à la maison, Véronique prenait son aérosol avec une pièce buccale assise dans son lit. Après l'avoir saluée, je lui demande si elle peut s'asseoir sur le bord du lit et d'incliner légèrement le tronc en avant à partir des hanches sans fléchir au niveau de l'estomac. Elle le fait immédiatement et dit être en mesure déjà de prendre de meilleurs volumes plus facilement. Une fois l'aérosol terminé, nous allons nous asseoir à la cuisine.

Observations et interventions en position assise

SaO₂ : 93 % et fréquence cardiaque (FC) : 110 par minute.

Posture : Légèrement penchée en avant, dos très droit et mains en appui sur les genoux.

Intervention 1

Je lui demande de simplement relâcher le bas du dos.

Observation post intervention :

SaO₂ : ↑94 % et FC : ↓105 par minute.

Cette position lui semble inhabituelle mais elle se sent mieux pour respirer.

Intervention 2

Je lui demande de faire une flexion avant de 15 degrés à partir de la position précédente en inspirant par la bouche, laissant le dos s'ouvrir, et en utilisant une flexion des orteils à l'expiration et une extension à l'inspiration.

Observation post exercice :

SaO₂ : ↑96 % et FC : ↓100 par minute.

Intervention 3

Je lui demande de prendre sa position de départ (penchée avec appui des mains et bras sur les genoux, la position de récupération suggérée fréquemment).

Observation poste exercice :

SaO₂ : ↓90 % et FC : ↓118 par minute.

Commentaires sur les interventions et observations

Véronique emploie le positionnement classique enseigné pour les insuffisants respiratoires. Je remarque que le dos est trop cambré et je lui enseigne qu'il est possible, à partir de cette posture de base, d'obtenir encore plus de relâchement et même d'initier un exercice qui lui permettra de conserver encore mieux son énergie tout en mettant moins de tensions dans ses épaules

et ses bras. Cet exercice est la flexion sur chaise² adaptée pour le début à 15 degrés environ.

Après 5 minutes d'exercices avec repos, Véronique a atteint son véritable potentiel de repos musculaire. Pour comparer, je lui ai fait reprendre la position initiale et elle a pu constater immédiatement la différence.

Observations et interventions en décubitus dorsal

Position de départ : SaO₂ : 93 % et FC : 99 par minute stable en décubitus dorsal.

Intervention 4

Exercice de flexion sur chaise, comme fait précédemment, mais adapté en décubitus dorsal : je lui demande de ramener une jambe vers l'abdomen en expirant et en fléchissant les orteils puis redressement des orteils en inspirant par la bouche tout en relâchant les épaules.

1^{er} essai : SaO₂ 91 %, tousses et expectore dès la fin de l'exercice, puis la SaO₂ remonte à 94 %.

2^e essai : SaO₂ passe de 94 à 92 %, tousses et expectore facilement encore puis revient à 94 % avec une FC à 92 par minute.

Intervention 5

Extension de la tête en décubitus dorsal.

SaO₂ : ↑96 % et FC : ↑88 par minute.

Commentaires sur les interventions et observations

L'exercice de flexion sur chaise peut être adapté (comme tous les exercices en RRRI) en position debout ou en décubitus dorsal. Nous sommes donc allés à nouveau dans la chambre pour qu'elle puisse le faire

sur son lit; ce qui pourra lui être utile le matin au réveil où lorsqu'elle se sentira moins bien.

Après un seul exercice, la ventilation augmentée a déjà amené une toux productive (avec désaturation temporaire) avec beaucoup moins d'effort selon elle; de plus, elle récupère beaucoup plus vite.

Le réel besoin pour les personnes est de favoriser une toux efficace mais avec le moins d'effort possible, ce qui est le cas avec la RRRRI, tout en ayant moins besoin d'une tierce personne ou d'un appareil.

Si la position en décubitus dorsal l'amène à trop tousser d'une toux sèche, je lui recommande d'inspirer et d'expirer lentement par le nez pour endiguer cette toux inutile. Elle peut également faire l'exercice en décubitus latéral. Elle comprend mieux l'importance d'adapter les exercices à son potentiel.

Observation et interventions en position assise avec respiration abdominale

SaO₂ départ : 93 % et FC : 113 par minute.

Respiration abdominale volontaire :

SaO₂ 1 minute : ↑95 % et FC : ↑106 par minute.

SaO₂ 3 minutes : ↓91% et FC : ↓120 par minute avec fatigue et diaphorèse.

Intervention 6 : flexion avant

SaO₂ : ↑96 et FC : ↓105 par minute.

Commentaires sur les observations et les interventions

Comme Véronique posait des questions sur la respiration abdominale, je lui ai expliqué qu'à volume courant on ne devrait pas avoir besoin de forcer même avec une pathologie pulmonaire. Le ventre ne se gonfle pas, il se soulève à l'inspiration parce que le diaphragme est libre; il peut donc mieux se soulever parce que l'on a enlevé les tensions qui l'empêchaient de le faire. Le résultat obtenu démontre ce qui est enseigné en RRRRI pour de nombreux patients. Si la respiration abdominale aide à court terme, elle peut être fatigante à moyen et long terme. Elle amène des tensions supplémentaires dans tout le corps.

Véronique comprend bien qu'avant de faire une activité physique plus intensive comme la marche, le vélo

ou le renforcement avec des poids, il lui est plus profitable de « se donner » du souffle qui sera utilisé pour ses activités plutôt que de forcer inutilement. Elle comprend aussi qu'elle pourra faire ses exercices avant de prendre ses aérosols afin de profiter de la capacité inspiratoire augmentée.

Observations de Véronique une semaine après la séance : « J'ai moins de périodes de toux inutiles. C'est moins fatigant qu'un clapping (et que le flutter®) et je peux le faire toute seule. Si j'avais su cela il y a 15 ans... »

En résumé, cette séance avec Véronique nous démontre une des multiples possibilités lorsque l'on utilise adéquatement la rééducation respiratoire. Si on ne doit pas créer de faux espoirs, il devient tout aussi évident que nous n'avons pas le droit de créer de faux « non-espoirs »...

Par la RRRRI, nous pouvons démontrer de toute évidence comment une amélioration de la capacité inspiratoire amène la facilitation de l'expectoration et la diminution de la dépense énergétique afin d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie de la personne. En tant qu'inhalothérapeute clinicien nous avons intérêt à utiliser les techniques appropriées le plus rapidement possible chez de jeunes patients atteints de fibrose kystique et favoriser l'enseignement pour les autres intervenants ainsi que pour les parents. Les multiples possibilités sous-exploitées de la RRRRI permettent l'élaboration de projet de recherche afin de multiplier les effets déjà positifs des interventions actuelles.

¹ Notre patiente a accepté de voir figurer son nom dans cette description.

² Voir TREMBLAY, Benoit, *Formation en Relaxation et Rééducation respiratoire intégrée*, juillet 2007, cahier d'exercices.

| ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL | BM enr. |
|--|---------|
| <h2>Perfectionnement en milieu hospitalier</h2> <p>Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.</p> <p>Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps.</p> <p>Nous traitons des sujets variés, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">• Hémodynamie et monitoring• Mise à jour en anesthésie• Intubation difficile. <p>N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser.</p> <p>Brigitte Morin Inhalothérapeute Bac en enseignement professionnel Tél. : (418) 824-3430 morin.brigitte@videotron.ca</p> | |



Comparé à d'autres plateformes d'apprentissage électronique, le *Campus OPIQ* offre plus de flexibilité dans le contenu des formations et permet d'adapter la teneur de l'enseignement en fonction de critères précis. C'est en raison de son approche pédagogique unique que nous l'avons choisi. Il optimise la formation en proposant une méthode articulée en séances et en modules.

Pour bien comprendre ses avantages, voici un **survol de ses fonctionnalités**.

Comme plateforme d'apprentissage électronique, le *Campus OPIQ* est avant tout une banque de formations. Chaque **cours** équivaut à un objectif de **formation**. Il correspond à un cursus précis, mais peut varier dans sa forme. Il peut prendre celle d'un cours au sens classique du terme, d'une conférence, d'un article, d'une présentation PowerPoint, d'un séminaire... Les possibilités sont considérables.

Une **séance** est le résultat du découpage d'un cours en plusieurs thématiques concrètes. Elle permet de structurer la matière du cours et d'ajuster la durée des présentations de façon à maintenir un intérêt optimal chez les participants.

Cette division des cours en **séances** et en **modules** distincts favorise une participation et des échanges accrus de la part des utilisateurs. Elle fait appel à une approche pédagogique interactive pour favoriser la motivation et l'intérêt des participants.

Description des modules accompagnant les séances



1. Un premier module est constitué d'un **exposé (une présentation multimédia) pouvant inclure PowerPoint, voix, vidéo, animation et jeux éducatifs**. Vous pouvez suivre les exposés en **tout temps** et en **tous lieux** et choisir de gérer votre période de formation à votre guise.



2. Vous avez aussi accès à une **bibliothèque** virtuelle de documents choisis par le formateur et jugés appropriés au contenu de la séance. Ceux-ci peuvent être de tous types (fichiers Word, PowerPoint, vidéo complémentaires, images, textes, fichiers sonores) et être consultés en tout temps. Vous pouvez



Les formateurs ont la possibilité de mettre en ligne des documents dont la consultation est jugée nécessaire à l'atteinte des objectifs de formation comme ils peuvent en ajouter d'autres, facultatifs, pour les participants désirant approfondir la matière.



3. Le *Campus OPIQ* intègre aussi un **forum de discussion exclusif à chaque formation**, par opposition au forum d'ordre général. Le forum d'une formation permet aux inhalothérapeutes inscrits de discuter d'aspects précis d'un apprentissage et de poser des questions aux formateurs et aux autres participants.

Au fil du temps, les discussions archivées dans le forum deviennent des bases de données dans lesquelles tous peuvent aller chercher de l'information.

Comme modérateur du forum, le formateur peut, s'il le désire, intervenir dans les discussions afin de stimuler les échanges d'expériences et de connaissances entre les inhalothérapeutes. Cela lui permet aussi de savoir qui sont les participants les plus actifs.



4. Un **questionnaire** à remplir en ligne permet d'évaluer l'acquisition des connaissances chez les participants. Le questionnaire peut contenir des questions ouvertes (à développement) ou à choix multiples. Sur le *Campus OPIQ*

l'évaluation est obligatoire et permet l'attribution d'une attestation qui vous servira de pièce justificative. Les heures de formation ainsi obtenues sont inscrites directement dans votre dossier de membre. **Prenez note**

| L'ensemble de modules disponibles en structure des séances | | | | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Séances | Exposé | Bibliothèque | Questionnaire | Forum | Liens |
| Introduction | 48 (91%) Visiter | 44 (83%) Visiter | | 45 (85%) Visiter | |
| Anatomie du système vasculaire pertinent | 46 (87%) Visiter | | | | |
| Indications et contre-indications | 45 (85%) Visiter | | | | |
| Complications et Limites associées | 45 (85%) Visiter | | | | |
| Information à transmettre à l'utilisateur et Évaluation de l'utilisateur | 44 (83%) Visiter | | | | |
| Procédure et technique | 44 (83%) Visiter | 43 (81%) Visiter | | | |
| Gestion du spécimen et de la requête | 43 (81%) Visiter | | | | |
| Contrôle de qualité du résultat | 42 (79%) Visiter | 42 (79%) Visiter | | | |
| Suivi clinique de l'utilisateur | 42 (79%) Visiter | | | | |
| Teneur de dossier | 42 (79%) Visiter | 42 (79%) Visiter | | | |
| Conclusion | 42 (79%) Visiter | | 42 (79%) Visiter | | 43 (81%) Visiter |

Chaque séance comporte une série de **modules** distincts – Exposé, Bibliothèque, Questionnaire, Forum, Liens émergents – qui constituent les différentes étapes de l'apprentissage.

d'ailleurs évaluer la pertinence des documents proposés (je vous encourage fortement à le faire), donnant ainsi au formateur une rétroaction quant à la justesse de ses suggestions.

que vous devez obtenir un résultat de 90 % et plus pour la reconnaissance de vos heures de formation. Vous pouvez cependant recommencer le questionnaire autant de fois que vous le voulez.

Les formateurs peuvent visionner les statistiques pour chaque participant, pour chaque groupe et pour chaque cours. Ils sont ainsi en mesure de cibler les problèmes et de modifier le questionnaire en conséquence.



5. Enfin, chaque séance est dotée d'un **répertoire de liens émergents (liens Internet)** proposés par les utilisateurs qui veulent enrichir la banque de connaissances du cours. Ce module encourage la recherche d'informations supplémentaires en permettant aux participants de suggérer des sites Internet en lien avec la séance, tels que des sites de médias spécialisés, des banques de données universitaires, ou des sites d'associations professionnelles. Tout comme les documents de la bibliothèque, les liens proposés sont évalués par les pairs selon leur pertinence et leur degré d'intérêt.

Le formateur peut également se servir de ce module pour faire évoluer la bibliothèque. Lorsqu'il juge un site intéressant en regard de la séance, il peut intégrer le contenu du site Web dans la bibliothèque. **Il peut aussi rendre ce module obligatoire, chaque participant devant donc rechercher un lien Internet et l'ajouter pour pouvoir compléter la formation et obtenir la reconnaissance d'heures de formation continue.**

Comme un document est permanent, alors que le contenu d'un site Internet varie avec le temps, il s'assure ainsi de la pérennité des informations.

FORMATION À DISTANCE

 Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

Pour l'acquisition de connaissances cliniques avancées :

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

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

Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques

SCL2701 Urgences anesthésiques
SCL2702 Management de complications anesthésiques
SCL2703 Anesthésie et types de chirurgie
SCL2704 Pharmacologie
SCL1416 Phénomène de la douleur
SCL2706 Inhalothérapie dans des contextes d'urgence
SCL2707 Le patient en soins intensifs
COM2708 Communication, intervention et éthique

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

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

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

RENSEIGNEZ-VOUS!

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

www.uqat.ca

RÉSUMÉ SCIENTIFIQUE

ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE À L'URGENCE ET DANS LES UNITÉS DE SOINS

AUTEURS: Queyrens, A., Touzin, K., Bussièrès, J.F., Languérand, G., Bailey, B., Laberge, N.

Pour correspondance

Nicole Laberge

Service d'inhalothérapie

3175, chemin de la Côte Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1C5

Téléphone : (514) 345-4931, poste 5159

Télécopieur : (514) 345-4825

Courriel :

nicole.laberge.hsj@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ

Introduction

Une controverse persiste en ce qui a trait à l'usage de traitements pharmaceutiques et au choix de traitements à prodiguer aux patients atteints de bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins.

Méthode

Étude descriptive et rétrospective visant à évaluer la prise en charge des patients avec une bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins ayant nécessité au moins un traitement aérosol à l'urgence, sur une cohorte regroupant tous les patients ayant été admis aux urgences entre la période du 12 novembre 2006 au 3 février 2007.

Anne Queyrens, assistante de recherche, Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine et étudiante en 5^e année hospitalo-universitaire, Université de Bordeaux

Karine Touzin, B. Sc., M. Sc., coordonnatrice de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine

Jean-François Bussièrès, B. Pharm, M. Sc., M.B.A., F.C.S.H.P., Chef du Département de pharmacie et de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique au CHU Sainte-Justine, Professeur agrégé de clinique, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Geneviève Languérand, inhalothérapeute, Service d'inhalothérapie, CHU Sainte-Justine

Benoit Bailey, MD, M. Sc. FRCP, pédiatre et toxicologue, Section de l'urgence, Section de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine

Nicole Laberge, inhalothérapeute, assistante chef en inhalothérapie, CHU Sainte-Justine

Résultats

On observe un nombre significativement plus élevé d'aspirations nasopharyngées et de recours à l'oxygénation à l'urgence chez les patients ultérieurement hospitalisés lorsque comparé aux patients ayant eu congé. Une utilisation significativement plus élevée de salbutamol chez les patients à l'urgence est aussi observée. L'adrénaline est davantage utilisée chez les patients qui nécessitent une hospitalisation. On note aussi un recours significativement plus élevé à la prescription de salbutamol au congé de l'urgence.

Conclusion

Cette étude indique des différences entre la prise en charge des patients ayant reçu un congé à l'urgence et les patients hospitalisés. En effet, elle démontre une utilisation beaucoup plus importante des bronchodilatateurs (salbutamol) à l'urgence et des traitements de soutien tels que les aspirations nasopharyngées et l'oxygénation dans les unités de soins. Elle met aussi en valeur l'impact positif que pourrait avoir l'établissement d'un protocole de traitement de la bronchiolite à l'urgence et dans les étages de soins. **Mots-clés :** bronchiolite, pédiatrie, prise en charge, urgence, unités de soins

INTRODUCTION

La bronchiolite est une infection pulmonaire commune et représente l'un des principaux diagnostics responsables de l'hospitalisation chez les enfants. Chez les jeunes âgés de moins d'un an, la proportion de toutes les hospitalisations entraînées par la bronchiolite s'élève à environ 11 % et à 6 % chez les enfants âgés entre un et deux ans¹. Cette pathologie est responsable de la majorité des admissions dans les unités de soins pédiatriques durant les mois d'hiver²⁻⁶. Pendant ces périodes épidémiques, la bronchiolite affecte majoritairement les enfants âgés entre 1 mois et 2 ans⁷ et son

incidence est plus élevée chez les garçons que chez les filles¹. Le virus respiratoire syncytial (VRS) est identifié chez environ 70 % des patients atteints de bronchiolite et cette proportion s'élève à près de 80 % à 100 % pour les cas de bronchiolite survenant durant la période hivernale⁸. Le risque d'hospitalisation est d'environ 3 % chez un enfant au cours de sa première année de vie^{9, 10}. L'augmentation du nombre d'hospitalisations associée au diagnostic de bronchiolite au cours de la dernière décennie peut être expliquée par l'augmentation du nombre d'enfants dans les garderies, les changements apportés dans les lignes directrices de traitement des infections des voies respiratoires inférieures, ainsi qu'à l'accroissement du taux de survie chez les bébés prématurés¹.

Une controverse persiste en ce qui a trait à l'usage de traitements pharmacologiques ainsi qu'au choix de traitements à prodiguer aux patients atteints de bronchiolite. Il existe deux principaux types de traitements : les traitements symptomatiques non médicamenteux (traitements de soutien) et les traitements pharmacologiques. Selon la littérature, il existe peu de traitements médicaux qui s'avèrent efficaces dans le traitement de la bronchiolite¹¹⁻²⁰. Plusieurs études portant sur le sujet préconisent une prise en charge essentiellement symptomatique de la bronchiolite regroupant le dégagement des voies nasales, l'hydratation et l'oxygénation. En effet, ces études démontrent que l'usage de bronchodilatateurs et de corticostéroïdes n'apporte que de faibles bénéfices aux patients comparativement aux effets secondaires potentiels et qu'aucune preuve n'existe quant à l'utilité des corticoïdes dans la prévention des récurrences de bronchiolites²¹⁻²⁹. Les risques de toxicité ainsi que la difficulté d'administration des anti-

raux ont contribué aussi à l'abandon de ce traitement aux bénéfices cliniques faibles. De plus, l'usage de l'antibiothérapie représente un traitement à ne pas considérer dans les cas de bronchiolites sans complication, puisque la bronchiolite est une maladie d'origine virale³⁰. Enfin, l'administration d'antitussifs aux patients n'est pas indiquée dans cette pathologie puisque la toux provoquée par la bronchiolite favorise l'évacuation des sécrétions et parce qu'ils ne sont pas efficaces de toute façon. Les traitements de soutien (symptomatiques), tels le dégagement des voies nasales (aspirations des sécrétions nasopharyngées), l'hydratation et l'oxygénation, représentent alors la pierre angulaire pour le soulagement des symptômes de la bronchiolite³¹.

Au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ), il n'y a pas de protocole de traitement de la bronchiolite en vigueur à ce jour et le traitement est laissé à la discrétion du pédiatre urgentiste ou du pédiatre « hospitaliste » dans le cas des enfants admis dans les unités de soins. L'objectif de cet article est donc de décrire la prise en charge des patients avec bronchiolite à l'urgence et à l'unité de soins dans un centre mère-enfant universitaire.

MÉTHODE

L'étude a été réalisée au CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada, un centre hospitalier universitaire mère-enfant québécois de 400 lits de pédiatrie, dont 24 lits de réanimation pédiatrique. Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective portant sur tous les patients admis au service de l'urgence entre la période s'étendant du 12 novembre 2006 au 3 février 2007. L'étude a inclus tous les patients âgés de 18 mois ou moins et ayant eu un diagnostic primaire de bronchiolite lors d'une visite à l'urgence. Les

patients admis aux soins intensifs néonataux ou pédiatriques ont été exclus de l'analyse.

L'objectif principal était de décrire la prise en charge thérapeutique des patients à l'urgence et dans les étages de soins. Cette étude a été effectuée sur deux cohortes différentes de patients soient une première regroupant tous les patients ayant séjourné uniquement à l'urgence (n=30) et une deuxième évaluant le traitement des patients hospitalisés dans une unité de soins pédiatriques (n=38). Au sein de cette deuxième cohorte, la prise en charge des patients lors de leur passage à l'urgence a été décrite indépendamment de leur prise en charge lors de l'hospitalisation dans une unité de soin, ce qui a finalement mené à la formation de trois groupes distincts de patients évalués.

La sélection des patients a été effectuée à l'aide du logiciel Stat-Dev® (version 2.3.1, 2007) regroupant toutes les informations portant sur les patients ayant visité l'urgence du CHU Sainte-Justine en fonction de leur diagnostic clinique. À partir de ces données, les patients ayant eu un diagnostic de bronchiolite entre le 12 novembre 2006 et le 3 février 2007 ont été identifiés en recherchant la mention bronchiolite comme diagnostic primaire dans le logiciel. Un croisement a ensuite été fait entre cette liste de patients et le registre des inhalothérapeutes (liste des patients pris en charge par un inhalothérapeute) afin d'identifier la proportion ayant reçu de l'aérosolthérapie. L'échantillonnage des patients a ensuite été effectué selon la méthode de répartition aléatoire et en utilisant le logiciel de base de données Access (Microsoft Access). Pour ce faire, un chiffre différent a été attribué à chaque patient au hasard et la sélection du nombre requis de dossiers a été effectuée en triant les chiffres attribués aléatoirement aux patients par ordre croissant.

Nous avons colligé, à partir du dossier du patient, l'âge, le poids, la présence de recherche et de diagnostic du virus respiratoire syncytial (VRS), la durée moyenne de séjour, l'éventuel recours à

l'oxygène, le nombre d'aspirations nasopharyngées ainsi que les différents traitements administrés (salbutamol en inhalation, épinéphrine en inhalation, corticostéroïdes systémiques ou en inhalation) et ce, à l'urgence, à l'unité de soins et au congé. Les variables colligées ont permis de calculer le nombre moyen d'aspirations nasopharyngées, le nombre moyen de traitements et les doses de salbutamol, de corticostéroïde et d'épinéphrine administrées aux patients. Certaines variables telles que le nombre d'aspirations nasopharyngées ont été normalisées par patient et par heure dans le but de faciliter la comparaison entre les groupes puisque la durée de séjour différait d'un patient à un autre.

Des analyses statistiques descriptives (c.-à-d. moyenne, écart-type, médiane, intervalle) ont été réalisées sur les données collectées (Microsoft Excel). Le test T de Student a été utilisé pour comparer les moyennes et le Chi-carré ou le test exact de Fisher pour comparer les proportions. Tous les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, 2006). Une valeur de p (0,05) a été considérée comme signifi-

cative. L'accès aux dossiers patients a été autorisé par la Direction des services professionnels dans le cadre des études rétrospectives par critères objectifs.

de patients ayant eu un diagnostic de bronchiolite. Parmi ceux-ci, on observe que 28,7 % (419) ont reçu de l'aérosolthérapie. À partir de cette cohorte de patients, 68 dossiers ont été identifiés de façon aléatoire regroupant 30 dossiers avec visite à l'urgence et 38 dossiers avec visites à l'urgence suivies d'une hospitalisation dans l'unité de soins. À l'intérieur de la cohorte composée des 38 patients hospitalisés, on observe que 36 d'entre eux (94,7 %) ont eu un prélèvement pour le VRS, dont 30 (83,3 %) ont été déclarés positifs.

En observant le profil descriptif de chacune des deux cohortes de patients étudiées (urgence vs hospitalisation), on observe que les deux groupes sont différents puisqu'il y a une différence sta-

significativement supérieur à celui des patients ayant eu congé de l'urgence. La durée de séjour à l'urgence est aussi significativement plus élevée pour les patients nécessitant d'être hospitalisé. Les résultats démontrent que la durée de séjour à l'urgence est deux fois plus élevée chez les patients nécessitant une hospitalisation. Les tableaux 1, 2 et 3 présentent la description de la population de l'étude ainsi que le profil de la durée de séjour, du besoin en oxygène et du nombre d'aspirations des patients pour chacune des cohortes étudiées.

On observe des différences statistiquement significatives quant au nombre d'aspirations nasopharyngées collecté par patient par heure à l'urgence chez les patients ayant eu

| Paramètres observés | Visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation | | Valeur de p 1 vs 2 et 3 |
|---------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| | Urgence et congé | Urgence et hospitalisation | |
| Nombre | 30 | 38 | NA |
| Âge (mois) | 8,1 ± 4,9 | 4,9 ± 4,0 | 0,005 |
| Poids (kg) | 8,53 ± 1,75 | 6,75 ± 2,54 | 0,001 |

Tableau 1 – Description de la population pour chacun des groupes à l'étude
NA : Non applicable

| Paramètres observés | Urgence et congé (1) N (%) | Visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation | | Valeur de p | |
|---|-------------------------------|---|------------------------------|-------------|--------|
| | | Urgence (2) N (%) | Hospitalisation (3) N (%) | 1 vs 2 | 2 vs 3 |
| | | | | | |
| Aspirations nasopharyngées (nombre de patients) | 13 (43,3 %) | 30 (79,0 %) | 36 (94,7 %) | 0,005 | 0,086 |

Tableau 2 – Profil du nombre de patients ayant nécessité un supplément d'oxygène et ayant reçus des aspirations nasopharyngées pour chacun des groupes de patients étudiés

tistiquement significative en ce qui concerne l'âge et le poids des patients étudiés dans chacun des deux groupes. En effet, la moyenne d'âge ainsi que le poids des patients hospitalisés sont inférieurs à ceux des patients ayant eu congé à l'urgence. On constate que le besoin en oxygène des patients, lors de leur passage à l'urgence avant d'être hospitalisé, est

RÉSULTATS

Dans la base de données des dossiers patients du 12 novembre 2006 au 3 février 2007 on a recensé 1462 visites

congé à l'urgence comparativement à ceux hospitalisés dans les unités de soins. En effet, le nombre de patients pour lequel l'équipe médicale de l'urgence a eu recours à des aspirations nasopharyngées est significativement plus élevé dans le groupe hospitalisé lorsque comparé au groupe admis uniquement à l'urgence.



RÉSUMÉ SCIENTIFIQUE

| Paramètres observés | Urgence et congé (1) Moyenne ± écart-type [intervalle] | Visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation | | Valeur de p | |
|---|---|--|--|---------------------------|-----------------------------|
| | | Urgence (2) Moyenne ± écart-type [intervalle] | Hospitalisation (3) Moyenne ± écart-type [intervalle] | 1 vs 2 | 2 vs 3 |
| | | Durée moyenne de séjour (h) | 5,38 ± 2,72 [1,87-12,72] | 10,78 ± 5,74 [2,60-21,92] | 75,62 ± 51,59 [9,50-275,57] |
| Aspirations nasopharyngées (nombre/patient/h) | 0,25 ± 0,09 [0,10-0,38] | 0,25 ± 0,16 [0,05-0,77] | 0,17 ± 0,10 [0,04-0,54] | 0,935 | 0,020 |

Tableau 3 – Profil de la durée de séjour et du nombre d'aspirations nasopharyngées pour chacun des groupes de patients étudiés

| Paramètres observés | Urgence et congé (1) N (%) | Visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation | | Valeur de p | |
|--------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|-------------|-------------|
| | | Urgence (2) N (%) | Hospitalisation (3) N (%) | 1 vs 2 | 2 vs 3 |
| | | Salbutamol | 28 (93,3 %) | 29 (76,3 %) | 11 (28,9 %) |
| Épinéphrine | 4 (13,3 %) | 20 (52,6 %) | 9 (23,6 %) | < 0,001 | 0,018 |
| Corticostéroïdes <i>per os</i> | 3 (10,0 %) | 2 (5,3 %) | 2 (5,3 %) | 0,648 | 1 000 |
| Fluticasone | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (2,6%) | ND | ND |

Tableau 4 – Profil du nombre de patients ayant reçu des traitements médicamenteux pour chacun des groupes à l'étude

ND : Non disponible

| Traitement administré | | Visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation | | | Valeur de p | |
|-----------------------|-----------------|---|--|--|-------------------------|-------------------------|
| | | Urgence et congé (1) Moyenne ± écart-type [intervalle] | Urgence (2) Moyenne ± écart-type [intervalle] | Hospitalisation (3) Moyenne ± écart-type [intervalle] | 1 vs 2 | 2 vs 3 |
| | | Salbutamol | Nb traitement/h | 0,41 ± 0,25 [0,10-1,13] | 0,40 ± 0,31 [0,06-1,28] | 0,22 ± 0,14 [0,04-0,50] |
| | Dose mcg/3 kg | 98,42 ± 21,12 [57,89-180,00] | 98,81 ± 24,89 [45,91-190,07] | 100,99 ± 19,34 [70,59-133,33] | 0,926 | 0,471 |
| Épinéphrine | Nb traitement/h | 0,30 ± 0,26 [0,14-0,70] | 0,15 ± 0,08 [0,05-0,30] | 0,07 ± 0,04 [0,04-0,13] | 0,321 | 0,001 |
| | Dose mL | 0,5 | 0,34 ± 0,12 [0,25-0,50] | 0,31 ± 0,11 [0,25-0,50] | < 0,001 | 0,423 |

Tableau 5 – Profil du nombre de traitements médicamenteux et des doses administrées aux patients pour chacun des groupes à l'étude

Une différence statistiquement significative du nombre de patients ayant reçu des traitements de salbutamol et d'épinéphrine est aussi observée entre la prise en charge à l'urgence et dans l'unité de soins. Parmi les 29 (76,3 %) patients ayant reçu une ou plusieurs doses de salbutamol à l'urgence, uniquement 11 d'entre eux (29,0 %) ont continué d'en recevoir une fois transférés dans l'unité de soins. En ce qui concerne la dose de salbutamol prescrite, on constate qu'elle est semblable à l'urgence et dans les unités de soins (elle varie entre 98 et 101 mcg/3 kg), contrairement à la dose d'épinéphrine qui est significativement plus élevée chez les patients ayant eu leur congé à l'urgence (0,5 mL) comparativement à celle prescrite aux patients lors de leur séjour à l'urgence avant d'être hospitalisés (0,25 mL).

En ce qui concerne les traitements au congé, on note un recours significativement plus élevé au salbutamol pour les patients admis uniquement à l'urgence. Par ailleurs, le recours à la solution nasale de chlorure de sodium 0,9 % (Salinex®) est significativement plus élevé au congé à la suite de l'hospitalisation des patients dans l'unité de soins qu'après le passage uniquement à l'urgence. Par contre, ce résultat est à

| Traitement administré | Visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation | | | Valeur de p |
|-------------------------|---|-------------------|---------------------------|-------------|
| | Urgence et congé (1) N (%) | Urgence (2) N (%) | Hospitalisation (3) N (%) | |
| Rien | 8 (26,7 %) | NA | 6 (15,8 %) | 0,367 |
| Salbutamol | 22 (73,3 %) | NA | 5 (13,2 %) | < 0,001 |
| Corticoides systémiques | 4 (13,3 %) | NA | 2 (5,3 %) | 0,394 |
| Fluticasone | 1 (3,3 %) | NA | 4 (10,5%) | 0,374 |
| Salinex | 3 (10,0 %) | NA | 29 (76,3 %) | < 0,001 |

Tableau 6 – Profil des traitements prescrits au congé pour chacun des groupes de patients étudiés

NA : Non applicable

nuancer puisque, même s'il n'est pas toujours prescrit par le médecin, le Salinex® est presque toujours recommandé au congé du patient. Les tableaux 4, 5 et 6 présentent le profil de la prise en charge de la bronchiolite à l'urgence et dans l'unité de soins.

DISCUSSION

Il n'existe pas de consensus défini en ce qui a trait au traitement de choix à utiliser chez les patients souffrants de bronchiolite. En effet, l'utilisation de traitements pharmacologiques est très controversée dans la littérature. Cette disparité d'opinions découle de la complexité reliée à l'identification du diagnostic exact des patients et de la difficulté parfois associée à différencier un patient prédisposé à souffrir d'asthme, de celui atteint d'une bronchiolite virale. Les recommandations du guide *The clinical practice guideline of the American Academy of Pediatrics (AAP)* proscrivent l'utilisation routinière de bronchodilatateurs inhalés dans le traitement de la bronchiolite³². De plus, les lignes directrices de traitements recommandées par cette organisation proscrivent l'utilisation de bronchodilatateurs oraux et de corticostéroïdes inhalés dans le traitement de cette pathologie ainsi que l'utilisation routinière de corticostéroïdes oraux ou systémiques chez les patients hospitalisés pour la première fois pour un épisode léger à modéré de bronchiolite^{33,34}. On mentionne par contre que l'usage de corticostéroïdes systémiques ou oraux peut être bénéfique chez les patients souffrant de maladie pulmonaire chronique (bronchodysplasie pulmonaire) et chez les patients à risque de développer de l'asthme.

Certaines études ainsi que certaines organisations affirment aussi que l'utilisation

d'agonistes bêta-2 (salbutamol) peut être efficace dans le traitement des patients atteints de bronchiolite³⁵⁻³⁸. Parmi les études publiées sur le sujet, on reconnaît celles menées par Schuh et coll., Schweich et coll. ainsi que Klassen et coll. portant sur l'évaluation de l'état clinique du patient à la suite de l'administration de traitements par des bronchodilatateurs (salbutamol). Ces études démontrent en fait une amélioration du score clinique et/ou de la saturation en oxygène chez le patient après un court délai suivant l'administration de la dose d'agonistes bêta-2³⁶. Une recommandation a aussi été émise dans le *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires* publié par Santé Canada, visant à promouvoir l'essai d'un bronchodilatateur chez les enfants ayant une respiration sifflante marquée³⁵ puisqu'ils sont plus susceptibles de répondre au traitement de bêta-2 adrénergique.

Notre étude a permis de décrire les différents traitements employés chez les patients souffrants de bronchiolite vus à l'urgence et admis à l'unité de soins de l'hôpital. On a mis en évidence que l'âge ainsi que le poids des patients étaient inférieurs dans le groupe ayant été admis dans les unités de soins. En effet, ces résultats coïncident avec les données présentes dans la littérature soutenant que la proportion d'hospitalisation des nourrissons souffrant de bronchiolite est supérieure à celle des enfants d'âge plus avancé¹. Il est aussi démontré que la durée moyenne de séjour à l'urgence est supérieure chez le patient qui nécessite une hospitalisation. Cette étude a mis en évidence que le besoin en oxygène est supérieur chez les patients hospitalisés. Ce besoin accru en oxygène chez ces patients peut être associé au

fait que les patients hospitalisés sont plus jeunes donc, de plus petit poids, ce qui peut représenter la cause de l'hospitalisation. Il ne faut pas oublier que le niveau plus élevé de gravité de la bronchiolite chez les patients nécessitant une hospitalisation joue aussi un rôle important dans l'augmentation de leurs besoins en oxygène. Ces diffé-

Il serait primordial d'attacher une grande importance aux soins de base tels que la toilette nasale avant d'envisager l'approche pharmaceutique puisqu'il est clairement démontré que celle-ci est la clé thérapeutique.

rences découlent donc de la sévérité de l'infection et de la difficulté de prise en charge à domicile pour les enfants en bas âge.

En plus, on démontre un nombre beaucoup plus élevé de traitements de soutien (aspirations nasopharyngées, oxygénation) prodigués à l'urgence aux patients hospitalisés contrairement aux patients uniquement de passage à l'urgence. Il a été démontré que l'aspiration nasopharyngée est la pierre angulaire du traitement de la bronchiolite afin de dégager les voies respiratoires supérieures, toutefois, cette technique n'est pas suffisamment employée. En effet, on observe qu'uniquement la moitié des patients (43,3 %) ayant reçu leur congé à l'urgence sont aspirés lors de leur séjour à l'urgence, tandis que près de la totalité (94,7 %) d'entre eux le sont avant leur passage dans l'unité de soins pédiatriques. Il serait primordial d'attacher une grande importance aux soins de base tels que la toilette nasale avant d'envisager l'approche pharmaceutique puisqu'il est clairement démontré que celle-ci est la clé thérapeutique.

En ce qui concerne l'utilisation de traitements pharmacologiques, notre étude démontre une diminution statistiquement significative du nombre de doses de bronchodilatateurs (salbutamol) administrés aux patients hospitalisés, lorsque comparé aux patients lors de leur passage à l'urgence. En effet, environ 76 % à 93 % des patients ont reçu des agonistes bêta-2 (salbutamol) lors de leur passage à l'urgence alors que seulement 29 % en ont reçu au cours de leur hospitalisation. Le nombre de patients ayant reçu une prescription d'agonistes bêta-2 au congé est lui aussi significativement supérieur dans le groupe ayant eu leur congé à l'urgence (73,3 %) comparati-

vement au groupe hospitalisé (13,2 %). L'efficacité de ce traitement n'est pas suffisamment documentée dans le dossier du patient. En effet, il est impossible de certifier si l'état du patient s'est amélioré ou non à la suite de l'aspiration nasopharyngée, à l'oxygénation ou à l'administration du traitement pharmacologique, puisqu'aucune évaluation n'est effectuée après chacune de ces interventions.

On peut aussi constater que l'adrénaline est utilisée plus fréquemment pour le traitement de la bronchiolite plus sévère, puisque 52 % des patients nécessitant une hospitalisation en ont reçu à l'urgence comparativement à 13,3 % des patients ayant eu leur congé à l'urgence. L'évolution du patient à la suite de l'administration de ce traitement n'est pas bien documentée au dossier. On observe par contre que cette thérapie est employée de façon moins fréquente dans les unités des soins, car uniquement 24 % des patients ont reçu de l'adrénaline à la suite de leur hospitalisation.

Malgré qu'aucune recommandation ne soutienne l'usage de corticostéroïdes sur



RÉSUMÉ SCIENTIFIQUE

l'importance et la durée des symptômes, sur la durée de séjour ou sur le taux d'hospitalisations et de réadmissions dans le traitement de la bronchiolite virale, ces traitements sont parfois prescrits au congé par les pédiatres urgentistes, et ce, respectivement dans 17 % (5/30) des cas et dans 16 % (6/38) des cas selon la littérature³⁹⁻⁴⁰.

Dans le cas où les traitements de soutien ne suffisent pas et qu'un patient ne répond à aucun des traitements pharmacologiques, l'admission dans les unités de soins est alors envisagée afin de stabiliser et de surveiller l'état des patients et de prodiguer des traitements de soutien plus constants. L'hospitalisation est donc réservée aux patients atteints plus sévèrement par le virus responsable de la bronchiolite et pour qui les traitements de soutien et le traitement pharmacologique n'améliorent pas leur état immédiatement. Les patients admis dans les unités de soins bénéficient donc de plus de traitements symptomatiques tels que l'aspiration des sécrétions nasopharyngées et l'oxygénation, afin de contrer l'inefficacité des

traitements pharmacologiques administrés à l'urgence quant à l'amélioration de l'état du patient. Ceci explique la présence d'un nombre inférieur de bronchodilatateurs prescrits dans les unités de soins et d'un nombre supérieur d'aspirations des sécrétions observé chez les patients hospitalisés. Ces observations démontrent donc une différence éminente entre la prise en charge des patients à l'urgence et dans une unité de soins.

L'établissement d'un protocole de traitement de la bronchiolite appliqué à l'urgence ainsi que dans les unités de soins permettrait d'uniformiser les soins prodigués aux patients et la médication prescrite dans le traitement de cette pathologie en plus de mettre en relief les traitements de soutien et en particulier l'aspiration nasopharyngée. En effet, des lignes directrices conjointes pour l'urgence et pour les unités de soins pourraient être mises sur pied en se basant sur les recommandations émises par certaines organisations. De plus, cela permettrait de documenter l'évolution du patient de façon beau-

coup plus précise et d'améliorer la pratique du corps médical.

Cette étude comporte toutefois des limites. La plus grande limite est que nous avons choisi de revoir les dossiers de patients ayant reçu des traitements aérosols à l'urgence, pouvant ainsi biaiser la sélection des patients vers ceux les plus malades ou atteints de bronchiolites plus sévères. Rappelons que parmi les 1462 visites de patients ayant eu un diagnostic de bronchiolite à l'urgence du CHU Sainte-Justine pour la période du 12 novembre 2006 au 3 février 2007, seulement 28,7 % de ces patients ont reçu de l'aérosolthérapie. Par ailleurs, son caractère rétrospectif et le nombre limité de patients évalués dans chacun des groupes limitent la généralisation des résultats. L'étude ne tient pas compte des antécédents médicaux des enfants (c.-à-d. prématurité, utilisation d'oxygène à la naissance et conditions médicales pertinentes). La période d'étude retenue correspondant au pic de la saison du virus respiratoire syncytial représente aussi une des limites de l'étude

puisqu'elle nous permet difficilement de généraliser nos résultats à plus large échelle et sur une période de temps plus étendue.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective décrit la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins d'un centre mère-enfant universitaire ayant reçu un ou des aérosols. Elle indique des différences entre la prise en charge des patients ayant eu leur congé à l'urgence et les patients hospitalisés. En effet, elle démontre une utilisation beaucoup plus importante des bronchodilatateurs (salbutamol) à l'urgence et des traitements de soutien tels que les aspirations nasopharyngées et l'oxygénation dans les unités de soins. Elle met aussi en valeur l'impact positif que pourrait avoir l'établissement d'un protocole de traitement de la bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins sur l'uniformisation des traitements utilisés ainsi que sur la stabilisation de l'état clinique des patients.

Références

1. SANTÉ CANADA. 2001. Comité de rédaction *Les Maladies respiratoires au Canada*. Ottawa.
2. BLACK, CP. 2003. "Systematic review of the biology and medical management of respiratory syncytial virus infection." *Respir Care*, 48(3): 209-31; discussion 231-3.
3. MALLORY, MD, et coll. 2003. "Bronchiolitis management preferences and the influence of pulse oximetry and respiratory rate on the decision to admit." *Pediatrics*, 111(1): e45-51.
4. STAGNARA, J, and coll. 2001. « Management of bronchiolitis in the infant. Recommendations. » *Arch Pediatr*, 8 Suppl 1:11s-23s.
5. TURGEON, J, et MH. LEBEL. 2001. « Le traitement de la bronchiolite chez l'enfant : mise à jour. » *Le clinicien*, Vol. 16, N° 4 (avril), p. 107-122.
6. CONWAY, E, and coll. 2004. "Empowering respiratory therapists to take a more active role in delivering quality care for infants with bronchiolitis." *Respir Care*, 49(6):589-99.
7. STAGNARA, J. 2001. « Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », *Arch Pediatr*, 8 Suppl. 1: 11s-23s.
8. KING, VJ, and coll. 2004. "Pharmacologic treatment of bronchiolitis in infants and children: a systematic review." *Arch Pediatr Adolesc Med*, Feb; 158(2): 127-37.
9. SHAY, DK., HOLMAN, RC., NEWMAN, RD, et al. 1999. "Bronchiolitis-Associated Hospitalizations Among US Children, 1980-1996." *JAMA*, 282: 1440-6.
10. VAN WOENSEL, JB., VAN AALDEREN, WM., KNEYBER, MC, et al. 2002. *Arch Dis Child*, 86: 370-1
11. RIVARD, G, et J. BOUCHARD. 2004. "La bronchiolite." *Le médecin du Québec*, Vol. 39, N° 9 (septembre), p. 75-81.
12. RAKSHI, K, and JM. COURIEL. 1994. "Management of acute bronchiolitis." *Arch Dis Child*, 71(5): 463-9.
13. FITZGERALD, DA, and HA. KILHAM. 2004. "Bronchiolitis: assessment and evidence-based management." *Med J*, August, 180(8): 399-404.
14. LOZANO J. 2006. "Bronchiolitis." *BMJ Clinical evidence*
15. MUETHING, S, et coll. 2004. "Decreasing overuse of therapies in the treatment of bronchiolitis by incorporating evidence at the point of care." *J Pediatr*, 144(6): 703-10.
16. STEINER, RW. 2004. "Treating acute bronchiolitis associated with RSV." *Am Fam Physician*, 69(2): 325-30.
17. BARBEN, J, and J. HAMMER. 2003. "Current management of acute bronchiolitis in Switzerland." *Swiss Med Wkly*, 133(1-2): 9-15.
18. CHILDREN'S, C. "Evidence Based Clinical Practice Guideline for Infants with Bronchiolitis." 2005: 1-13.
19. NAHATA, MC., JOHNSON, JA, and POWELL, DA. "Management of bronchiolitis." *Clin Pharm*, 1985; 4(3): 297-303.
20. GADOMSKI, AM, AND AL. BHASALE. "Bronchodilators for bronchiolitis." *Cochrane Database Syst Rev*, 2006; 3:CD001266.
21. FLORES, G., and RI. HORWITZ. "Efficacy of β_2 -agonists in bronchiolitis: a reappraisal and meta-analysis." *Pediatrics*, 1997; 100(suppl): 233-239.
22. MALLORY, MD, and al. "Bronchiolitis management preferences and the influence of pulse oximetry and respiratory rate on the decision to admit." *Pediatrics*, 111(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/1/e45.
23. SWINGLER, GH., HUSSEY, GD., ZWARENSTEIN, M. "Randomised controlled trial of clinical outcome after chest radiograph in ambulatory acute lower respiratory infection in children." *Lancet*, 1998; 351: 404-408.
24. ROOSEVELT, G, and al. "Dexamethasone in bronchiolitis: a randomised controlled trial." *Lancet*, 1996; 348: 292-295.
25. SWINGLER, GH., HUSSEY, GD., ZWARENSTEIN, M. "Randomised controlled trial of clinical outcome after chest radiograph in ambulatory acute lower respiratory infection in children." *Lancet*, 1998; 351: 404-408.
26. Bordley WC, Viswanathan M, King VJ, et al. Diagnosis and testing in bronchiolitis: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158: 119-126.
27. KING, VJ., VISWANATHAN, M., BORDLEY, WC, et al. "Pharmacologic treatment of bronchiolitis in infants and children: a systematic review." *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004; 158: 127-137.
28. BIALY, L, SMITH M, BOURKE T, BECKER L. The cochrane library and bronchiolitis: an umbrella review. evidence-based child health 2006;1:939-947.
29. Hartling, L, and al. "A metaanalysis of randomized controlled trials evaluating the efficacy of epinephrine for the treatment of acute viral bronchiolitis." *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2003; 157: 957-964.
30. TAM, A, and al. "Clinical Guideline on the Management of Acute Bronchiolitis." *HK J Paediatr (new series)*, 2006; 11: 235-241.

... Suite des références en page 38



Questionnaire détachable

pour la formation continue

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

Questions relatives au texte *Évaluation de la prise en charge de la bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins*, pages 22-26.

1. Nommez le virus responsable de la bronchiolite :

.....

2. Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux responsables de l'augmentation du nombre d'hospitalisations associées au diagnostic de bronchiolite au cours de la dernière décennie?

- 1) L'augmentation du nombre d'enfants dans les garderies.
- 2) L'accroissement du taux de survie chez les bébés prématurés.
- 3) Les changements apportés aux lignes directrices de traitement des infections des voies respiratoires inférieures.
- 4) Le nombre croissant d'enfants souffrant d'allergies.

- a) 1, 2 et 3.
- b) 1 et 3.
- c) 2 et 4.
- d) 4 seulement.
- e) 1, 2, 3 et 4.

VRAI OU FAUX?

3. L'étude de l'hôpital Sainte-Justine a permis de valider les résultats de quelques études selon lesquelles la proportion d'hospitalisation des nourrissons souffrant de bronchiolite est supérieure à celle des enfants d'âge plus avancé.

VRAI FAUX

4. Les résultats de l'étude n'ont pas permis d'identifier une différence entre la prise en charge des patients à l'urgence et dans une unité de soins.

VRAI FAUX

5. Cette étude n'est pas du tout concluante quant à l'impact qu'aurait l'établissement d'un protocole de traitement de la bronchiolite à l'urgence et dans une unité de soins.

VRAI FAUX

6. Selon *The clinical practice guideline of the American Academy of Pediatrics (AAP)*, les corticostéroïdes systémiques ou oraux peuvent être bénéfiques chez les patients souffrant de bronchodysplasie pulmonaire et chez les patients à risque de développer de l'asthme.

VRAI FAUX

7. L'aspiration nasopharyngée et les autres traitements de soutien (hydratation, oxygénation) sont la pierre angulaire du traitement des symptômes de la bronchiolite.

VRAI FAUX

8. Les antitussifs sont recommandés comme traitement d'appoint pour la bronchiolite.

VRAI FAUX

9. Durant les mois d'hiver, on remarque une incidence de la bronchiolite plus élevée chez les garçons que chez les filles.

VRAI FAUX

10. La communauté médicale s'entend en ce qui concerne le traitement de choix à utiliser chez les patients souffrants de bronchiolite.

VRAI FAUX



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

Nom: _____

Prénom: _____

Numéro de membre: _____

Adresse: _____

Signature : _____

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à :

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

RÉPONSES:

1- _____

2- a b c d e

3- VRAI FAUX

4- VRAI FAUX

5- VRAI FAUX

6- VRAI FAUX

7- VRAI FAUX

8- VRAI FAUX

9- VRAI FAUX

10- VRAI FAUX

Questions relatives au texte *Évaluation de la prise en charge de la bronchiolite à l'urgence et dans les unités de soins*, pages 22-26



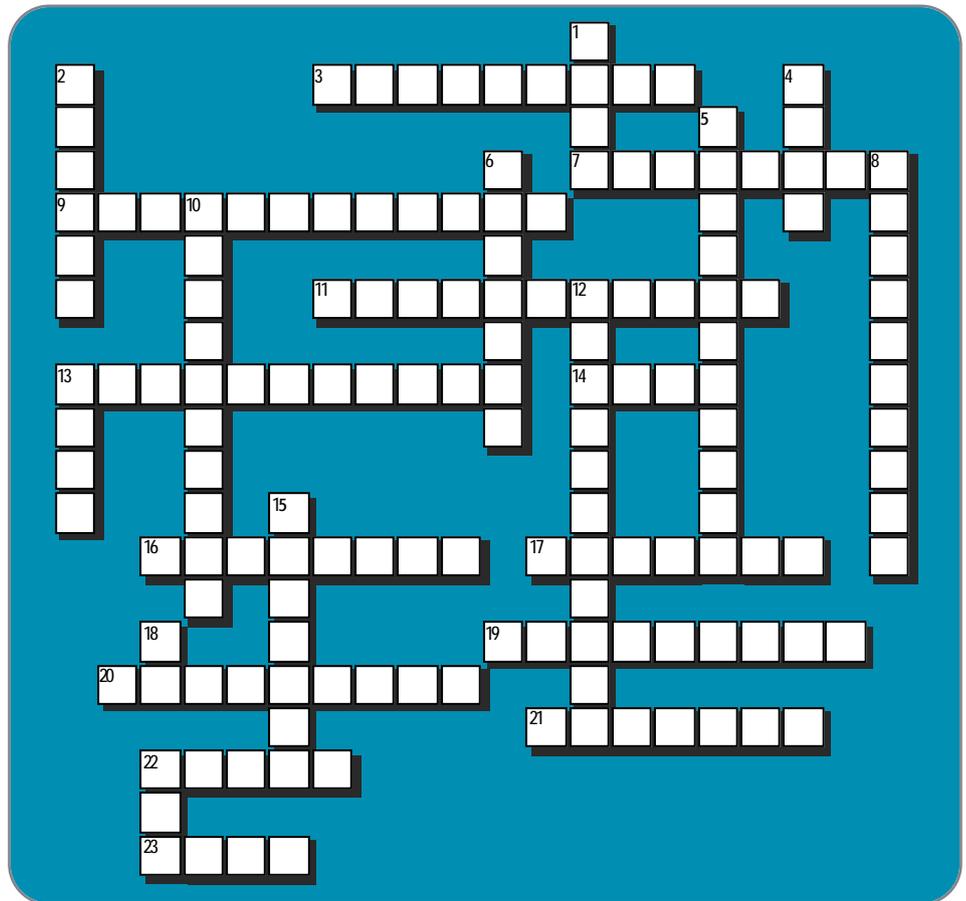
Elaine Paré, inh., M. Sc. Éd.
Enseignante, techniques
d'inhalothérapie,
Cégep de Sherbrooke

25 ANS, 25 MOTS!

En consultant les numéros parus depuis les tout premiers débuts de notre revue officielle, j'ai été à même de constater la qualité et le professionnalisme qui se dégagent des différents articles parus. Cet entrecroisé représente des sujets traités dans notre revue officielle depuis 25 ans et qui, de plus, ont marqué les trois dernières décennies en inhalothérapie. Les personnes qui ont accès à tous les numéros qui ont été publiés auront un net avantage! Une façon de souligner l'expérience et la fidélité! Bonne chance!

Horizontalement

- Type de traitement d'oxygénothérapie où on respire de l'oxygène à des pressions supérieures au niveau de la mer. On en parlait déjà en 1986 et *Inhalo* de février-mars 2001 lui consacre un article.
- Nom commercial du bronchodilatateur antimuscarinique qui est entré sur le marché dans les années 80.
- Jeu de vocabulaire déjà présent dans *InhaloScope* de juillet 1989, vol.7 N° 2.
- Thème apparaissant régulièrement durant les toutes premières années de la publication. Le Centre Hospitalier Régional de la Mauricie était une référence à ce sujet.
- Nom générique de l'agent volatil qui a fait son entrée en anesthésie vers la fin des années 90 et qui permet l'induction par masque.
- Réseau qui a implanté dans toutes les régions du Québec des centres qui ont pour mission de procurer un enseignement afin d'améliorer la condition des personnes atteintes d'asthme.
- Hypnotique introduit au début des années 90, de courte durée d'action, qui ne s'accumule pas dans l'organisme et qui a aussi la particularité de rendre le réveil agréable.
- Type de masque monté sur tube qui permet la communication avec les voies aériennes sans avoir à intuber. Introduit sur le marché canadien en 1988.
- Sujet qui fait régulièrement l'objet d'une tribune. C'est aussi une habitude de vie à laquelle nous livrons une chaude lutte.
- Tube à double lumière (œsophagienne/trachéale) qui permet de ventiler lors de situation d'urgence ou d'intubation difficile. Utilisé depuis le début des années 90.
- Il a fait des ravages en 1998 et plusieurs d'entre vous de la Montérégie ont alors travaillé dans des conditions très difficiles.
- Appareil servant pour la ventilation non effractive dont l'utilisation se confirme durant la décennie de 1990 (*Bi-level positive airway pressure*).
- Ce syndrome très présent dans les unités de soins critiques a toujours fait couler beaucoup d'encre dans notre publication officielle. Abréviation.



Verticalement

- Tout nouveau mode ventilatoire qui applique l'assistance ventilatoire ajustée par le système nerveux.
- Nom de famille d'une inhalothérapeute devenue célèbre à la suite de sa victoire du marathon de Boston en 1980.
- Début 80 : on se posait beaucoup de questions à propos de cette pression positive ajoutée en fin d'expiration.
- Avant l'Ordre.
- Forme unidose de présentation des médicaments à administrer sous forme de nébulisation humide. Apparition sur le marché au début des années 90.
- Début des années 90 : nouveau dispositif d'administration des bronchodilatateurs sous forme de poudre sèche.
- Nom commercial de l'inhalateur hyperthermique pour le soulagement de la rhinite persistante. Réponse dans *Inhalo-Scope* vol.4, N° 2 (avril 1986).
- Nom commercial du tube d'espacement apparu dans les années 90 utilisé pour administrer les médicaments sous forme d'aérosols doseurs.
- Maladie qui faisait son apparition au début des années 80, caractérisée par l'effondrement du système immunitaire.
- Nom commercial du nouveau bronchodilatateur antimuscarinique sélectif.
- Gaz vasodilatateur identifié en 1987 comme étant un des principaux facteurs de l'*endothelium-derived relaxing factor* (EDRF).
- Nom commercial de l'appareil qui permet l'analyse bispectrale de l'EEG surtout utilisé en anesthésie afin de prévenir les éveils peropératoires et de bien doser les agents anesthésiques.

Références :

Tous les numéros parus depuis octobre 1983.



ÉTALEZ LA PLANIFICATION FISCALE SUR TOUTE L'ANNÉE

Attendez-vous les derniers mois de l'année pour effectuer la plus grande partie de votre planification fiscale? Si oui, rassurez-vous, vous n'êtes pas le seul. Cependant, votre planification fiscale devrait s'étaler sur toute l'année pour vous permettre d'alléger efficacement votre fardeau fiscal actuel et futur. Voici quelques suggestions.

Do you wait to the end of the year to undertake the better part of your fiscal planning? If so, rest assured you're not alone. Nonetheless, your fiscal planning should be spread across the entire year to allow you to effectively reduce your current and future fiscal load. Here are a few suggestions.

Partagez votre revenu

Le partage du revenu consiste à organiser ses affaires de façon à transférer une partie de son revenu à un membre de la famille qui touche un revenu inférieur et paie moins d'impôt.

Un REÉR de conjoint permet au membre du couple gagnant le revenu plus élevé de cotiser au REÉR de l'autre, qui touche un revenu plus faible. Cette tactique permet, à la retraite, de transférer un revenu supérieur au conjoint qui se situe dans la tranche d'imposition inférieure.

Une autre solution consiste à prêter de l'argent à son conjoint. Tant qu'un taux d'intérêt prescrit est exigé, un prêt au conjoint peut être un bon moyen pour le conjoint se situant dans la tranche d'imposition la plus élevée de transférer des fonds à son conjoint faisant partie d'une tranche d'imposition inférieure.

Faites don de titres

Si vous pensez à faire un don de bienfaisance, il est toujours possible de donner des actions, des obligations ou d'autres titres inscrits en bourse, y compris des

fonds communs de placement. On présumera que vous avez vendu votre placement à sa juste valeur marchande, sauf que les gains en capital que vous aurez touchés seront assujettis à un taux d'inclusion réduit de 25 % au lieu du taux habituel de 50 %.

Créez des dettes déductibles

Les emprunts portant des intérêts déductibles d'impôt peuvent vous faire économiser considérablement sur le plan fiscal. Une stratégie efficace consiste à convertir la totalité ou une partie de votre emprunt hypothécaire en prêt à l'entreprise ou en prêt destiné à l'investissement. Par exemple, vous pouvez vous départir de placements dans le but de rembourser votre emprunt hypothécaire, puis emprunter pour racheter vos placements. Ainsi, vous remplacerez votre dette hypothécaire non déductible par un emprunt à des fins d'investissement déductible.

Cotisez le maximum à votre REÉR

Le REÉR fait partie des derniers bons abris fiscaux qui restent. N'attendez pas la date limite pour cotiser. Plus

tôt vous investirez, et plus de temps auront vos placements pour fructifier à l'abri de l'impôt. Vous pouvez vous faciliter la tâche en adhérant à un plan de cotisations mensuelles. Si, de surcroît, vous disposez d'importants droits de cotisation inutilisés, vous pourriez avoir intérêt à contracter un emprunt à court terme pour vous aider à rattraper le temps perdu.

Pensez à ouvrir un REÉÉ

Aujourd'hui, quatre années d'études universitaires au Canada coûtent un minimum de 32 000 \$. Dans dix-huit ans, si l'on présume un taux d'inflation annuel de 5 %, les mêmes études pourraient coûter 77 000 \$. Bien que les cotisations à un régime enregistré d'épargne-études (REÉÉ) ne soient pas déductibles d'impôt, le revenu produit à l'intérieur du régime croît à l'abri de l'impôt jusqu'à ce que l'étudiant le retire. En outre, vous pouvez recevoir jusqu'à 500 \$ par année en subvention du gouvernement pour vous aider à épargner encore plus. Considérez cette option si vous avez des enfants qui aspirent à poursuivre des études supérieures.

Prendre les bonnes décisions tout au long de l'année

La planification fiscale repose sur le fait que vous avez le droit – dans les limites de la loi – d'organiser vos affaires pour payer le moins d'impôt possible.

Les conseillers de ScotiaMcLeod disposent des connaissances, des ressources et d'une équipe d'experts pour vous aider à prendre les bonnes décisions tout au long de l'année et à vous soustraire à l'appétit du fisc le moment venu de remplir vos déclarations de revenus.



Bernard Marin
Conseiller en placement,
ScotiaMcLeod

Qui sommes-nous?

(suite...)

Tel qu'annoncé dans l'éditorial de l'édition d'octobre 2007, voici une brève définition des rôles et des intérêts de Joële Larivière, syndic; Martine Gosselin, coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice; Marise Tétréault, inspec-

trice permanente et Line Prévost, coordonnatrice aux affaires professionnelles.

Vous lirez les informations concernant M^e Andrée Lacoursière, adjointe à la direction générale, dans la chronique qu'elle assure dans ce numéro. Nous espé-

rons que cela facilitera une meilleure compréhension des obligations et des rôles respectifs des membres de la permanence de l'Ordre.

Joële Larivière, inh., responsable des dossiers d'enquêtes et du Bureau du syndic

Lorsqu'on m'a demandé de me présenter à mes collègues inhalothérapeutes, les premiers mots que j'ai écrit : «la passion de ma profession». J'ai exercé ma profession d'inhalothérapeute pendant plusieurs années auprès du public dans différents secteurs, et j'ai aussi rempli différents mandats tant du point de vue de la formation que de l'enseignement.

En 1997, le Bureau de l'OPIQ m'a nommé à la fonction de syndic qui, rappelons-le, a pour rôle d'assurer la protection du public, par l'application des divers règlements de l'Ordre, afin de promouvoir l'exercice de qualité des inhalothérapeutes auprès du public.

À ce moment, j'étais – et je le suis toujours – convaincue que la meilleure surveillance de l'exercice de la profession se résume souvent à la prévention avant tout, plus particulièrement à une meilleure connaissance des obligations réglementaires et déontologiques de la part du professionnel, à une meilleure communication entre l'inhalothérapeute, son patient et d'autres professionnels.

Depuis 2002, j'assure une permanence au Bureau du syndic et j'agis comme responsable des dossiers d'enquêtes de pratique illégale à la demande du Bureau de l'Ordre et, tout récemment, comme responsable de l'accès au Bureau du syndic.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le Bureau du syndic : un inhalothérapeute informé en vaut deux!

Line Prévost, inh., coordonnatrice aux affaires professionnelles

Plusieurs d'entre vous connaissent mon nom, ou parfois m'ont rencontré, soit lors d'une inspection générale (puisque depuis 1998 j'ai agi d'abord à titre d'inspecteur contractuel et ensuite d'inspecteur permanent à partir de 2002), soit lors d'une activité de formation continue ou encore d'un congrès. À la fin de l'année 2004, à la suite d'un remaniement interne devenu essentiel afin d'assurer une efficacité optimale de nos activités, je me voyais confié par Mme Josée Prud'Homme, directrice générale et secrétaire de l'OPIQ, la fonction de coordonner l'ensemble des activités reliées aux affaires professionnelles, soit :

- les activités de production de notre revue professionnelle, l'*inhalo*, avec les fournisseurs mandatés par la direction générale : recherche d'articles, révision, publicité, édition, grille visuelle;
- certaines activités de communication : salon, colloque, congrès;
- la formation continue : coordination du comité de la formation continue pour l'élaboration du programme de formation, recherche de formateurs, suivi des contrats, et tout dernièrement, la mise en place et la gestion de notre nouvelle plateforme d'apprentissage électronique, avec les partenaires mandatés par la direction générale.

À l'instar de mes collègues de la permanence, je suis moi aussi passionnée et j'ai plus que jamais à cœur la reconnaissance de nos compétences. Et j'espère y participer bien humblement en vous offrant des formations à la fine pointe des connaissances et des pratiques scientifiques et des articles à la hauteur de vos attentes. Pour cela, vos suggestions et commentaires sont toujours bienvenus!

Martine Gosselin, inh., coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice

Lorsque la directrice générale m'a demandé de me présenter et de vous présenter mes fonctions au sein de l'Ordre, je me suis dit que me définir et définir l'amélioration de l'exercice en quelques lignes ne pouvait que s'exprimer par ma passion pour la profession, mon engagement pour son avancement et pour la qualité des services offerts aux usagers.

C'est dans cette optique que, depuis 2001, je travaille en collaboration avec le comité d'inspection professionnelle, les inspecteurs et nos collaborateurs. En 2004, de nouvelles orientations nécessaires à une optimisation de nos actions donnèrent naissance à l'amélioration de l'exercice.

Je coordonne donc l'ensemble des activités liées à la surveillance de l'exercice professionnel des membres de l'Ordre, la réinscription au Tableau, les stages et cours de perfectionnement qui y sont associés. Je participe également lorsque requis à certains comités ad hoc.

Plusieurs de mes activités sont en lien avec l'amélioration de la qualité de la pratique des inhalothérapeutes, des compétences, de la création d'outils, des normes. Je travaille également beaucoup nos processus en lien avec la protection du public. C'est pourquoi mon implication au sein du Conseil interprofessionnel du Québec, riche en échanges et en partage, m'est importante. Les défis sont constants et toujours stimulants. Certains d'entre vous me connaissent pour ma fervente défense et promotion de l'inhalothérapeute clinicien, c'est donc avec plaisir que je continue en ce sens.

Marise Tétreault, inh., inspectrice permanente

À titre d'inspecteur permanent, mes fonctions gravitent principalement autour des trois sphères suivantes :

À la demande du comité d'inspection professionnelle (CIP), je participe aux visites de surveillance de l'exercice des établissements désignés par le Bureau ainsi qu'aux évaluations lors d'enquêtes particulières des compétences d'un membre. Par la suite, je rédige le rapport de visite ou d'enquête particulière qui sera remis aux membres du CIP;

À la demande de la coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, je collabore à l'évaluation d'un membre en processus de réinscription au tableau ou suivant une demande d'équivalence;

À la demande de la directrice générale, j'accomplis différents mandats qui me sont confiés et je collabore également à l'organisation du congrès annuel.

Parce que mes sujets d'intérêts s'expriment bien à travers l'écriture, j'ai signé différents articles parus notamment dans la revue *l'inhalo* ainsi qu'une formation portant sur la ponction artérielle radiale. Poursuivant mes études universitaires en communication, j'ai comme ambition de mettre mes nouvelles connaissances à profit au sein même de l'OPIQ. Sur une note plus personnelle, je crois sincèrement que le plaisir dans l'accomplissement de mon travail est un élément essentiel puisqu'il entraîne le dépassement de soi et éveille ma créativité.

Enfin, parce que j'aime rencontrer et échanger avec mes pairs inhalothérapeutes, c'est avec un plaisir renouvelé que je reprends la route du Québec pour une quatrième année consécutive au poste d'inspecteur permanent.

Au plaisir de vous rencontrer « chez vous » et d'échanger avec vous tous!

EST-CE QUE ÇA SEMBLE POSSIBLE...

De trouver la bonne solution de Concentrateur d'Oxygène?

Le Perfecto2 aussi
près de la perfection
que possible!

- ✓ 75% plus silencieux que le Platinum XL
- ✓ 25% plus efficace énergétiquement que le Platinum XL
- ✓ 17% plus léger que le Platinum XL
- ✓ 33% plus petit que le Platinum XL



INVACARE

Yes, you can.

Perfecto2

www.invacare.ca

IMPOSSIBLE S'ARRÊTE ICI.

PROTECTION RESPIRATOIRE :

Réserve provinciale d'APR N-95, quelques précisions!

(par) [Angélique Métra, asstsas]

Source : *Objectif Prévention*, Vol. 30, N° 3, 2007, pages 6 et 7

Reproduit avec autorisation.

Le secteur de la santé et des services sociaux se prépare avec sérieux à une éventuelle pandémie d'influenza. Des équipements critiques ont été identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dont les appareils de protection respiratoire (APR) N-95. La création d'une réserve provinciale de ces équipements suscite bien des questions. Nous tentons d'y répondre ici.

La réserve provinciale d'APR N-95 a été prévue pour répondre aux besoins de chaque établissement du secteur en ce qui concerne la durée totale de la première vague de la pandémie appréhendée et partiellement en ce qui concerne la seconde vague. Ces besoins ont été évalués selon les recommandations du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) de juin 2006 et pourraient être réévalués si les recommandations changeaient ou si de nouvelles connaissances l'exigeaient.

La réserve est constituée de trois modèles Cardinal Health et un de 3M. Les APR de Cardinal Health n'ont pas de pince nasale, contrairement à celui de 3M. Selon le fabricant, cette particularité permet de gagner en confort, en facilité de port et d'ajustement et offre plusieurs avantages. Elle élimine une manipulation et comporte moins de risque de bris de procédure ou de contamination durant les tâches.

Les modèles réutilisables d'APR N-95 disponibles sur le marché (ex : demi-masque ou masque complet dotés de filtre N-95) peuvent-ils être utilisés? Il est important de mentionner que le MSSS a étudié cette possibilité et que ces équipements n'ont pas été considérés. En effet, d'importantes contraintes en termes de désinfection (procédures strictes et fréquentes à suivre, par exemple) et de rangement y sont associées.

Attribution d'APR N-95 à un établissement

Le MSSS a prévu que chaque établissement se voit attribuer un quota d'APR N-95 réservés pour lui par l'agence dont il dépend. De plus, tout établissement doit disposer de sa propre réserve lui permettant de tenir sept jours. Élément important, le MSSS souligne qu'en période de pandémie, les établissements devront s'approvisionner à la réserve provinciale au-delà de leur provision de sept jours!

Priorité de modèles

À la suite de l'appel d'offres, près de 2 700 000 APR N-95 ont été achetés : 92 % proviennent de Cardinal Health et 8 % de 3M. Le MSSS a donc émis des recommandations pour que chaque établissement réalise un test d'ajustement (*fit test*) en priorité avec les modèles de Cardinal Health auprès de son personnel. Dans un second temps, si aucun de ces modèles ne convient pour un individu, l'option de l'APR de 3M doit être envisagée. Que faire si aucun des modèles de la réserve ne convient à un individu? Dans ce cas, l'employeur a la responsabilité de trouver un modèle adéquat et d'en assurer l'approvisionnement.

Personnel ciblé en priorité

Les établissements doivent organiser leurs tests d'ajustement. Le CINQ a émis des recommandations²

Le MSSS a émis des recommandations pour que chaque établissement réalise un test d'ajustement en priorité avec les modèles de Cardinal Health auprès de son personnel.

qui permettent aux établissements de définir la population de travailleurs cibles et l'ordre de priorité pour les tests d'ajustement.

Qu'arrive-t-il, par exemple, pour le personnel affecté aux soins à domicile? En toute logique, ces travailleurs ont dû être rencontrés au cours de l'implantation du programme de protection respiratoire de l'établissement, et ce, avant la préparation à la pandémie. En effet, ce personnel est potentiellement visé par d'autres pathologies transmissibles par voie aérienne, par exemple la tuberculose qui requiert le port d'un APR N-95. Si cela n'a pas été fait, il faudrait procéder aux tests d'ajustement avec ces travailleurs. La population cible devrait également être élargie pour inclure d'autres groupes, tels que les préposés aux bénéficiaires et le personnel de l'entretien ménager.

Formation pour réaliser les tests d'ajustement

Cardinal Health ne dispense pas de formation pour les tests d'ajustement qualitatifs. L'ASSTAS dispense une formation en protection respiratoire qui comprend la réalisation des tests d'ajustement qualitatifs³. Cependant, l'ASSTAS n'effectue pas ces tests pour les établissements. Par ailleurs, des compagnies privées offrent de la formation ou encore réalisent ces tests.

La recommandation du MSSS à ce sujet est claire. Utiliser des ressources locales pour réaliser les tests d'ajustement réguliers et potentiellement nécessaires de façon urgente est l'option à privilégier afin de ne pas dépendre des ressources extérieures. De plus, les ressources internes sont disponibles dans les délais très courts, et ce, peu importe le quart de travail et le nombre de travailleurs qui doivent procéder aux tests, d'où une meilleure réactivité.

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.

Trousses pour les tests d'ajustement

Des trousse pour effectuer ces tests sont disponibles tant chez 3M que chez Source Médicale (pour Cardinal Health) ou encore auprès d'autres fournisseurs. Si votre établissement possède déjà de telles trousse provenant d'un autre fournisseur, il n'est pas nécessaire de s'en procurer d'autres.

Les personnes formées par l'ASSTAS, ou ailleurs, sont en mesure de procéder à la réalisation des tests d'ajustement qualitatifs sur les APR constituant la réserve, que ce soit sur ceux de Cardinal Health ou celui de 3M. En effet, la méthode à suivre reste identique.

Résultats des tests d'ajustement

Une procédure sera mise en place par le MSSS afin d'être informé des résultats des tests d'ajustement en vue de valider les pourcentages de chaque modèle en inventaire.

Le centre hospitalier de Granby a réalisé des tests d'ajustement au mois de janvier dernier qui se sont étalés sur 5 jours (tableau) : 738 personnes ont réussi leur test d'ajustement qualitatif et 8,9 %, soit 66 personnes, ont dû refaire un deuxième, un troisième et jusqu'à un quatrième test. Tel que recommandé par le MSSS, un APR de Cardinal Health de la réserve a été priorisé pour ensuite se tourner vers le modèle de 3M, de la réserve également. Lorsqu'aucun des masques ne convenait, d'autres modèles ont été utilisés, essentiellement de 3M. L'APR AO 10505 Pleats Plus a été utilisé pour les cas extrêmes, en dernier ressort.

Par ailleurs, il est imprudent d'extrapoler les taux d'ajustement sur une base collective. En effet, les résultats garantissent l'adéquation d'un APR donné, pour un individu donné, avec une morphologie donnée. De ce fait, la démarche est individuelle. Par ailleurs, un taux d'ajustement collectif pourrait varier beaucoup d'un établissement à l'autre. Même constat au niveau du taux d'échec aux tests d'ajustement. En effet, un taux d'échec élevé pour un APR donné ne signifie pas que l'équipement n'est pas sécuritaire. Cela signifie uniquement que cet APR convient à une minorité de personnes.

Existe-t-il une correspondance entre les APR de 3M et de Cardinal Health qui permettrait ainsi d'éviter les tests? Évidemment, non. Pour assurer que le port d'un

Réussir un test d'ajustement avec un APR ne signifie pas que le travailleur possède la formation adéquate.

APR soit sécuritaire pour un individu donné, un test d'ajustement doit être réalisé avec cet APR et ce porteur et le test doit être réussi. On ne peut donc pas s'épargner de consacrer le temps nécessaire à la réalisation des tests.

Formation des travailleurs

Tous les futurs utilisateurs des APR N-95 constituant la réserve doivent être formés sur différents aspects : utilisation, vérification, disposition, etc. En effet, réussir un test d'ajustement avec un APR ne signifie pas que le travailleur possède la formation adéquate. Par ailleurs, une formation reçue pour un autre type d'APR n'enlève pas l'obligation d'une nouvelle formation pour l'équipement choisi. Des rappels sont également à prévoir, idéalement, les travailleurs devraient être formés avant de procéder aux tests d'ajustement. Ainsi, ils pourront démontrer que les informations sont bien intégrées.

Nous attirons votre attention sur l'importance de prévoir l'ensemble des équipements de protection individuels nécessaires (gants, blouses, lunettes, etc.), car la protection respiratoire n'est qu'un aspect de la préparation requise pour faire face à une pandémie éventuelle d'influenza.

Références

- MÉTRA, A. « Pandémie d'influenza : une réserve de N-95 », *Objectif prévention*, Vol. 29, N° 5, p. 4 -5 (www.asstas.qc.ca)
- Recommandations - Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*, 2006, (<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/495-MesuresInfluenzaPandemique.pdf>)
- Pour en savoir plus sur cette formation, consultez notre site Internet (www.asstas.qc.ca).

Résultats des tests d'ajustement au Centre hospitalier de Granby

| CARDINAL HEALTH | | | 3M | | | PLEATS PLUS | | |
|-----------------|------------|-------------|---------|-----------|--------------|-------------|----------|--------------|
| Modèles | Quant. | % | Modèles | Quant. | % | Modèles | Quant. | % |
| 1510 X-Petit | 112 | 15,2 | 1870 | 19 | 2,6 | AO P+ | 4 | 0,5 |
| 1511 Petit | 467 | 63,3 | 1860 | 21 | 2,8 | | | |
| 1512 Moyen | 97 | 13,1 | 1860S | 13 | 1,8 | | | |
| 1517 Profil Bas | 3 | 0,4 | 8210 | 2 | 0,3 | | | |
| TOTAL | 679 | 92 % | | 55 | 7,4 % | | 4 | 0,5 % |

Résultats purement indicatifs; en aucun cas, on ne peut conclure que des résultats comparables puissent être atteints hors de tout doute dans un autre établissement, *Bulletin de liaison du GRAP*, mars 2007, n° 47 (www.msss.gouv.qc.ca).

MISE EN GARDE : SOLUTIONS D'AJUSTEMENT BITREX

3M a émis récemment un avis concernant certaines de ses solutions d'essai d'ajustement et de sensibilité utilisées avec l'appareil d'essai d'ajustement qualitatif FT-30 3M. Les solutions peuvent ne pas contenir la quantité appropriée de Bitrex (lots défectueux 41008, 41009). L'ASSTAS fait partie des clients concernés par ces solutions défectueuses. Si vous possédez les solutions visées, cessez leur utilisation. Les résultats des tests d'ajustement devraient être considérés invalides et devraient être refaits. **Consultez cet avis : www.asstas.qc.ca/nouveau/Bitrex%20mai07.pdf**



quoi de neuf ?)

TENUE DE DOSSIERS EN ASSISTANCE ANESTHÉSIQUE

Projet pilote multicentrique : une participation importante des milieux et des résultats encourageants

56 % pour l'amélioration de la pratique et 10,12 % de conformité en post-projet

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

Comme vous le savez déjà, sept établissements de santé ont relevé le défi de participer au projet pilote dont l'objectif était d'améliorer les pratiques en matière de tenue de dossiers en assistance anesthésique et en analgésie sédation. Le projet de « Lignes directrices » ayant été soumis aux participants afin d'en valider l'application, nous avons pu recueillir des recommandations et des commentaires constructifs en ce qui concerne l'implantation des lignes directrices dans les milieux. Tous les participants, à divers degrés, ont d'ailleurs observé qu'une meilleure tenue de dossiers permettait de prendre acte des activités réservées effectuées par l'inhalothérapeute en assistance anesthésique et en sédation analgésie.

C'est donc avec plaisir que je vous présente un aperçu, à l'aide de graphiques, du travail effectué et de l'amélioration des annotations au dossier de l'utilisateur par les inhalothérapeutes des centres participants. Nous présentons leur position en pourcentage de conformité en avant-projet pilote et leur amélioration par la suite.

Ces résultats sont basés sur l'étude de dossiers avant et après le projet, selon une grille d'éléments précis.

Objectifs du projet pilote, tels que présentés :

- Valider les changements de pratique proposés par les lignes directrices;
- Favoriser la participation des milieux plutôt qu'une imposition par l'OPIQ;
- Évaluer les impacts auprès des inhalothérapeutes;
- Permettre aux inhalothérapeutes de se conformer au règlement et aux normes;

- Offrir une solution à la problématique du manque d'outils de rédaction;
- Connaître la perception des milieux.

Objectifs secondaires :

- Identifier les points ayant eu le plus d'amélioration ou l'inverse (**figure 1**);
- Réévaluer la valeur, le poids ou la pertinence de chacun des indicateurs;
- Voir la faisabilité de l'application d'un formulaire pour l'inhalothérapeute.

Comparatif pré et post projet pilote
(pourcentages de conformité de chaque groupe)

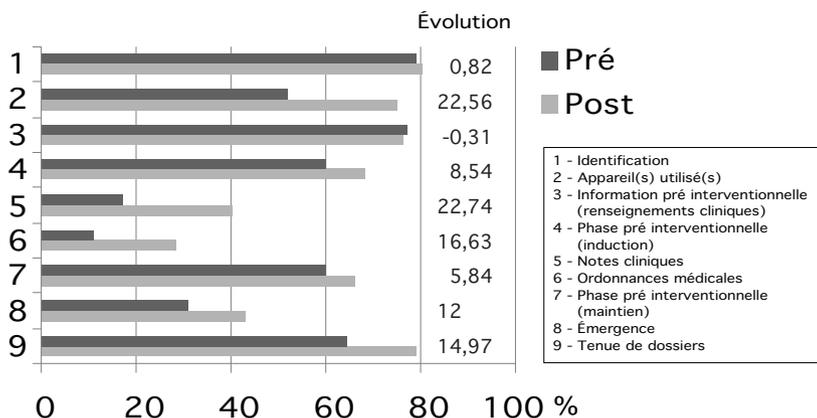


Figure 1. Pour l'ensemble des centres hospitaliers : amélioration moyenne de 10,12 %

Plan stratégique 2007-2011
À la croisée des chemins

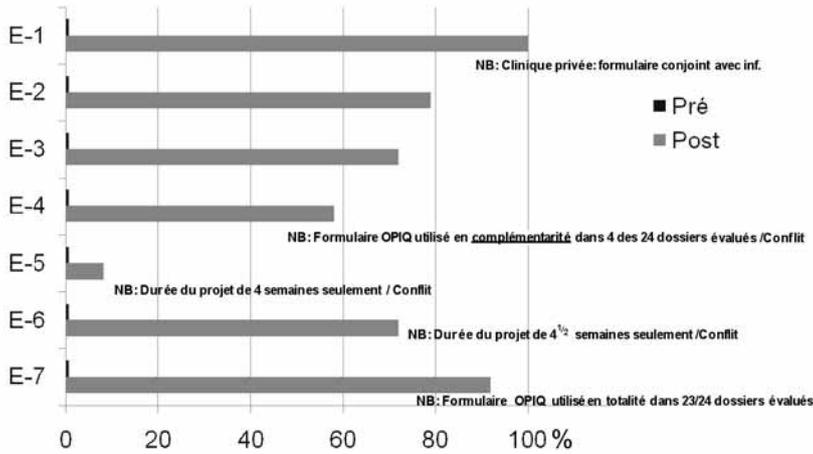
Nos valeurs

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

SON PROFESSIONNALISME...

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

Question 1 : **Retrouve-t-on au formulaire l'annotation de toutes les activités effectuées par un inhalothérapeute?**

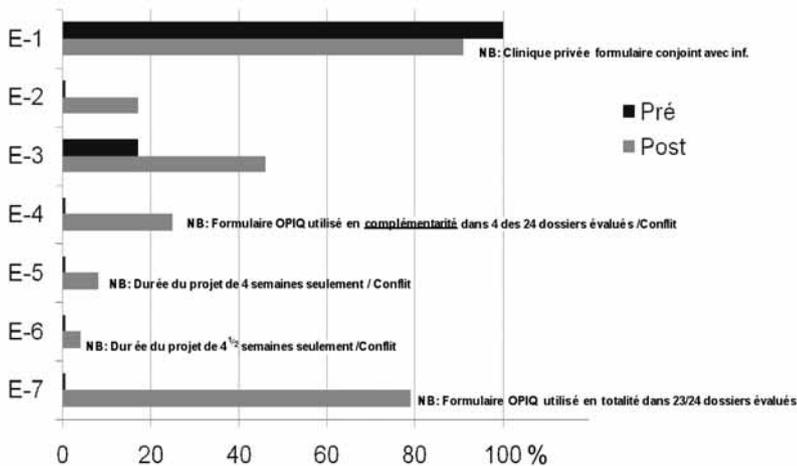


E = Établissement

La mention de conflit indique un conflit inhalothérapeute/anesthésiologiste à propos de la rédaction des notes et du formulaire, d'où la performance moindre de l'établissement. Des efforts ont tout de même été notés et des résultats positifs obtenus.

Figure 2. Question 1 : résultat global de 2 % en pré-projet et de 73 % en post-projet

Question 2 : **Peut-on distinguer les activités (réservées ou non) effectuées par un inhalothérapeute de celles effectuées par un autre professionnel?**



E = Établissement

La mention de conflit indique un conflit inhalothérapeute/anesthésiologiste à propos de la rédaction des notes et du formulaire, d'où la performance moindre de l'établissement. Des efforts ont tout de même été notés et des résultats positifs obtenus.

Figure 3. Question 2 : résultat global de 16 % en pré-projet et de 38 % en post-projet

Le projet devait répondre à trois questions (voir ci-contre les résultats obtenus) :

- 1- Retrouve-t-on au formulaire l'annotation de toutes les activités réservées effectuées par un inhalothérapeute?
- 2- Peut-on distinguer les activités réservées effectuées par un inhalothérapeute de celles effectuées par un autre professionnel?
- 3- L'application de lignes directrices peut-elle améliorer la pratique en matière de tenue de dossiers?

Résultats

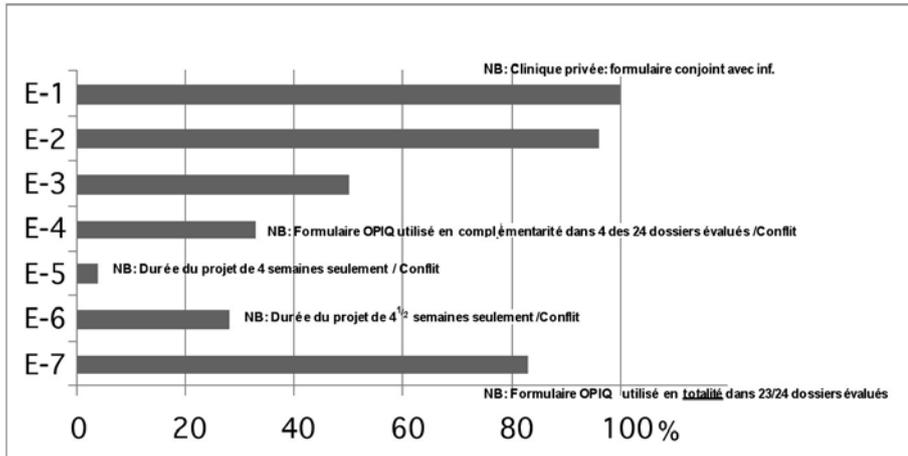
La participation au projet pilote a permis aux inhalothérapeutes de constater qu'ils notaient très peu au dossier de l'usager les activités exercées. Les graphiques en font d'ailleurs la démonstration. Nous avons cependant étudié les dossiers à partir de 103 indicateurs identifiant les éléments qui **devraient** se retrouver au dossier. Ces indicateurs ont été extraits du *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, et des *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*. Certains ont aussi été ajoutés à la suite des recommandations du Comité d'inspection professionnelle (CIP) et de différents rapports de coroners. Les indicateurs ont été regroupés en 9 catégories identifiées dans la légende de la figure 1. À titre d'exemple, voici la liste des indicateurs qui composent le groupe 6 des ordonnances médicales :

- Ordonnance pour chaque activité
- Ordonnance complète
- O.V. correctement rédigée
- Réf. : protocole (le cas échéant)
- Réf. : ordonnance collective (le cas échéant)

À la suite de la compilation des commentaires des participants, nous avons apporté quelques modifications au projet des lignes directrices. Ainsi, il offrira plus d'exemples d'application. Aussi, dans le but de favoriser la communication entre les centres hospitaliers et l'Ordre à propos des lignes directrices, nous entendons mettre en place un forum de discussion et profiter du prochain congrès pour présenter un atelier sur les notes au dossier en assistance anesthésique et sédation analgésique.

Selon les commentaires recueillis, tous les centres participants souhaitent modifier leurs formulaires en fonc-

Question 3 : L'application de lignes directrices peut-elle améliorer la pratique en matière de tenue de dossiers?



E = Établissement

La mention de conflit indique un conflit inhalothérapeute/anesthésiologiste à propos de la rédaction des notes et du formulaire, d'où la performance moindre de l'établissement. Des efforts ont tout de même été notés et des résultats positifs obtenus.

Figure 4. Question 3 : amélioration globale de 56 % en post-projet

NB : Le terme amélioration n'est pas défini au sens strict. Conséquemment, la réponse à cette question est subjective et est, d'une part, indépendante d'un établissement à l'autre et, d'autre part, dépendante du poids donné à chaque micro-indicateur.

Par exemple, la présence de la signature de l'inhalothérapeute est de plus grande valeur que la mention de pertes sanguines dans un cas d'ophtalmologie.

tion des évaluations obtenues et de leurs besoins spécifiques. De plus, en collaboration avec les anesthésiologistes, la plupart ont exprimé le besoin de procéder à l'adoption d'ordonnances collectives. Nous encourageons les sept établissements participants à poursuivre leurs efforts d'amélioration!

En terminant, je tiens à remercier, au nom du Bureau de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et en mon nom, tous les inhalothérapeutes et les chargés de projet qui ont participé au projet pilote. Je remercie également les anesthésiologistes qui y ont collaboré et qui ont su reconnaître l'importance des activités professionnelles des inhalothérapeutes et le fait que leurs notes au dossier en sont partie intégrante.

BOMIMED **HAMILTON-G5**

Environ 24 000 vies canadiennes sont perdues à chaque année en raison d'erreurs médicales.

Finalement, une solution intelligente qui répond à vos besoins, mais qui protège surtout votre patient.

Pour plus d'information, veuillez contacter BOMimed www.bomimed.com Courriel: main@bomimed.com Sans frais: 1.800.667.6276



d'ordre juridique

A moins d'un contretemps, le *Règlement modifiant le Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* sera en vigueur dès le début du mois d'avril. Les modifications qui y seront apportées font en sorte, notamment, que dorénavant, afin d'obtenir une dispense, le nombre de semaines consécutives d'inactivité nécessaires au cours d'une même période de référence sera de 52 semaines au lieu de 53. À titre d'exemple, l'inhalothérapeute en retrait préventif qui s'inscrit au Tableau comme membre inactif au 1^{er} avril d'une année paire (ex. : 2008) pourra bénéficier d'une exemption à partir du 1^{er} avril 2009.

D'autre part, il sera maintenant possible pour le Bureau de l'Ordre d'accorder une dispense pour des motifs exceptionnels autres qu'une période d'inactivité de 52 semaines. Ainsi, un membre qui se croit dans l'impossibilité de remplir ses obligations pour la période de référence en cours pourra, sur présentation d'un billet médical ou toute autre preuve attestant qu'il se trouve dans une situation d'impossibilité, obtenir une dispense.

Dans un tout autre ordre d'idée, tout comme mes collègues, on m'a demandé de vous décrire brièvement mes fonctions à l'Ordre. Depuis plus de 12 ans maintenant j'agis comme adjointe à la direction générale. Avocate de formation, j'ai pour mandat de conseiller et d'appuyer les différentes instances de l'Ordre sur les obligations de l'organisation, notamment à l'égard des lois et règlements applicables.

En plus d'apporter les modifications nécessaires à la réglementation de l'Ordre et coordonner les travaux avec l'Office des professions du Québec en vue de l'adoption des règlements, je réponds aux questions des membres et du public sur l'ensemble des règlements et des lois applicables aux membres de l'Ordre, dont notamment le *Règlement sur la formation continue obligatoire* des membres de l'Ordre.

De façon générale, je participe à la réalisation des objectifs de l'Ordre. Je collabore avec la directrice générale afin d'assurer la conformité de certaines de ses actions avec les dispositions du *Code des professions* (ex. : élections, admission, gestion du tableau des membres, etc.) et je prends part à la préparation

et à la rédaction des avis et mémoires concernant différentes questions relatives aux activités de l'Ordre et aux enjeux pour la profession.

Je surveille l'actualité gouvernementale afin d'identifier les projets de loi, de règlement et de décret susceptibles d'influencer la profession et je contribue à la préparation d'interventions ou de représentations pertinentes.

Je coordonne les travaux et agis à titre de secrétaire des comités de discipline et de révision. Je suis d'ailleurs membre du comité directeur du Forum des secrétaires de comité de discipline du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) ainsi que du Comité de législation du CIQ.

Finalement, j'effectue différentes « tâches connexes » dont notamment organiser depuis une dizaine d'années le salon des exposants lors du congrès annuel de l'Ordre ainsi que le tournoi de golf de l'Ordre.

Andrée Lacoursière, avocate
Adjointe à la direction générale

• Apnée du sommeil • Problèmes respiratoires • Troubles du sommeil • Ronflements • Fatigue

VENEZ NOUS CONSULTER POUR DÉTECTER ET RÉGLER VOTRE PROBLÈME DÉFINITIVEMENT

Nos inhalothérapeutes spécialisés vous offrent les services suivants :

- Dépistage
- Examens diagnostiques en apnée du sommeil
- Appareils CPAP et BIPAP
- Équipements et examens payés par la plupart des assurances
- Produits et soins respiratoires
- Variété de masques • Vente et location



1120, boul. de la Rive Sud, St-Romuald

+ www.groupe-santeparamedic.com +

418.834.1114

3535, boul. St-François, Jonquière

418.542.1255

sans frais 800.465.1255

FRANCHISES DISPONIBLES

Références (suite de la page 26)

31. LAFLAMME, S. 2006. « Thérapeutique de la bronchiolite en milieu hospitalier Qu'en penser? » *Le clinicien*, Vol. 22, N° 11, p. 97-102.
32. THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) SUBCOMMITTEE, "Diagnosis and management of bronchiolitis." *Pediatrics*, 2006; 118: 1774.
33. JARTTI, T. and al. "Systemic glucocorticoids in childhood expiratory wheezing: relation between age and viral etiology with efficacy." *Pediatr Infect Dis J*, 2002; 21: 873.
34. PATEL, H., GOUIN, S., PLATT, RW. "Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral albuterol infants with mild-to-moderate acute viral bronchiolitis." *J Pediatr*, 2003; 142: 509.
35. *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*, Santé Canada. [En ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/nursing-infirm/2001_ped_guide/chap_10b_f.html] site visité le 3 octobre 2007] (cité le 31 août 2006).
36. KLASSEN, TP. and al. "Randomized trial of salbutamol in acute bronchiolitis." *J Pediatr*, 1991; 118: 807-811.
37. SCHWEICH, PJ. and al. "The use of nebulized albuterol in wheezing infants." *Pediatr Emerg Care*, 1992; 8: 184-188.
38. SCHUH, S., CANNY, G., REISMAN, JJ. et al. "Nebulized albuterol in acute bronchiolitis." *J Pediatr*, 1990; 117: 633-637.
39. MCBRIDE, JT. "Dexamethasone and bronchiolitis: A new look at an old therapy?" *J. Pediatr*, 2002; 140: 8-9.
40. Lipworth BJ: Systemic adverse effects of inhaled corticosteroid therapy: a systematic review and meta-analysis. *Arch. Intern. Med.* 1999; 159:941-55.

FORRRRE!

Le tournoi annuel de l'OPIQ

Attention, ça vient vite!

Le 11 septembre 2008

Club de golf Métropolitain, Anjou

Une partie des profits sera versée à la fondation l'air d'aller
En collaboration avec Golf et Plus!

Une rencontre des responsables de Services d'inhalothérapie précédera cet événement.

www.opiq.qc.ca

• L'ORDRE Y ÉTAIT ! •

- Rencontre de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire avec les représentants des maisons d'enseignement pan-canadiennes;
- Assemblée ordinaire du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ);
- Assemblée extraordinaire du CIQ sur l'entente France-Québec;
- Rencontre du comité de travail de l'Office des professions du Québec sur la reconnaissance des technologues en électrophysiologie médicale;
- Rencontre avec les directeurs des études des cinq collèges publics;
- Conseil d'administration du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS);
- Comité des directeurs de l'inspection professionnelle du CIQ;
- Comité directeur du Forum des secrétaires de comité de discipline du CIQ;
- Comité directeur du Forum des syndicats;
- Conférence de presse pour le lancement de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac du CQTS.



Une bouffée d'air frais



19 – 21 JUIN 2008

Hôtel Hilton Bonaventure • Montréal (Québec)

Rendez-vous à Montréal pour « Une bouffée d'air frais »! La Société canadienne de thoracologie, les Professionnels canadiens en santé respiratoire, l'Alliance canadienne sur la MPOC et l'Association pulmonaire vous invitent à être des leurs pour le tout premier Congrès canadien sur la santé respiratoire. Grâce à un programme basé sur la formule éprouvée des éditions antérieures du Congrès national de l'Alliance canadienne sur la MPOC, et à la collaboration de l'Association des pneumologues de la province de Québec ainsi que de l'Association pulmonaire du Québec, ce congrès sera attrayant pour un vaste auditoire de personnes qui œuvrent pour améliorer la santé respiratoire.

Notre comité scientifique a élaboré un programme emballant qui regroupe les meilleurs éléments de notre domaine de spécialisation et présente les concepts à la fine pointe du progrès et de la recherche actuelle, dans diverses perspectives. Prise en charge de l'asthme, ventilation de longue durée, tuberculose, maladie pulmonaire obstructive chronique, troubles respiratoires du sommeil et maladies respiratoires pédiatriques, ne sont que quelques-uns des thèmes dont il sera question dans les plénières et les séances simultanées. Du temps pour le réseautage sera intégré dans l'horaire afin de donner aux congressistes l'occasion d'interagir avec des collègues des quatre coins du Canada. De la réception d'ouverture jusqu'aux soirées sociales facultatives, en passant par les pauses et

dîners de réseautage, on aura amplement de temps pour des discussions informelles et propices à l'échange d'expériences et à l'apprentissage mutuel.

Le congrès a pour objectifs de :

- promouvoir la santé respiratoire, par la prestation d'information scientifique d'actualité et fondée sur des données à l'intention des professionnels des soins de la santé qui s'occupent de patients atteints de maladies respiratoires;
- stimuler la collaboration entre intervenants du domaine respiratoire, par la communication, le partage d'information, le réseautage et le développement de partenariats;
- contribuer au progrès de la recherche clinique en identifiant les lacunes dans les stratégies actuelles de prise en charge, pour les patients qui ont une maladie respiratoire.

Un programme scientifique diversifié a été élaboré de manière à promouvoir la discussion sur les plus importants développements en matière de pratique clinique, de recherche et d'éducation. Ce congrès intéressera particulièrement les membres de notre communauté clinique et scientifique, notamment les pneumologues, chirurgiens thoraciques, pneumologues pédiatres, médecins de famille, inhalothérapeutes, spécialistes des soins critiques, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, nutritionnistes, pharmaciens, travailleurs sociaux et autres intervenants du domaine respiratoire.

Présenté par

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

L'Alliance canadienne
sur la MPOC 

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

En collaboration avec :

 Association des
pneumologues
de la province de Québec

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE
Québec



babillard

Appel de réviseurs de programme francophones

Le Programme national d'agrément de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR), géré par le Conseil pour l'agrément de la formation en thérapie respiratoire (CAFTR) est à la recherche de thérapeutes respiratoires, de médecins et d'administrateurs de programmes scolaires francophones souhaitant participer aux équipes de révision de programme.

L'agrément du CAFTR constitue un outil qui aide les programmes de thérapie respiratoire et les organismes de réglementation à rassurer le public quant au respect des normes éducatives nationales propres aux thérapeutes respiratoires débutants.

Pour le membre d'une équipe de révision de programme, la disponibilité demandée est la suivante : une visite de site de quatre jours en plus d'une journée de déplacement. Avant la visite de site, environ six heures sont requises pour réviser la documentation fournie par le programme et participer à une téléconférence avec les autres membres de l'équipe. Tous les frais de déplacement et d'hébergement sont payés par le CAFTR.

Pour toute question ou si vous êtes intéressé à participer à titre de réviseur de programme, veuillez contacter Pamela Hicks à l'adresse phicks@csr.com ou au 800-267-3422, poste 26.

Tournée provinciale de la présidente et de la directrice générale et secrétaire

Mmes Beaulieu et Prud'Homme ont entrepris le 21 février dernier une tournée provinciale qui les mènera dans une dizaine de villes. Plusieurs dossiers sont à l'ordre du jour (réforme de la formation initiale, intégration des perfusionnistes cliniques, la tenue de dossiers en assistance anesthésique, la formation continue et le Campus OPIQ, la loi d'accès à l'information). Vous êtes attendus en grand nombre pour discuter de l'avancement de ces dossiers. Vérifiez le calendrier de la tournée sur le site Internet www.opiq.qc.ca pour connaître la date où elles seront près de chez vous.

Avis de décès

Nous désirons vous informer du décès de monsieur Louis Laneuville, inhalothérapeute diplômé du Cégep de Sainte-Foy en 1983. Nos sincères condoléances à sa famille, ses amis et collègues de travail du CHRTR.

Erratum

Une erreur s'est glissée dans la chronique *Des livres et vous* du Babillard, en page 36 de l'édition de janvier 2008. La photo illustrant le livre *La dysphagie oropharyngée chez l'adulte* aurait dû être celle-ci.

Par ailleurs, prenez note que M. Michel Paré n'apparaît plus au Tableau de l'Ordre en raison du non-renouvellement de son adhésion à l'OPIQ et non pour abandon de la profession. Toutes nos excuses pour les inconvénients encourus.



calendrier des événements

- Tournée provinciale de la présidente et directrice générale et secrétaire, du 21 février au 29 mai 2008.
- 49th Annual McGill Anesthesia Update, les 23-25 mai 2008.
- Mise à jour en anesthésie pour inhalothérapeutes; ce cours dédié à la mémoire du Dr Richard Wahba, en français seulement, se tiendra le dimanche 25 mai 2008.
- Tournoi de golf annuel de l'OPIQ, le 11 septembre 2008.
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 5 au 12 octobre 2008.
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 7 et 8 novembre 2008, au Hilton Lac-Leamy, Gatineau.
- Colloque L'évaluation, l'orientation et l'intervention : un défi en sclérose en plaques, vendredi 25 avril 2008, Québec.
- 2^e colloque des services respiratoires du CHUQ, samedi 3 mai 2008, Québec.

Les inhalos qui font l'événement!

Le 22 novembre dernier, Mme Marjolaine Jacques, inhalothérapeute au CSSS de Beauce et au CSSS des Etchemins secteur CLSC, s'est vue remettre par le Réseau québécois de l'asthme et la MPOC (ROAM) le prix Reconnaissance Claude Lanthier 2007, attribué en collaboration avec les compagnies Boehringer Ingelheim et Pfizer. Ce prix est décerné annuellement au professionnel s'étant illustré de façon exceptionnelle par son implication et son engagement à titre d'intervenant dans le réseau de la santé ou de bénévole dans les activités et la mission du ROAM.

Il y a trois ans, Mme Jacques a, par son ouverture d'esprit, son approche multidisciplinaire et son dévouement à cette cause, permis l'implantation d'une clinique de soins respiratoires située à Lac-Etchemin. Les services dispensés par cette clinique sont nombreux : dépistage précoce de la MPOC, suivi des clientèles MPOC, asthmatique et souffrant d'apnée du sommeil ainsi qu'un programme de rééducation respiratoire.



Dans l'ordre habituel : Marjolaine Jacques, inhalothérapeute, Pierre Carrier, président du conseil d'administration du ROAM et Mme St-Jacques, représentante pour Boehringer Ingelheim.

Mme Jacques fait figure de référence au sein de l'équipe du CSSS des Etchemins en ce qui concerne l'inhalothérapie : elle reçoit des externes en médecine en stage d'observation dans sa clinique et des médecins la consultent régulièrement pour le suivi de leur clientèle présentant un problème pulmonaire.

Ce qui rend exceptionnel l'engagement de Mme Jacques auprès des personnes atteintes de maladies pulmonaires, c'est qu'elle pilote cette clinique en région éloignée des grands centres. Ses efforts sont récompensés par l'augmentation constante de l'achalandage de la clinique, la confiance et la gratitude que lui témoignent ses patients et maintenant la reconnaissance de ses pairs par la remise de ce prix. Félicitations!

Ce qui rend exceptionnel l'engagement de Mme Jacques auprès des personnes atteintes de maladies pulmonaires, c'est





formation continue



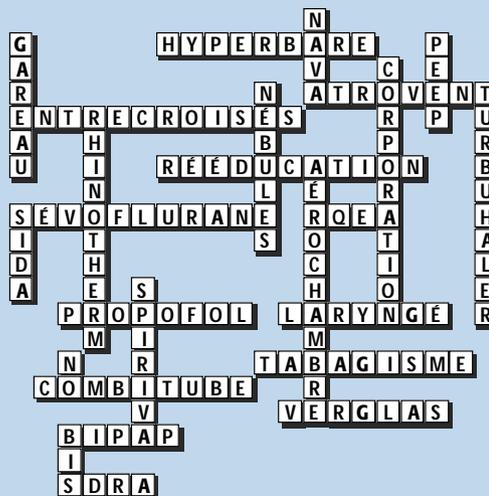
Une nouvelle formation s'ajoute sur le *campus OPIQ*

Polysomnographie II

Le 15 mars 2008 a marqué les six mois d'existence du *campus OPIQ* : 5 formations sont maintenant offertes; plus de 300 inhalothérapeutes ont visité le campus et déposé ou consulté les documents du répertoire, ou suivi un fil de discussion dans le forum; 250 inhalothérapeutes ont profité de l'une ou l'autre des formations offertes.

Nous vous rappelons que deux fils de discussion sont à votre disposition : si vous éprouvez des difficultés à vous connecter ou à télécharger un document ou une séance de formation (aide et soutien technique); ou si vous avez des commentaires ou suggestions à nous communiquer. N'hésitez surtout pas, c'est *votre* campus et nous souhaitons qu'il devienne non seulement une source de formation et d'information, mais aussi un outil de communication incontournable.

SOLUTION – 25 ANS, 25 MOTS



Thèmes et date de tombée

• Juillet 2008 – Les antibiotiques : 1^{er} mars 2008

Saviez-vous que les rapprochements sexuels entre un professionnel et une cliente sont un abus de pouvoir et de confiance considéré comme une agression sexuelle?

Le 22 janvier dernier, l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes procédait au lancement du dépliant et du guide d'information *Les rapprochements sexuels entre un professionnel de la santé et un ou une cliente – un interdit, une agression sexuelle, un crime*, qui s'adressent aux victimes

et à leur entourage; aux femmes et aux personnes utilisant les services de santé; aux femmes et aux personnes requérant les services soutenus de professionnels de la santé; aux professionnels de la santé, à leurs instances et au gouvernement; aux personnes qui ont des postes d'autorité et de décision.



Ce dépliant et ce guide visent à :

- faire (re)connaître le problème des agressions sexuelles commises par des professionnels de la santé;
- permettre aux victimes de se reconnaître et d'identifier l'agression sexuelle qu'elles ont subie;
- reconnaître les signes avant-coureurs et les gestes d'agression;
- défaire les préjugés et les mythes sexistes à l'égard des victimes;
- présenter les recours et les ressources disponibles aux victimes;
- responsabiliser les professionnels de la santé, leurs instances et le gouvernement;
- situer cette agression dans le contexte plus large des violences faites aux femmes.

Pour plus d'information et pour commander gratuitement le dépliant et le guide : <http://www.aqpv.ca> (version anglaise aussi disponible).

Gagnants des tirages des deux prix

L'OPIQ a reçu 361 inscriptions aux tirages pour les renouvellements de cotisation en ligne effectués entre le 21 janvier et le 14 février 2008. Nous vous remercions d'avoir répondu en aussi grand



nombre à cette initiative dont les objectifs étaient triples : nous souhaitons, par souci écologique, diminuer l'utilisation de papier nécessaire à l'impression des avis de cotisation, nous voulions solliciter un renouvellement hâtif de la cotisation annuelle et finalement, par souci d'économie, nous désirions

réduire les frais postaux qui sont importants pour un envoi de cette envelopure.

Voici donc le nom des deux gagnants :

- iPod Nano 8 Go : Mme Catia Mosca, Hôpital général de Montréal
- Une inscription au congrès 2008 : Mme France Mandeville, CHUM Notre-Dame

L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (EIR) : une stratégie importante pour le patient et un rôle unique pour l'inhalothérapeute clinicien

(par) [Marise Tétreault, inh., inspectrice permanente, OPIO]

Vous avez tous lu avec intérêt dans la revue *l'inhalo* (Juillet 2007), les propos du D^{re} Anne Lemay sur la Campagne québécoise « Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé » (EAPSS). Ainsi, vous avez noté parmi les six stratégies proposées celle concernant le déploiement d'une équipe d'intervention rapide (EIR) pour agir dès les premiers signes de détérioration de la santé des usagers. Puisqu'au cours de l'automne dernier la Campagne québécoise a offert une formation sur la stratégie EIR qui, contrairement aux autres stratégies, requiert un développement d'expert, nous prenons, ici quelques instants pour bien expliquer les tenants et les aboutissants d'une telle stratégie, tant pour la sécurité des usagers que pour les inhalothérapeutes cliniciens.

Qu'est-ce qu'une équipe d'intervention rapide?

C'est une équipe multidisciplinaire à laquelle chaque membre apporte un savoir-faire en soins critiques, et ce, directement au chevet de l'usager requérant des soins cardiorespiratoires critiques. On s'en doute, l'objectif premier d'une telle équipe est de prévenir les décès chez les usagers dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs. Pour y arriver, elle devra reconnaître et prendre en charge la gestion de l'instabilité clinique précédant un arrêt cardiaque.

Pourquoi avons-nous besoin d'équipes d'intervention rapide?

Tout inhalothérapeute a probablement été impliqué ou a entendu parler d'un patient qui, en définitive, n'aurait pas dû mourir. Or, devant l'incidence de ces décès, des études ont été menées afin de comprendre les causes du problème et élaborer des stratégies d'amélioration possibles. Selon les conclusions de travaux et d'analyses réalisés, trois problèmes ont été relevés :

- les défaillances au niveau de la planification (y compris les évaluations, les traitements et les objectifs);
- le manque de communication (entre le patient et le personnel soignant, au sein même du personnel ainsi qu'entre le personnel et les médecins, etc.);
- l'incapacité à reconnaître la détérioration de l'état de santé d'un patient.



Reproduit avec autorisation

Quelle différence une équipe d'intervention rapide peut-elle faire?

De nombreuses études ont révélé que les EIR pouvaient grandement contribuer à l'amélioration des processus de prestation et des résultats des soins. Dans certains cas, ceci se traduit par :

- une réduction de 50 % des arrêts hors soins intensifs;
- une réduction des transferts postopératoires d'urgence à l'unité des soins intensifs (58 %);
- une réduction des décès (37 %).

Quel est le rôle de l'EIR?

L'EIR assume différents rôles importants. Il s'agit notamment :

- d'aider le personnel soignant à évaluer et à stabiliser l'état de l'usager;
- d'organiser l'information qui devra être communiquée au médecin traitant;
- d'assumer un rôle d'éducateur auprès du personnel soignant et lui apporter son appui;
- d'aider le personnel soignant à transférer l'usager à un niveau de soins plus élevé lorsque la situation l'exige.

Qui fait partie de l'EIR?

Les différentes expériences montrent que plusieurs modèles fonctionnent bien, y compris les suivants :

- un inhalothérapeute et un infirmier;
- un inhalothérapeute et un infirmier, un médecin de soins intensifs et un résident;
- un inhalothérapeute et un infirmier et un médecin de soins intensifs ou un médecin exerçant en milieu hospitalier.

Il est essentiel de sélectionner chaque membre de l'équipe, médecin – inhalothérapeute – infirmier, avec soin de façon à profiter de leur qualité d'intervenant de première ligne en soins critiques et de celle d'éducateur. Ainsi, pour chaque modèle, le choix des membres repose sur trois facteurs :

- disponibilité : répondre immédiatement à un appel et ne pas être restreint par d'autres responsabilités;
- accessibilité : être sur les lieux;
- compétence : posséder les compétences nécessaires en soins critiques afin d'être en mesure d'évaluer l'usager et de réagir avec efficacité.

Depuis 2006, la Campagne a progressé rapidement à la grandeur du pays et de nombreuses équipes multidisciplinaires formées de médecins, d'inhalothérapeutes et d'infirmiers, ont amorcé les travaux nécessaires à la mise en place d'EIR dans leurs établissements respectifs.

Parce que la présence et l'apport de l'inhalothérapeute clinicien au sein d'une EIR est une ressource précieuse pour le devenir de l'usager ayant besoin de soins critiques, vous comprendrez qu'il est essentiel que les inhalothérapeutes soient proactifs, notamment en s'impliquant lorsqu'un tel projet se profile à l'horizon. À cet égard, parce que l'OPIQ est un partenaire officiel de cette campagne et qu'il reconnaît l'importance de la prestation de soins sécuritaires, il s'efforce d'accompagner les inhalothérapeutes qui prennent part à l'implantation de cette stratégie en leur offrant un forum de discussion (communauté de pratique) créé spécialement pour eux, et ce, directement à partir du

campus opiq

Pour en savoir plus

Le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) assume la coordination de la campagne pour l'ensemble de la province

(<http://www.chumtl.qc.ca/accueil/chum-interne1/eapsss-campagne/eapsss-strategies.fr.html>). Utilisez les différents liens offerts sur cette page pour consulter notamment les nouvelles, la formation et les événements ou la trousse de départ d'une équipe d'intervention rapide (EIR).

NDLR : Nous adressons nos remerciements à Mme Amélie Bujold, coordonnatrice de la Campagne québécoise (au moment de la rédaction de cet article), pour

la révision du texte ainsi qu'à Mme Valérie Lemieux, inhalothérapeute, membre du comité d'implantation de l'EIR, CHUM pavillon Hôtel-Dieu, pour l'image accompagnant ce texte.

Référence :

Campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*
Guide pratique : Équipes d'intervention rapide, Mai 2007, 34 p. [En ligne].

http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EAPSSS/pdf/Trousse2_EIR.pdf (Consulté le 21 janvier 2008).

L'assurance d'avoir **PLUS** de privilèges

En tant que membre de l'OPIQ, obtenez-en plus :

- **10 % de réduction** sur vos assurances automobile et habitation
- La chance de gagner un voyage en nous demandant une soumission

D'autres programmes bien pensés :

- Assurances VR solutions^{MD} (moto, motoneige, VTT, caravane, autocaravane et bateau)
- Protection ZÉRO franchise à payer*
- Programme d'assurance JEUNE FAMILLE^{MC}

Nous joindre

1 800 322-9226 • www.lacapitale.com

*Certains conditions s'appliquent



Règlements disponibles à la Vice-présidence marketing
Valeur totale maximale des prix : 10 000 \$



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

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

Ventolin et ischémie myocardique chez les femmes enceintes

Source : *Le Médecin du Québec* 2007; 42 (9): 141-142. ©FMOO. Reproduction autorisée.

Dans le monde, 17 femmes enceintes à qui l'on avait administré du salbutamol (Ventolin) pour retarder un travail prématuré ont subi une ischémie myocardique. Dans onze cas, le problème s'est révélé grave et l'une des patientes en est même morte. Au Canada, aucun cas n'a été signalé.

Le Ventolin n'est pas indiqué pour prévenir ou arrêter le travail prématuré. Néanmoins, il est parfois employé à cette fin. « Si l'on juge que les bienfaits du médicament l'emportent sur les risques encourus par la femme en travail prématuré, il convient de surveiller attentivement le bilan hydrique et la fonction cardiorespiratoire, y compris l'ECG. Si des signes d'œdème pulmonaire ou d'ischémie myocardique se manifestent, on doit envisager l'arrêt du traitement », écrit GlaxoSmithKline dans son avis aux professionnels de la santé.

Chez les patientes qui présentent une cardiopathie connue, les précautions à prendre sont encore plus grandes. « En raison du risque d'œdème pulmonaire et d'ischémie myocardique observé lors de l'emploi des bêtamimétiques dans la prise en charge du travail prématuré, un médecin expérimenté en cardiologie doit bien évaluer l'état cardiovasculaire de la patiente avant d'administrer les solutions injectables ^PVentolin[®] », recommande maintenant la monographie du produit.

Dans presque tous les cas d'ischémie myocardique liés à l'administration de salbutamol, les patientes avaient reçu une préparation parentérale. Aucune n'avait pris du Ventolin par inhalation pour traiter des bronchospasmes. GlaxoSmithKline a fait ces constatations après avoir passé en revue les données venant de publications, de signalements spontanés et d'essais cliniques. Par ailleurs, la prescription d'une solution injectable de salbutamol à une femme enceinte souffrant de bronchospasmes nécessite aussi une certaine prudence pour éviter d'interférer avec la contractilité utérine. « Durant la perfusion i.v. de salbutamol, il convient de surveiller le pouls de la mère, lequel ne doit normalement pas dépasser 140 battements par minute. »

OFFRE D'EMPLOI Inhalothérapeute • membre de l'OPIQ

Apnair offre un service complet pour les troubles du sommeil du diagnostic au traitement. Elle compte 10 centres au Québec pour accueillir la clientèle apnéique et offre ses services dans plusieurs régions du Québec par des rendez-vous au domicile des clients.

Vous êtes à la recherche de nouveaux défis, désirez travailler dans un environnement dynamique où la qualité du service, les compétences et le professionnalisme sont reconnus ? Nous offrons ce type d'emploi ainsi que des postes au sein de notre laboratoire du sommeil.

Nous offrons un salaire compétitif au marché, une gamme d'avantages sociaux, de la formation continue, le remboursement de la cotisation de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes pour les employés à temps plein.

Envoyez-nous votre CV

Télécopieur : (514) 315-9998
Courrier électronique : rh@laboratoirebiron.com
Adresse postale : Laboratoire Médical Biron
4105-F boul. Matte
Brossard, Qc J4Y 2P4



C. difficile

Rien ne bat le savon et l'eau chaude, selon des chercheurs de McGill

(par) [Véronique Robert]

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 28, N° 36, 14 novembre 2007, page 31

Le savon et l'eau chaude. Voilà le moyen le plus efficace d'éliminer la bactérie *Clostridium difficile* (*C. difficile*) des mains du personnel soignant, conclut une étude menée sous la direction du Dr Michael Libman, directeur du département des maladies infectieuses au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Les résultats ont été présentés à la 47^e Conférence interscience sur les agents antimicrobiens et la chimiothérapie, tenue à Chicago du 17 au 20 septembre.

Les 10 volontaires de l'étude se sont souillés les mains avec la bactérie et ont successivement testé cinq

modes de nettoyage : savon classique et eau chaude; savon classique et eau froide; savon antiseptique et eau chaude; solution à base d'alcool; serviette désinfectante. Les résultats sont sans équivoque, disent les chercheurs : les divers lavages à l'eau éliminent plus de 98 % des bactéries, alors que celui à base d'alcool n'en élimine pratiquement aucune. La serviette désinfectante en détruit environ 95 %.

Lorsqu'elles sont soumises à un stress, les bactéries de la famille du *C. difficile* génèrent des spores extrêmement résistantes qui, dans des conditions favorables, produisent à leur tour des bactéries. C'est

l'élimination de ces spores qui constitue le plus grand défi du contrôle de la bactérie. Pour expliquer leur découverte étonnante, les chercheurs émettent l'hypothèse que l'alcool élimine les bactéries vivantes mais pas les spores, tandis que le lavage à l'eau et au savon élimine les deux.

Enfin, le patient en toute liberté!

Sans fil et ambulatoire

AURA® PSG

Imaginer un système de polysomnographie complet sans fil pour votre laboratoire du sommeil. Ou encore un appareil compact pour vos besoins ambulatoires... L'AURA PSG accomplit les deux à merveille ! Vos patients dormiront mieux, vos techniciens et techniciennes adoreront sa simplicité et le médecin sera comblé par les rapports complets conçus par Grass-Telefactor.



- Enregistreur à 25 canaux
- Saturométrie intégrée
- Connexions intégrées à l'appareil
- Logiciel d'analyse et de scoring flexible et automatique
- Compact, léger et robuste
- Support technique 24/7
- Garantie à vie unique, limitée

Grass-Telefactor, pour saisir la vie...



Sans-frais: 1-800-565-2216 (Canada seulement)
Tel. (450) 651-7973 • Fax (450) 651-8987
astromedcanada@astromed.com
www.grass-telefactor.com

Une gamme complète d'électrodes et d'accessoires est disponible, contactez-nous!