



# l'inhalo

janvier 2014

DOSSIER

## L'ENCADREMENT DU STAGIAIRE

LE CONGRÈS EN IMAGES

 **opiq**  
Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

volume numéro

**30.4**

# L'HÉMOGLOBINE

Non invasive > Rapide

## Pronto-7™

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



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

888-336-0043

© 2013 Masimo Corporation. Tous droits réservés.





# Les stages, un éternel casse-tête ?

Le thème de cette revue est pour le moins d'actualité puisque, par les temps qui courent, tout le monde parle des difficultés de stages en milieu clinique : les collègues, les responsables de service, le ministère de l'Éducation et de la Santé, les inhalothérapeutes, etc. D'aucuns se demandent certainement ce que l'Ordre peut bien avoir à dire sur ce sujet.

La problématique des stages nous interpelle au premier chef, puisque nous sommes convaincus que les stages constituent un terreau fertile qui favorise l'intégration de tous les savoirs. Ainsi, il est indispensable que les étudiants en inhalothérapie aient accès à différents milieux où ils pourront faire face à des situations cliniques diversifiées qui permettront de développer leur compétence. Et la compétence est à l'inhalothérapeute ce que la potion magique est à Astérix !

L'éclosion de l'offre de programmes au cours des dernières années a certainement contribué à accentuer la problématique. La difficulté se traduit non seulement en termes de disponibilité de places de stages, mais aussi en termes de variété d'expositions cliniques. Mais loin de moi l'idée, ici, d'en faire un procès d'intention.

À l'heure actuelle, plusieurs acteurs discutent afin de trouver des solutions à cette problématique.

Il faut innover, dit-on ! Par conséquent, avec l'arrivée de la simulation haute fidélité dans les milieux pédagogiques, on suggère, de plus en plus, qu'elle permettrait de réduire la durée des stages, voire abolir certains stages, etc. L'innovation, c'est bien, mais pas à n'importe quel prix ! Comme plusieurs méthodes « en vogue », la simulation haute fidélité en attire plus d'un. Mais il ne faut surtout pas négliger la portée des stages cliniques dans la formation de nos jeunes inhalothérapeutes.

En ces temps de réjouissance et de partage, rappelons-nous également que tout et chacun a le devoir d'appuyer le développement de la profession et de partager son savoir avec ses collègues et, en particulier, avec notre relève.

Je vous souhaite à tous de passer de beaux moments avec ceux que vous aimez, et aussi avec vos collègues puisque les inhalothérapeutes sont indispensables, même à Noël! \*



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



<b>Éditorial</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>Mot du président</b>	<b>6</b>
Dossier	
<b>L'encadrement du stagiaire</b>	
Qui prend un stagiaire aujourd'hui ? Pas moi !	<b>8</b>
Des services adaptés pour une formation spécialisée !	<b>14</b>
<b>Finances</b>	<b>18</b>
<b>Le congrès en images</b>	<b>24</b>
<b>À l'avant-scène</b>	<b>39</b>

<b>Actualités</b>	
LB – gestion des voies respiratoires difficiles	<b>20</b>
L'inspection professionnelle	<b>30</b>
L'inhalothérapie : une expertise qui s'exporte à l'international	<b>32</b>
La tuberculose	<b>34</b>
Chronique de la relève	<b>38</b>
Le tabac diminue l'espérance de vie de 10 ans	<b>40</b>
Tintin chez le neurochirurgien	<b>41</b>
<b>Babillard</b>	<b>44</b>
<b>Questionnaire formation continue</b>	<b>46</b>





# AVANT-PROPOS

## L'expérience forme la jeunesse

Il y a trente-deux (32) ans — je sais, ça ne me rajeunit pas, mais bon, je suis mamie maintenant, aussi bien m'assumer! —, je terminais ma première session de stages. À cette époque, il n'y avait pas de stages en 2<sup>e</sup> année ni de possibilités de travailler comme externe, si bien qu'il fallait attendre la 3<sup>e</sup> année pour mettre en application les connaissances acquises et se familiariser avec les us et coutumes du milieu. Pour moi, comme pour la plupart de mes collègues de promotion, il s'agissait de la première incursion dans le monde du travail. C'est durant cette année que j'ai vraiment eu un *coup de cœur* pour la profession. J'y ai rencontré des inhalothérapeutes passionnés, patients, disponibles et dévoués à leur clientèle, bien sûr, mais aussi aux étudiants. Auprès d'eux, j'ai appris à exploiter mes forces et à combler mes faiblesses. D'une certaine manière, tous ont contribué à faire de moi la professionnelle que je suis devenue.

C'est vrai, la supervision de stagiaires n'est pas chose aisée, ça demande du temps, de la motivation et de l'engagement... Ce n'est pas toujours évident en contexte de pénurie d'effectif ou de surcharge de travail. Mais, quand je vois notre jeune et dynamique relève — le concours *Place à la relève* en est un bel exemple —, je ne peux que saluer l'implication des professeurs et des inhalothérapeutes des différents milieux cliniques. Il y a un peu de vous dans chacun d'eux!

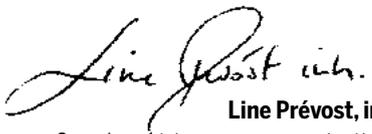
Tintin dans *l'inhalo*? Avouez que c'est intrigant! Découvrez en pages 41-43 un article ludique, mais « scientifique », paru à l'origine dans le *Canadian Medical Association Journal*.

### Congrès 2013

Encore une fois, vous avez fait de ce rendez-vous annuel un immense succès. Merci d'être présent, année après année! Revoyez les moments forts de cette 40<sup>e</sup> édition en pages 24-29.

Le contenu de certaines conférences est maintenant accessible dans la bibliothèque du *Campus OPIQ*.

Je termine en vous souhaitant de bien profiter de la magie des fêtes auprès des êtres qui vous sont chers. Savourez pleinement chaque moment en agréable compagnie. De très joyeuses fêtes et que l'année 2014 vous apporte santé, bonheur et prospérité! À l'an prochain! ✨

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

### VERSION INTERACTIVE



courriel



texte hyperlié



page hyperliée

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



## l'inhalo

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

#### Président

Jocelyn Vachon, inh., D.É.S.S. en enseignement collégial

#### Administrateurs

Josée Boudreault, inh., Brigitte Fillion, inh., Mélyny Grondin, inh., Roselyne Héту, inh., Francine LeHouillier, inh., Éline Paré, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., Julie Roy, inh., France St-Jean, inh., Isabelle Truchon, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

#### Administrateurs nommés par l'Office des professions

Laurier Boucher, Louise Lafrenière, Guy Simard, Jean-Pierre Tremblay

#### MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

##### Président

Jocelyn Vachon, inh., D.É.S.S. en enseignement collégial

##### 1<sup>er</sup> vice-présidente

Michèle Vincent Félix, inh.

##### 2<sup>e</sup> vice-présidente

Mélyny Grondin, inh.

##### Trésorière

Brigitte Fillion, inh.

##### Administrateur nommé par l'Office des professions

Laurier Boucher

#### PERMANENCE

##### Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A., M. A. P.

##### Adjointe à la direction générale

M<sup>e</sup> Andrée Lacoursière, D.É.S.S. Droit et politiques de la santé

##### Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Martine Gosselin, inh., M.B.A.

##### Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh.

##### Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh., M.A.

##### Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

##### Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

##### Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

##### Secrétaire à l'accueil et services aux membres

Lise Lafrance

##### Syndic

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

#### COMMUNICATIONS

##### Responsable

Line Prévost, inh.

##### Collaborateurs

Lyne Arsenault, inh., Jacques Beaulieu, écrivain, D<sup>r</sup> Claude Cyr, pédiatre, Antoine Cyr, Louis-Olivier Cyr, Sophie Ducharme, notaire, Isabelle Fleury, inh., Caroline Gagnon, inh., Martine Gosselin, inh., M.B.A., Ugo Rivet Desrosiers, inh., Annie Rodrigue, inh., Héléne Savard, Marise Tétreault, inh., M.A., Michèle Tremblay, inh., Johanne Roy, inh.

#### ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2014

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et archives nationales du Québec.

ISSN-1494-1945

##### Conception graphique, réalisation, révision,

##### correction et traduction

Fusion Communications & Design inc.

##### Photos des membres de l'OPIQ

Pilar Macias, photographe

##### Publicité

CPS Média

Jacques Galarneau, conseiller publicitaire

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

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

Courriel: jgalarneau@cpsmedia.ca

##### Publication trimestrielle

de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

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

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

# Anchor Fast

Support pour tube endotrachéal oral

*Sécuritaire. Propre. Pratique.*



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



**Pince de sécurité à clic**



**Curseur à glissière pour le tube**



**Stabilisateur non absorbant pour la lèvre supérieure**



## *Le choix idéal.*

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



## MOT DU PRÉSIDENT

### La présidence, un nouveau défi à relever !

**C**omme plusieurs d'entre vous le savent, lors du dernier congrès annuel, à l'issue du vote pour désigner la présidence, les membres du Conseil d'administration de l'Ordre m'ont accordé leur confiance. Je les remercie chaleureusement et c'est avec honneur et humilité que j'accepte ce poste. Certes, la présidence comporte de nombreux défis, et je ne suis pas sans savoir que les prochains mois constitueront une phase intensive d'adaptation et d'apprentissages de toutes sortes. Je ferai tout en mon pouvoir pour assumer le mandat qui m'est dévolu dans le respect de la mission de l'Ordre et de la communauté des inhalothérapeutes.

Parlant d'apprentissages... La rédaction du *Mot du président* est l'un de ceux-là ! Ce n'est pas évident en raison de la confusion d'idées causée par l'effervescence du moment ! J'aurais tellement à vous dire, mais par où commencer ? Commençons donc par le commencement : mes motivations à poser ma candidature à cette importante fonction.

D'une part, je désire m'investir à fond dans les deux dossiers d'envergure que sont la réforme de la formation initiale et l'accès à une activité d'évaluation. Je souhaite ardemment que mon expérience professionnelle et mon implication dans le domaine de l'enseignement soient mises à profit pour mener à terme cette réforme attendue de tous depuis plusieurs années.

D'autre part, je souhaite faire reconnaître, plus encore, l'expertise des inhalothérapeutes à la prévention et au mieux-être de la santé cardiorespiratoire de nos patients. Comme vous, je suis profondément convaincu de l'importante contribution des inhalothérapeutes à la qualité des soins de santé prodigués à la population du Québec.

Je m'engage donc à travailler en collaboration avec les différentes instances — l'Office des professions, les ordres professionnels, les associations médicales et syndicales, etc. —, non seulement pour l'avancement des dossiers en lien avec notre mission, mais également pour que les inhalothérapeutes soient reconnus à leur juste valeur. À cet égard, vous jouez un rôle majeur. Je compte donc sur votre implication à tous les niveaux. Soyez partie prenante des décisions, présentez-vous à vos patients, soyez fier de ce titre professionnel qui est le vôtre, bref, faites-vous (re)connaître. Vous contribuez tous à l'amélioration des soins cardiorespiratoires, vous êtes importants, car vous faites une différence pour vos patients, jour après jour. Soyez fiers de ce que vous faites. Personnellement, je suis honoré d'être le porte-étendard d'une communauté de professionnels aussi dynamiques et dévoués.

Donc, le 4 octobre dernier, débutait pour moi un grand défi. Mais c'était aussi le moment où se retirait madame Céline Beaulieu, après quatorze (14) années à la présidence. Je salue cette femme extraordinaire qui s'est investie, avec toute l'énergie et la passion qu'on lui connaît, dans l'avancement d'importants dossiers aux enjeux professionnels majeurs. Je la remercie pour son immense contribution à notre profession et lui souhaite bonne chance dans sa nouvelle vie de retraitée. Deux autres administrateurs se sont retirés pour relever de nouveaux défis professionnels : monsieur Jean-Claude Lauzon, de la région de Montréal et monsieur Réjean Duchesne, de la région Laval-Lanaudière-Laurentides. Je tiens à les remercier sincèrement pour leur implication au Conseil d'administration.

Madame Joëlle Larivière s'est également retirée après plus de quinze (15) ans à occuper le poste de syndic pour l'organisation. Je la remercie pour son dévouement au cours de toutes ces années et lui souhaite bonne chance dans ses projets. Je profite de l'occasion pour souhaiter la bienvenue à monsieur Bernard Cadieux qui agira en tant que syndic. J'espère qu'il prendra plaisir à relever ce nouveau défi.

Voilà, c'est tout pour ce tout premier billet. Puisqu'il ne reste que quelques jours avant Noël et l'arrivée du Nouvel An, je vous laisse à la frénésie de cette saison de réjouissances. J'espère que, malgré l'effervescence de la période des fêtes, vous trouverez du temps pour vous et pour profiter de cette agréable saison. Au plaisir de vous rencontrer très bientôt. ✨



**Jocelyn Vachon, inh., D.É.S.S. en enseignement collégial**

Président



Association pulmonaire canadienne	13
Banque Nationale	19
Covidien	11
FIQ	31





## A WORD FROM THE PRESIDENT

### Taking up the new challenge of being president



**A**s many of you know, during the last annual convention, following the election to nominate the new president, the members of the Ordre's board of directors have placed their trust in me. I thank them warmly and I accept the position with honour and humility. Indeed, the presidency entails many challenges, and I know that the upcoming months will represent an intensive phase of adaptation and apprenticeships of all sorts. I will do all that is in my power to take on the mandate entrusted to me, being respectful of the Ordre's mission and of the community of respiratory therapists.

Speaking of apprenticeships... Writing this column is one of them! It is not simple when you consider the confusion of ideas brought on by the effervescence of the moment! I have so much to tell you but where should I begin? So, let's begin from the beginning: what motivated me to submit my candidacy for this important function.

On the one hand, I want to concentrate on the two most ambitious dossiers that are the initial training reform and the access to an assessment activity. I ardently hope that my professional experience and my educational background will help bring to fruition this long-awaited reform.

On the other hand, I hope, furthermore, to get recognized the expertise of respiratory therapists in the prevention and greater welfare of our patient's cardiorespiratory health. Like you, I am convinced of the important contribution made by respiratory therapists to the quality of health care provided to the population of Québec.

So, I am committed to collaborate with the different authorities — the *Office des professions*, other professional orders, medical and union associations, etc. — not only to make progress on the dossiers relating to our mission but also to make sure that respiratory therapists are recognized for all their worth. In that respect, you have a major role to play. Therefore, I count on your involvement at every level. Be a party to decisions, introduce yourselves to patients, be proud of your professional title, make yourself known. You all contribute to the improvement of cardiorespiratory care, you are important because you make a difference in your patients' life each and every day. Be proud of what you do. Personally, I am honoured to be the standard-bearer for such a dynamic and devoted community of professionals.

Last October 4<sup>th</sup> began a great challenge for me. But it was also Mrs Céline Beaulieu's farewell after fourteen (14) years as president. I salute this extraordinary woman that got involved, with all her energy and passion, in making progress on dossiers of major professional stakes. I thank her for the immense contribution she brought to our profession and wish her best of luck in her new retirement life. Two other administrators have left to pursue other professional challenges: Mr Jean-Claude Lauzon, representing the Montreal region and Mr Réjean Duchesne, representing the Laval-Lanaudière-Laurentides region. I sincerely thank them for their involvement on the board of directors.

Mrs Joëlle Larivière has also left after more than fifteen (15) years as the Ordre's syndic. I thank her for her devotion during all these years and wish her good luck in her projects. I take this opportunity to welcome Mr Bernard Cadieux as syndic. I hope he will be delighted to take up this new challenge.

This concludes my first column. Since only a few short days remain until Christmas and the New Year, I leave you to the frenzy of festivities. I hope, despite the effervescence of the holiday season, that you will take time for yourself and make the most of this pleasant season. Hope to see you very soon. ❄️



**Jocelyn Vachon, inh., D.É.S.S. en enseignement collégial**

President

Hollister	5
Masimo	2
RIIRS	23
UQAM	37



compétence

1

# Qui prend un stagiaire aujourd'hui ? Pas moi !

par **Lyne Arsenault, Caroline Gagnon, Annie Rodrigue** et **Johanne Roy**,  
inhalothérapeutes et enseignantes au Cégep de Sainte-Foy.

Les stages en milieu clinique représentent une étape importante vers l'atteinte des compétences qui amèneront les étudiants à devenir inhalothérapeutes. Qui sont ces étudiants? Quel est leur niveau de responsabilité par rapport à leur réussite? Quelles difficultés affrontent-ils? Les étudiants doivent être guidés, encadrés et bien sûr évalués, ce qui n'est pas toujours une mince tâche. Deux conditions sont indispensables pour bien encadrer et évaluer les étudiants en stage: la participation d'inhalothérapeutes expérimentés et l'utilisation de stratégies d'encadrement qui soutiennent les objectifs de stage. Nous tenterons ici de répondre à ces questions afin d'outiller chacun d'entre nous pour accompagner les étudiants et intervenir adéquatement auprès d'eux, car l'encadrement des stagiaires, c'est l'affaire de tous.

Internships in a clinical setting represent an important step toward obtaining the competence level that will lead students to become respiratory therapists. Who are these students? What is their own level of responsibility to becoming successful? What are the difficulties they are confronted with? Students must be trained, supervised, and, of course, evaluated which is not always a simple task. Two fundamental conditions are needed to adequately train and evaluate interns: involving experienced respiratory therapists and using training strategies in line with the internship's objectives. We will try here to answer these questions to better equip each and everyone of us on how we guide and intervene with students because training interns is the business of us all.

### Qui sont ces étudiants ?

**L**es étudiants que nous côtoyons ont des priorités et des choix de vie qui diffèrent de ceux des générations précédentes. En leur présence, nous nous heurtons parfois à nos propres valeurs, comme le mentionne Jacques Roy, sociologue et professeur : « les jeunes sont de grands consommateurs et, s'ils travaillent pour s'offrir des biens divers, ils sont aussi mus par un désir d'autonomie. Ils ont de nombreux projets et souvent les études peuvent attendre ; c'est pourquoi la trajectoire des étudiants n'est pas linéaire. Ils s'accordent volontiers des pauses d'étude. En outre, un nombre important change de discipline... » (Des Rivières, 2010)

Le travail rémunéré peut contribuer à la réussite scolaire en développant chez l'étudiant plusieurs qualités professionnelles telles que l'organisation du travail, la communication, la ponctualité, etc. Cependant, les études réalisées sur le sujet ont démontré que l'étudiant qui travaille vingt-cinq (25) heures et plus par semaine peut compromettre sa réussite. Les jeunes se retrouvent donc souvent devant un dilemme : choisir entre l'amélioration de leur situation économique et leur désir de réussite scolaire.

L'utilisation intensive des technologies de l'information (TI)<sup>1</sup> caractérise les jeunes d'aujourd'hui, ils ne s'en servent pas nécessairement pour parfaire leurs connaissances, mais plutôt pour entretenir les réseaux sociaux. Comme le mentionne Philippe Aubé, directeur de projet au Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO) : « les filles jasant, les gars jouent. » (Des Rivières, 2010). Ainsi, interdire l'utilisation du téléphone intelligent en milieu hospitalier n'est peut-être pas la meilleure solution, mais il devient nécessaire d'en baliser l'usage afin que le patient demeure au cœur des priorités de chacun.



« L'étudiant demeure le premier responsable de sa réussite scolaire, il doit tout mettre en œuvre pour faciliter ses apprentissages et démontrer son engagement à réussir! »

En général, la notion de responsabilisation, c'est-à-dire comprendre que chaque être en développement doit subir, assumer ou accepter les conséquences de ses choix et de ses décisions, devrait être enseignée par les parents. Qu'en est-il de l'étudiant qui n'a jamais assumé les conséquences de ses décisions ?

L'étudiant demeure le premier responsable de sa réussite scolaire, il doit tout mettre en œuvre pour faciliter ses apprentissages et démontrer son engagement à réussir. L'étudiant qui commence un stage a encore beaucoup à apprendre. Ses connaissances et ses acquis, théoriques pour la plupart, seront scrutés sous tous les angles ; il prendra alors conscience des habiletés, des aptitudes et des attitudes nécessaires à l'exercice de sa profession. Tout cela a pour but d'aider l'étudiant à réfléchir sur ses actions, mais aussi de lui permettre d'acquérir la capacité d'intervenir dans un milieu.

### Stratégies d'encadrement

Peu importe les stratégies mises en place, il est essentiel de créer et d'entretenir un climat de confiance entre tous les intervenants. Pour y arriver, il est primordial d'établir une communication efficace afin de pouvoir échanger sur les forces et faiblesses de l'étudiant et de sa progression en cours de stage ou de son intégration en milieu clinique. Chaque maison d'enseignement doit établir son propre réseau de communication pour faciliter les échanges qui permettront une évaluation équitable et représentative des apprentissages cliniques de l'étudiant.

Un étudiant juge souvent la qualité de son stage selon la quantité de rétroaction qu'il reçoit, cela devient même le point de référence pour plusieurs. Rencontre individuelle, commentaires écrits sur l'évolution des apprentissages, attentes clairement énoncées ne sont là que quelques moyens pour échanger efficacement. L'entrevue individuelle avec l'étudiant constitue un outil précieux que tous les intervenants en milieu clinique auprès des étudiants doivent optimiser. Ainsi, l'utilisation de questions ouvertes obligera le stagiaire à développer sa pensée plutôt qu'à seulement hocher la tête ; l'acceptation des silences favorisera la réflexion et la prise de conscience ; la rétroaction fondée sur des faits

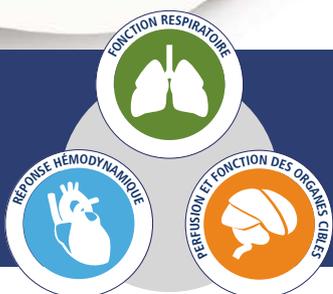
<sup>1</sup> **TI** : regroupent les techniques principalement de l'informatique, de l'audiovisuel, des multimédias, de l'Internet et des télécommunications qui permettent aux utilisateurs de communiquer, d'accéder aux sources d'information, de stocker, de manipuler, de produire et de transmettre l'information sous toutes les formes : texte, document, musique, son, image, vidéo et interface graphique interactive.



Révéler un portrait  
plus complet

Voir plus pour en faire plus.

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



## LES SYSTÈMES DE DÉTECTION DE COVIDIEN

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

« Un étudiant juge souvent la qualité de son stage selon la quantité de rétroaction qu'il reçoit, cela devient même le point de référence pour plusieurs. Rencontre individuelle, commentaires écrits sur l'évolution des apprentissages, attentes clairement énoncées ne sont là que quelques moyens pour échanger efficacement. »

- concrets appuiera nos observations aussi bien positives que négatives ; l'observation de contradictions entre le discours du stagiaire et son comportement doit faire l'objet d'une discussion franche. Toutes ces actions doivent être entreprises en gardant en tête que l'étudiant demeure le premier responsable de sa réussite ou de son échec.

#### Identifier les difficultés

Les étudiants ne sont pas si différents de nous. Certes, ils doivent parfaire leurs techniques de travail, acquérir de l'expérience et développer leur jugement clinique, entre autres choses, mais ce faisant, ils peuvent traverser des moments éprouvés sur le plan personnel ou encore devoir surmonter des problèmes sur le plan professionnel. Peu importe la nature des difficultés rencontrées, elles surviennent à un moment crucial de leur cheminement et, dans ce contexte, il est primordial de les identifier le plus tôt possible afin que tous les intervenants se concertent et établissent un plan d'action.

L'étudiant doit être le premier acteur de ce plan d'action et la responsabilité de trouver des solutions lui revient ; nous tenons le rôle de guide, d'accompagnateur. Pour y arriver, François Meloche, psychoéducateur, propose l'utilisation d'un contrat avec l'étudiant ; contrat dans lequel on mentionne les faits ou les difficultés, on énonce clairement les résultats attendus, on établit un échéancier, on précise les moyens qu'utilisera l'étudiant pour répondre aux attentes et on détermine les sanctions. Au besoin, on dirigera l'étudiant vers certaines ressources offertes par les maisons d'enseignement : service de psychologie, programme parents-études, soutien financier, etc. Il importe de réaliser que pour réussir un stage, l'étudiant doit passer d'un mode passif vers un mode actif et que, malgré les réticences de plusieurs à cet égard, la responsabilité de mobiliser ses connaissances et de les appliquer lui revient entièrement. Tout inhalothérapeute travaillant auprès des étudiants doit en être conscient et éviter de tout prendre sur ses épaules.

#### Évaluation

Une fois les difficultés identifiées, il faut être en mesure d'évaluer les compétences de l'étudiant. **L'évaluation...** c'est un lourd fardeau pour plusieurs d'entre nous. Cette étape représente trop souvent un frein à l'implication des inhalothérapeutes dans l'encadrement des stages. Toutefois, l'évaluation n'incombe pas à une seule personne, mais à tous

les intervenants qui gravitent autour de l'étudiant. Nous devons tous collaborer à l'évaluation en laissant des traces écrites, particulièrement lorsque l'étudiant rencontre des difficultés professionnelles (savoir, savoir-être, savoir-faire) ou personnelles (psychologiques, affectives, familiales). **Documenter** constitue la pièce maîtresse d'une évaluation équitable qui doit toujours s'appuyer sur des faits concrets.

Tous les moyens sont bons pour informer l'inhalothérapeute dédié à l'enseignement clinique ; verbale ou écrite, la transmission des observations doit toutefois s'effectuer dans un endroit prédéterminé qui respecte la confidentialité. Même l'utilisation des nouvelles technologies peut s'avérer utile, un courriel ou encore un texto, soyons créatifs afin de simplifier le processus.

L'impact de l'évaluation et la responsabilité qu'elle représente ne peuvent pas être minimisés, mais nous devons tous savoir que les membres du personnel des différentes maisons d'enseignement sont là pour nous soutenir, nous encadrer et même prendre la relève au besoin.

#### Conclusion

Le rôle de tous les intervenants qui gravitent autour des étudiants en milieu clinique est à la fois exigeant et stimulant. De plus, selon le *Code*



## Les pièges à éviter

- Parler pour combler les silences lors de l'entrevue individuelle
- Trop s'impliquer émotionnellement
- Voir l'échec comme quelque chose de triste ou de négatif
- Chercher des solutions à la place de l'étudiant

de *déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, nous avons l'obligation de collaborer à la formation des étudiants : « L'inhalothérapeute doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de sa profession par l'échange de ses connaissances et de son expérience avec ses confrères et les étudiants en inhalothérapie [...] ».

Plusieurs diront que cette jeunesse insufflé une énergie nouvelle et nous permet de maintenir nos connaissances à jour. Malgré tout, il faut avouer que s'occuper des étudiants n'est pas toujours facile. Par contre, la réussite de l'étudiant ne repose pas uniquement sur nous ; il en est le principal artisan. C'est à lui que revient la responsabilité d'agir pour acquérir et atteindre les compétences relatives aux stages. Il faut également réaliser que l'étudiant qui entreprend ses stages n'est pas encore prêt à intégrer le marché du travail, il lui reste le tiers de sa formation à terminer.

La formation de notre relève ne nous concerne-t-elle pas tous, puisque nous travaillerons bientôt avec elle ? Ô combien il sera alors apprécié d'avoir des collègues compétents ! ❄



### Bibliographie

DES RIVIÈRES, P. Mai 2010. « Les étudiants consomment, voyagent et... étudiant ». *UdeMnouvelles*, Université de Montréal, journal FORUM. [En ligne] [<http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-sociales-psychologie/20100525-les-etudiants-consomment-voyagent-et--etudiant.html>] (consulté le 23 avril 2013).

DES RIVIÈRES, P. Mai 2010. « Ils font quoi au juste sur Internet? ». *UdeMnouvelles*, Université de Montréal, journal FORUM. [En ligne] [<http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-sociales-psychologie/20100525-les-etudiants-consomment-voyagent-et--etudiant.html>] (consulté le 23 avril 2013).

MELOCHE, François. *Encadrement en stage*, activité CPE/C INP 251, mars 2012.

QUÉBEC (PROVINCE). 2013. « Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec », *Code des professions*, (chapitre C-26, a. 87). [En ligne] [[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/C\\_26/C26R167.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/C_26/C26R167.htm)] (Consulté le 2 mai 2013).

ROY, J. Septembre 2005. « Les logiques socioéconomiques de la réussite au collégial ». *Consortium d'animation sur la persévérance et la réussite en enseignement supérieur (CAPRESS)*. [En ligne] [[http://www.uquebec.ca/capres/fichiers/Art\\_CSF\\_sept.05.shtml](http://www.uquebec.ca/capres/fichiers/Art_CSF_sept.05.shtml)] (consulté le 23 avril 2013).

LANE, J. et M. ROY. 2009. « Encadrer mon étudiant en stage ou plutôt l'accompagner en stimulant son raisonnement clinique : pourquoi et comment effectuer ce changement de cap? » Atelier donné dans le cadre du Colloque des services courants de l'Université Laval. [En ligne] [<http://www.cssvc.qc.ca/telechargement.php?id=705>] (consulté le 24 mai 2013).

# Congrès canadien sur la santé respiratoire

# 2014

## À inscrire à votre agenda!

**TELUS Convention Centre, Calgary (Alberta)**  
**24-26 avril, 2014**

Pour tous les détails du programme et pour s'inscrire, visitez le site [www.poumon.ca/crc](http://www.poumon.ca/crc)

Présenté par :

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE  
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

En collaboration avec :

THE  LUNG ASSOCIATION<sup>™</sup>  
Alberta & NWT





# Des services adaptés pour une formation spécialisée

par **Hélène Savard**, directrice adjointe des Services adaptés  
pour les cégeps de l'Est du Québec et responsable des Services adaptés au Cégep de Sainte-Foy.



Devenir ou ne pas devenir inhalothérapeute; question fort pertinente à se poser lorsqu'on croit en ce projet de vie... Et d'autant plus importante lorsqu'on vit avec une situation de handicap et que l'on est conscient de nos besoins spécifiques ou des limites que l'on a. La formation d'inhalothérapeute requiert assurément d'évidentes habiletés motrices, intellectuelles et comportementales, des aptitudes certaines, et elle exige une discipline personnelle rigoureuse compte tenu de la densité du contenu académique et de la diversité contextuelle des stages. Mettant en relief l'aspect sécurité du patient avant tout, ce programme est qualifié d'exigeant et de rigoureux. La dynamique personnelle, l'attitude d'ouverture, la maîtrise de soi, la gestion du stress et l'activation de plusieurs fonctions cognitives deviennent naturellement des éléments sélectifs qui ne permettront qu'à une catégorie d'étudiants d'obtenir un diplôme dans ce programme... handicap ou pas!

To become or not to become a respiratory therapist; that is a pertinent question to ask oneself when one believes in this life project... And even more importantly when one is handicapped and well aware of one's specific needs or limitations. The training to become a respiratory therapist surely requires great motor, intellectual and behavioural skills, solid aptitudes, and it demands a rigorous personal discipline in regards to academic contents density and contextual diversity of internships. By placing the emphasis first and foremost on patient safety, this program is deemed both demanding and rigorous. Personal dynamism, openness, self-control, stress management and the activation of many cognitive functions represent natural selection elements that will allow only one category of students to graduate in this program... handicapped or not!

**C**ependant, tous les étudiants qui ont de très bonnes notes pourront entrer dans ce programme, handicapés ou non, puisque le droit aux études et à la culture personnelle font partie de nos valeurs sociétales. Notre *Charte des droits et libertés de la personne* et notre *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* obligent nos institutions scolaires à ne pas discriminer sur la base du handicap ou sur les accommodements qui pallient ces handicaps ; ce qui balise une certaine justice, à tout le moins à l'égard de l'admission des étudiants dans ce programme.

Prendre le temps avec l'ensemble des étudiants désireux de suivre la formation de bien leur faire comprendre objectivement sans dramatiser (pour faire peur) ni minimiser (remplir les groupes) le travail d'un inhalothérapeute, et de bien expliquer les :

- contextes de travail (les stages) ;
- qualités personnelles et professionnelles requises ;
- aptitudes qu'il faut avoir ;
- comportements qui peuvent être appris ;
- fonctions cognitives constamment sollicitées ;
- attitudes à posséder, les exigences physiques requises (force, souplesse) ;

permettraient aux jeunes de savoir d'emblée ce qui les attend dans leur formation et dans leur éventuel travail, ce qui leur permettrait davantage de prendre une décision plus éclairée. Ce partage d'informations pourrait être sous forme d'un témoignage, d'un questionnaire, d'une analyse réflexive, d'une mise en situation, d'une discussion à cœur ouvert ou encore d'une vidéo tournée pour la cause.

#### Une fois admis dans le programme

Le travail conjoint des Services adaptés avec le programme de formation en inhalothérapie devrait permettre notamment, dès le début de la formation lorsque la situation de handicap est bien identifiée, de regarder de façon positive et constructive les obstacles que pourra rencontrer l'étudiant dans sa formation et comment ils pourront être levés par la mise en place d'accommodements et, lorsque possible, d'un travail sur soi. Les Services adaptés sont présents autant pour soutenir les professeurs dans l'interaction, l'intervention et l'enseignement aux étudiants qui bénéficient des services adaptés, autant pour les étudiants qui, avec accommodements, tentent d'atteindre une forme de réussite. Les Services adaptés comprennent que certains accommodements octroyés durant la formation peuvent être discutables ou qualifiés d'irréalistes en milieu de stage. Il importe alors de discuter avec l'équipe de professeurs afin de trouver des solutions. Tout étudiant, qui se trouve en situation de handicap laquelle concerne les apprentissages et l'intégration de celui-ci, peut bénéficier des Services adaptés s'il possède un diagnostic posé par un professionnel de la santé reconnu par la loi.

Le rôle des Services adaptés en est un d'objectivité, de soutien, de conseil auprès de l'acteur principal (l'étudiant) et des acteurs secondaires (toute personne qui gravite autour de lui à l'avant comme à l'arrière-scène) dans un collège. Ils travailleront en grande partie, par divers moyens, à la résilience bienfaitrice.

Les centres collégiaux de soutien à l'intégration de l'est et de l'ouest de la province ont été mandatés par le ministère de l'Enseignement



« Les Services adaptés sont présents autant pour soutenir les professeurs dans l'interaction, l'intervention et l'enseignement aux étudiants qui bénéficient des services adaptés, autant pour les étudiants qui, avec accommodements, tentent d'atteindre une forme de réussite. »



« Les Services adaptés des collèges invitent les départements de la santé, entre autres, à entrer en communication avec eux rapidement afin de voir comment ils pourraient collaborer en amont des potentielles difficultés que les professeurs et les étudiants peuvent être amenés à vivre. »

Ainsi, il pourrait ne pas vouloir voir sa réalité en face, penser que ce n'est pas un « vrai handicap », qu'il disparaîtra ou qu'il est en train de disparaître, qu'il n'a plus besoin d'aide, qu'il est capable, qu'une fois en stage, tout ira pour le mieux (pensée magique), etc. Mais l'on sait que, tôt ou tard, la réalité des laboratoires et des stages surtout, en mènera plusieurs à un constat d'échec, égrainera l'estime et leur confiance en soi. L'étudiant devra remettre en perspective son projet de vie, il devra peut-être se tourner vers un plan B ou un plan C, vivre un deuil certain puisqu'il n'était pas prévu...

Dans bien des cas, les étudiants desservis par les Services adaptés sont des étudiants persévérants, travaillants, de bonne volonté et de bonne foi. Ils ont une force morale impressionnante. La plupart sont souvent plus résilients que la majorité des étudiants du même âge; la souffrance vécue par le seul fait d'être différent leur a permis, pour certains (trop peu), d'acquérir une certaine maturité. Ces jeunes ont d'emblée accepté leur handicap et ils ont décidé de réussir avec accommodements. Bien qu'affichant une volonté quasi inébranlable dans certains cas, les exigences des laboratoires et des stages qui représentent souvent très bien la réalité des milieux — bien que les étudiants soient en apprentissage et supervisés — où ils œuvreront éventuellement, placent les étudiants devant un défi qui les ramènent à leurs limites. Il n'est pas rare que les stages deviennent alors le mur insurmontable que l'étudiant heurte pour la dernière fois. L'aide offerte par les Services adaptés prend tout son sens et devient alors très importante.

Les Services adaptés des collèges invitent les départements de la santé, entre autres, à entrer en communication avec eux rapidement afin de voir comment ils pourraient collaborer en amont des potentielles difficultés que les professeurs et les étudiants peuvent être amenés à vivre. Plus la communication est fluide, plus la réussite est probable pour tout un chacun. Des avis juridiques permettent également de bien situer les rôles et le cadre de chacun; les Services adaptés des collèges détiennent toutes ces informations. Il n'est pas rare de trouver des solutions, parfois simples, qui font en sorte que tous sont gagnants, autant les étudiants que les professeurs et les milieux.

Nos étudiants en situation de handicap, qui suivent la formation de *Techniques en inhalothérapie*, seront nos futurs soigneurs, nos futurs citoyens travailleurs et des participants actifs de notre société. Il peut y avoir de la place pour chacun d'eux s'ils répondent aux compétences du programme, s'ils ont développé les savoir-être essentiels et s'ils sont bien encadrés. Cette responsabilité, nous devons la partager!

Merci pour chaque petit pas qui permet à notre jeunesse en devenir, avec une situation de handicap ou pas, de faire de notre société un monde meilleur! ✨

supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST) pour jouer un rôle de soutien, de conseil, de formation des équipes collégiales travaillant autour de l'étudiant en situation de handicap. Ils ont également la responsabilité de développer des outils utiles aux établissements collégiaux pour répondre aux besoins du personnel, de gérer des sommes d'argent relatives à des accommodements tels l'interprétariat, les médias substituts, le braille, l'accompagnement physique et éducatif. Ces enveloppes budgétaires sont réparties entre les services adaptés des établissements, sur présentation de factures en lien direct avec les besoins des étudiants bénéficiaires, et sont gérées de façon équitable selon des balises approuvées par le ministère.

Néanmoins, comme n'importe quel adolescent ou jeune adulte, l'étudiant qui se trouve ou se retrouve depuis peu en situation de handicap passera par les mêmes besoins, les mêmes phases de l'adolescence ou de jeune adulte. Le besoin de s'affirmer, d'avoir et d'appartenir à « une gang », de passer « inaperçu », de faire comme tout le monde peut sembler plus important que de se munir de tous les outils possibles pour réussir et prévenir les échecs reliés à sa formation.



## Couples et finances: attention, fragile!

par **Sophie Ducharme**, notaire, Pl. Fin., vice-présidente, Fiducie et service-conseil, Gestion privée 1859, Trust Banque Nationale

La vie à deux amène son lot de joies, de surprises, mais aussi parfois de confrontation de valeurs. Au premier chef, notre relation avec l'argent. Ce qui peut apparaître comme une dépense farfelue pour l'un peut très bien faire partie du quotidien de l'autre. Ajoutons un écart entre les salaires et les économies accumulées, et il n'en faut pas plus pour réaliser que l'argent constitue l'une des principales sources de conflits. Quels sont les pièges à éviter pour ne pas semer la zizanie dans le couple ?

### Mettre tout son argent en commun

Le compte conjoint ne devrait généralement servir que pour les dépenses communes : paiement des factures, épicerie, hypothèque, taxes, assurances habitation ou fonds de vacances.

Chacun devrait garder les surplus dans son compte personnel. Ainsi, chaque personne préserve son indépendance financière et peut administrer son argent comme il l'entend. Cette façon de faire réduit les discussions sur la frivolité ou la cadence des achats effectués par l'un ou l'autre. Tant que les besoins communs familiaux demeurent comblés, le reste nous appartient.

« La communication est primordiale au succès de tout projet commun. Vaut mieux aborder le sujet des finances rapidement au début d'une relation qui s'annonce sérieuse. »

Le fait de détenir un compte individuel permettra aussi à chacun d'adopter le profil d'investisseur qui lui convient pour la gestion de son portefeuille de placement. Enfin, la réserve détenue dans le compte personnel assure à son détenteur l'accessibilité de ses fonds, surtout dans le cas où le compte conjoint se verrait saisi par un créancier du conjoint, ou encore carrément dilapidé par ce dernier.

### En faire un sujet tabou

La communication est primordiale au succès de tout projet commun. Vaut mieux aborder le sujet des finances rapidement au début d'une relation qui s'annonce sérieuse.

Proposer d'établir ensemble un budget peut s'avérer une façon élégante d'aborder le sujet. Cet aspect devrait inmanquablement avoir été discuté avant de considérer des projets d'avenir communs. Cet exercice permettra d'ouvrir la discussion sur les règles préconisées par chacun et de choisir celles qui conviendront au deux.

Il faut également être prêt à échanger sur ses habitudes en matière d'utilisation du crédit : faillite, dettes demeurées impayées ou simplement habitudes de gestion de ses dépenses. L'un des conjoints pourrait se retrouver seul responsable de la dette lors de l'octroi d'un prêt, dans l'éventualité où l'autre traîne avec lui un lourd passé financier. Bien s'informer rapidement permet d'éviter ce genre de surprise.

### Adopter la mauvaise approche financière

Il importe de s'assurer que le plan financier établi respectera les valeurs de chacun. Il existe trois méthodes de gestion courantes des finances domestiques.

#### 1 Ce qui est à moi est à moi

Le partage des dépenses en parts égales, avec réserves séparées, peut s'avérer adéquat dans le cas où les conjoints génèrent des revenus semblables. Dans le cas contraire, ce modèle peut entraîner une iniquité qui risque fort de miner le sentiment de sécurité de celui ayant le plus petit revenu. Par exemple, celui qui gagne 45 000 \$ annuellement et qui paie la moitié de tous les frais mensuels, à l'instar de son conjoint dont le revenu est plutôt de 155 000 \$, aura bien du mal à gérer ses dépenses personnelles et ses économies après avoir payé sa part des comptes.

#### 2 Ce qui est à moi est un peu à nous

De manière à pallier un écart de salaire, le partage des dépenses communes au prorata des revenus gagnés, avec conservation personnelle des surplus, peut être choisi. Cette façon de faire permet d'éviter bien des angoisses pour celui qui a un plus petit salaire, mais ce dernier devra comprendre que son budget de dépenses personnelles sera toujours plus mince que celui de son partenaire.

#### 3 Ce qui est à moi est à nous

Dans l'éventualité où chacun aurait une vision plus familiale, la mise en commun des revenus et des réserves pourrait être la méthode à adopter. De cette façon, peu importe le revenu gagné individuellement, chacun dispose des mêmes sommes pour ses dépenses personnelles, une fois les dépenses communes acquittées.

Attention toutefois : dans ce modèle, tout doit être discuté à deux. Le lien de confiance entre les conjoints et une philosophie commune demeurent des éléments incontournables au succès de cette recette. Cependant, cette méthode pourrait être fort inconfortable pour un couple composé d'une « cigale » et d'une « fourmi »!

Aucune méthode n'est parfaite et celle choisie pourrait être appelée à évoluer au fil du temps. Il importe de se demander ce qu'il adviendra en cas de contretemps financiers, à savoir une perte d'emploi, la maladie prolongée de l'un des partenaires ou encore la naissance d'un enfant.

### Tout gérer seul

Même si l'un des conjoints manifeste plus de talent ou d'intérêt pour la gestion du budget (revenus et dépenses), l'engagement des deux partenaires est l'ingrédient principal pour s'assurer de demeurer au diapason. Chacun devrait s'impliquer afin de maintenir la communication, se responsabiliser sur le sujet en tout temps et s'assurer que ses besoins sont respectés. Ainsi, le risque de mésentente future ou de frustrations accumulées s'en voit réduit. ✨

**Pour en savoir davantage sur les finances personnelles**, consultez le site [jecomprends.ca](http://jecomprends.ca) où l'on y retrouve, entre autres, une capsule vidéo de deux minutes sur le sujet des finances dans le couple ainsi que plusieurs autres thèmes reliés à la gestion de votre patrimoine.



# VOTRE PROFESSION, NOTRE MÉTIER

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

Passez nous voir et vous verrez.

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



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

A lateral chest X-ray showing the thoracic cavity, including the lungs, heart, and spine. The image is in grayscale. In the top left corner, there is a white 'R' above a white arrow pointing to the left, indicating the patient's right side.

R  
←

# LB

gestion des voies respiratoires difficiles

par **Ugo Rivet Desrosiers**, inh., représentant le Cégep Vanier au concours *Place à la relève* 2013.

**D**urant ma troisième année d'étude, j'ai eu la chance de faire un stage à l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) où j'ai fait la rencontre marquante de LB, un patient de 9 ans souffrant de mucopolysaccharidose de type IV-A (MPS IVA). Cette maladie très rare, aussi appelée syndrome de Morquio, n'affecte qu'un enfant sur 200 000 à 300 000. Le cas de LB est particulièrement intéressant du point de vue respiratoire en raison du défi qu'il représente. Laissez-moi vous expliquer !

### Présentation du syndrome<sup>1,2</sup>

Avant d'entrer dans les détails de son admission, il est nécessaire de comprendre l'origine de ce syndrome. La MPS IVA est une maladie génétique héréditaire récessive, ainsi les chances pour qu'un enfant soit affecté sont de 25 %. C'est le même calcul que pour la fibrose kystique. Durant les premiers mois de vie, la croissance et le développement sont normaux. La MPS IVA est une maladie dite à surcharge lysosomale ; cela implique qu'une enzyme défectueuse n'arrive pas à dégrader une certaine molécule. Dans ce cas-ci, une anomalie du gène codant pour l'enzyme N-acetyl-galactosamine-6-sulfatase (GALNS) empêche la dégradation et la réutilisation des composés de kératane sulfate. La kératane sulfate est l'un des nombreux mucopolysaccharides présents dans le corps, d'où le terme « mucopolysaccharidose ». On la retrouve principalement dans les tissus osseux et cartilagineux ainsi que la cornée. Normalement synthétisé dans le système nerveux central, ce mucopolysaccharide participe au développement, à la cicatrisation et joue un rôle important quant à l'absorption des chocs au niveau des articulations. Puisque les cellules du corps ne peuvent se débarrasser de ces molécules, celles-ci s'accumulent jusqu'à en devenir nocives (voir photos 1A et 1B). Puisque la kératane sulfate se concentre surtout dans les tissus osseux et cartilagineux, les parents remarqueront d'abord un ralentissement de croissance chez leur enfant. Cependant, les premiers symptômes peuvent prendre de 12 à 24 mois pour s'afficher clairement. C'est souvent lorsque l'enfant commence à apprendre à marcher que la maladie est diagnostiquée. La marche est particulièrement difficile et entraînera un *genu valgum*, une déviation des genoux vers l'intérieur. Dans les années qui suivent apparaît, en raison d'une dysplasie osseuse, un sévère *pectus carinatum* (voir photo 2 à gauche) qui cause une étroitesse du thorax pouvant gêner la respiration. Le volume total des poumons et le volume de réserve se trouvent alors grandement diminués. Une platyspondylie, soit un aplatissement et un élargissement des vertèbres, entraînera une cyphoscoliose. Puisque les vertèbres C1-C2 sont habituellement les plus touchées, le cou demeure très court augmentant ainsi les risques de compression de la moelle épinière causée par une sténose. Pour contrer cet effet, les patients subissent souvent une arthro-dèse cervicale comme ce fut le cas pour LB (voir photo 3 à la page suivante). Au niveau des articulations, l'enfant présente une hyperlaxité entraînant des foulures à répétition. Les poignets sont tellement souples qu'il peut devenir difficile de tenir des objets.



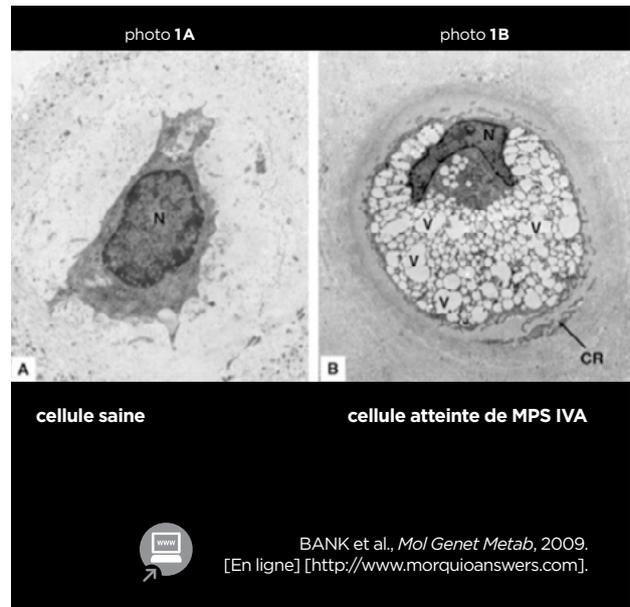
Ugo Rivet Desrosiers,  
lauréat du concours  
Place à la relève 2013

Les tests d'évaluation de la fonction pulmonaire sont utiles afin de suivre le développement pulmonaire et de mesurer la sévérité de leur restriction pulmonaire. Déjà enclin à l'apnée obstructive du sommeil causée par des adénoïdes plus volumineuses que la normale, il peut être nécessaire d'instaurer une assistance ventilatoire durant la nuit. C'était le cas de LB qui avait besoin d'un BiPAP pour dormir. Ces patients sont aussi plus à risque de développer de nombreuses infections pulmonaires pouvant nécessiter une hospitalisation.

Puisque LB est atteint de la plus sévère forme de cette maladie, il présente chacun des symptômes énoncés. Il est important de noter que cette maladie n'affecte en rien les capacités cognitives du patient. Ainsi, il n'est atteint d'aucun retard développemental ou intellectuel. Heureusement, cette maladie fait l'objet de plusieurs recherches visant à tester un traitement expérimental. L'objectif est de remplacer les enzymes défectueuses dans les cellules et ainsi ralentir ou annuler l'accumulation de kératane sulfate.

### Admission de LB

LB participe à l'une de ces études. Randomisée-contrôlée à double insu et contre placebo<sup>3,4</sup>, cette étude en était à la phase 3 au moment de son hospitalisation. C'est d'ailleurs lors d'une séance hebdomadaire de ses infusions qu'arriva une détérioration subite de son état. En effet, le 23 juillet 2012, LB se présente au HME afin de recevoir son infusion et à peine celle-ci est-elle commencée que LB présente une diaphorèse, une dyspnée et un important effort respiratoire. L'auscultation confirme la



cellule saine

cellule atteinte de MPS IVA



BANK et al., *Mol Genet Metab*, 2009.  
[En ligne] [<http://www.morquioanswers.com>].

### 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.

••• présence de sibilances bilatérales ainsi qu'une diminution du murmure vésiculaire. Son rythme respiratoire est passé à 40 respirations par minute. On cesse l'infusion et il est transféré aux urgences.

À l'urgence, on installe l'électrocardiographe et le saturomètre. On lui administre un traitement de *Ventolin*® et d'*Atrovent*® par nébulisation. Une infusion d'hydrocortisone est commencée pour l'inflammation. Après le troisième traitement, on constate que l'état de LB ne s'améliore pas. Une infusion de sulfate de magnésium est alors commencée en raison de ses effets bronchodilatateurs. Les traitements de *Ventolin*® sont administrés en continu à l'aide d'un dispositif maison permettant en plus de produire un CPAP. Les équipes des soins intensifs et d'anesthésie sont appelées en consultation immédiate pour une possible intubation suite à cet épisode de *status asthmaticus*.

### Gestion difficile des voies respiratoires

Une fois prise la décision d'intuber LB, comment s'y prendre? Il mesure 85 cm et pèse 12,4 kg. Les algorithmes existants ne sont d'aucune aide dans ce cas-ci. De plus, en raison de l'arthrodèse cervicale, son cou ne peut pas être placé en extension. Cette chirurgie a par ailleurs paralysé sa corde vocale droite occasionnant des pneumonies d'aspiration à répétition. LB présente aussi un élargissement des adénoïdes et son *pectus carinatum* est tellement prononcé qu'il gênera à coup sûr l'utilisation du laryngoscope. Finalement, à cet âge, la kératane sulfate a déjà commencé à s'accumuler dans les tissus cartilagineux de la trachée causant une réduction du diamètre. Tous ces facteurs permettent d'anticiper une intubation extrêmement difficile.

Le choix final s'arrête sur une intubation au bloc opératoire à l'aide du bronchoscope à fibre optique. En procédant ainsi, on limite les mouvements du cou en plus de fournir une confirmation visuelle de l'emplacement du tube. Après quelques difficultés avec la ventilation manuelle au masque et l'intubation elle-même, on arrive à insérer un tube endotrachéal pédiatrique 4,5 mm.

### Aux soins intensifs

Une fois l'intubation réussie, LB est transféré à l'unité des soins intensifs pédiatriques (USIP) où il est ventilé à l'aide d'un respirateur et sa crise d'asthme est finalement contrôlée. Le 29 août 2012, après plus d'un mois d'intubation, LB est ventilé avec un CPAP et une pression de support, toutes deux à 10 cmH<sub>2</sub>O. Tout porte à croire que la prochaine étape sera l'extubation. En raison des particularités des voies respiratoires de LB, l'extubation sera tentée en salle d'opération. On évoque quatre (4) éventualités:

- 1 l'extubation est un succès et LB tolère le BiPAP nasal;
- 2 l'extubation est un échec et il est réintubé grâce à un échangeur de tube;
- 3 l'extubation est un échec et on doit procéder à une trachéotomie;
- 4 l'extubation est un échec et LB subit un arrêt cardiaque.

La procédure commence donc avec l'insertion de l'échangeur de tube dans le tube endotrachéal. On laisse l'échangeur en place et on installe le BiPAP nasal. Malheureusement, LB ne tolère pas le BiPAP et décompense rapidement à moins de 75 % de saturation et son rythme cardiaque tombe à 20 batt/min. Une dose d'épinéphrine est

photo 3

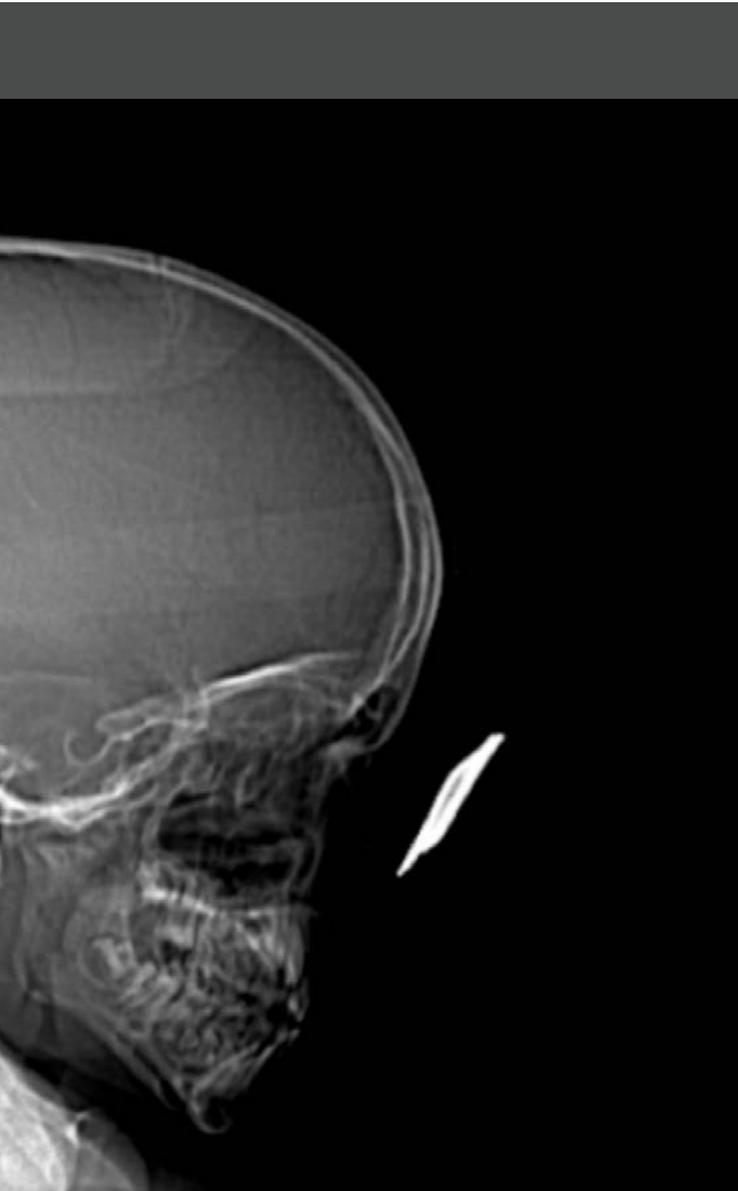
image radiographique latérale de l'arthrodèse en C1-C2 de LB.



administrée et il est rapidement réintubé. Il survit, mais l'on se retrouve à la case départ.

Le 2 octobre 2012, l'idée d'une trachéotomie est discutée avec les parents. À cause de sa physiologie et de sa maladie, une telle procédure peut rapidement dégénérer. Par exemple, la trachéotomie pourrait être pratiquée latéralement afin de contourner son *pectus carinatum* et permettre de connecter le respirateur. Il existe aussi de plus grands risques de formation de granulomes au lieu d'insertion. La kératane sulfate risque aussi de s'accumuler dans la trachée autour de l'ouverture du tube jusqu'à bloquer le passage de l'air. À la suite d'une conversation avec LB, les parents donnent le feu vert pour tenter la procédure.

« [...] les premiers symptômes peuvent prendre de 12 à 24 mois pour s'afficher clairement. C'est souvent lorsque l'enfant commence à apprendre à marcher que la maladie est diagnostiquée. »



Un tube trachéal spécial est commandé<sup>5</sup>. Le tube, fait de silicone souple, permet de suivre le parcours sinueux de la trachée causé par les dépôts de kératane sulfate. Le tube pénètre la trachée de LB de 4 cm et il en sort de 5 cm. Cela permet entre autres de brancher le respirateur et de limiter la décentralisation de la trachéotomie.

#### Maintenant

LB a été intubé par voie orale pour un total de 70 jours. En décembre 2012, il a pu être transféré à l'unité des patients chroniques où il est sous assistance ventilatoire 24 h sur 24. Depuis sa trachéotomie, il peut désormais parler.

J'ai voulu vous présenter le cas de LB, car avec toutes les avancées scientifiques les patients comme lui vivront de plus en plus longtemps. Qui sait, un tel cas pourrait un jour se retrouver dans votre centre hospitalier. Êtes-vous prêt à prendre la relève ? 



#### Références

- 1 ENCycLOPÉDIE ORPHANET GRAND PUBLIC. Octobre 2009. *La mucopolysaccharidose de type IV*. [En ligne] [https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/MucopolysaccharidoseType4-FRfrPub872v01.pdf] (consulté le 29 octobre 2012).
- 2 MONTANO, A.M., TOMATSU, S., GOTTESMAN, G.S., SMITH, M., ORII, T. MARS. 2007. «International Morquio A Registry: Clinical manifestation and natural course of Morquio A disease. *J Inherit Metab Dis* (2007) 30: 165-174. [En ligne] [http://link.springer.com/article/10.1007/s10545-007-0529-7#page-1].
- 3 BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC. 2011. *MPS IVA*. [En ligne] [http://www.biomarinclinicaltrials.com/MPSIVA.html] (consulté le 15 novembre 2012).
- 4 BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC. Novembre 2012. *BioMarin Phase 3 Study of GALNS for the Treatment of MPS IVA Meets Primary Endpoint*. [En ligne] [http://investors.bmrn.com/releasedetail.cfm?ReleaseID=718462] (consulté le 15 novembre 2012).
- 5 SMITHS MEDICAL. 2012. *Bivona® Tracheostomy Tube*. [En ligne] [http://www.smiths-medical.com/catalog/bivona-tracheostomy-tubes/neonatal-pediatric/flexend/bivona-uncuffed-neonatal-pediatric-1.html] (consulté le 14 décembre 2012).
- 6 BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC. 2013. *Morquio Answers*. [En ligne] [http://www.morquioanswers.com] (consulté le 15 novembre 2012).



## FUTURS RETRAITÉS

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

#### Le RIIRS

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

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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

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





**01** *Mérite CIQ* > Dans l'ordre habituel, **Josée Prud'Homme**, directrice générale et Secrétaire, **Jocelyn Vachon**, président, **Céline Beaulieu**, présidente sortante et récipiendaire du *Mérite CIQ 2013*, **Nathalie Rodrigue**, vice-présidente du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ).

*Si par ses actions tout au long de sa carrière, elle s'est distinguée et a contribué au développement de la profession, c'est pour saluer son leadership, son professionnalisme, sa persévérance et en reconnaissance de son engagement indéfectible envers l'Ordre et ses membres depuis plus de seize ans — dont quatorze années à la présidence —, que madame Céline Beaulieu s'est vue remettre le prix Mérite du CIQ 2013.*



**02** *Prix Éline-Trottier* > De gauche à droite : **Jocelyn Vachon**, président, **Johanne Gravel**, inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, **Michel Mailhot**, vice-président à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et **Josée Prud'Homme**, directrice générale et Secrétaire.

*Le prix Éline-Trottier 2013 a été attribué à Johanne Gravel, inhalothérapeute, qui travaille à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour souligner son implication hors du commun auprès de la clientèle atteinte d'apnée du sommeil.*





## LE CONGRÈS EN IMAGES



# Remise des prix Félicitations aux lauréats 2013

**03** **Prix Roméo-Soucy** > **Jocelyn Vachon**, président, **Julie Pombert**, directrice senior développement de marché pour l'Île de Montréal, Banque Nationale du Canada, **Michèle Tremblay**, inhalothérapeute et **Josée Prud'Homme**.

*Le prix Roméo-Soucy 2013 a été remis à madame Michèle Tremblay, professeure au Cégep de Chicoutimi et nouvellement retraitée, pour saluer ces nombreuses années consacrées à l'enseignement de la relève en inhalothérapie et sa contribution au développement de l'épreuve synthèse des programmes et à l'instauration d'un système de visioconférence pour la supervision à distance des stagiaires en régions.*

**04** **Mention d'honneur Semaine de l'inhalothérapeute** > **Jocelyn Vachon**, **Mélany Grondin** et **Marie-France Potvin**, inhalothérapeutes du CSSS Alphonse-Desjardins, CHAU Hôtel-Dieu de Lévis recevant, au nom de leur équipe, la plaque souvenir ainsi que la bourse de 2000 \$ offerte par la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS), affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et remise par **Luc Bastien**, vice-président pour la région de Montréal et **Josée Prud'Homme**.

**05** **Bourses d'excellence SCTR-CAREstream** > **Alain Jacob**, directeur des ventes Est Canada pour CAREstream, **Mathieu Belzile**, **Josiane Hamelin-Martel**, **Mélissa Desrochers**, **Christiane Ménard**, directrice générale de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR), **Evgeni Schvarzman** et **David Paquette**.

*La Bourse d'excellence SCTR-CAREstream a pour but de reconnaître un étudiant au sein de chaque programme canadien de thérapie respiratoire qui a réussi l'examen d'agrément et réalisé un exploit de taille à titre d'étudiant. Ainsi, les récipiendaires pour le Québec sont :*

Vanier College	<b>Evgeni Schvarzman</b>
Cégep de Sainte-Foy	<b>Mélissa Desrochers</b>
Cégep de Sherbrooke	<b>Mathieu Belzile</b>
Collège Ellis	<b>Josiane Hamelin-Martel</b>
Cégep de l'Outaouais	<b>David Paquette</b>
Cégep de Rosemont	<b>Phillip Bélanger</b>
Cégep de Chicoutimi	<b>Mélanie Tremblay</b>

## LE CONGRÈS EN IMAGES

Les comédiens de la troupe *TAC com*, **Marie-Ève Soulard-Laferrrière** et **Marie Doyon** nous ont présenté une rétrospective humoristique des moments clés des quatorze (14) années de madame Céline Beaulieu à la présidence de l'Ordre.



# Salon des exposants

Un merci tout spécial à nos exposants  
qui sont au rendez-vous année après année!





01



02



03



04



05



06



07

## Concours *Place à la relève*

**01** Représentant le Cégep de Chicoutimi, **Karine Mercier**, **Isabelle Roy** et **Jessica Corneau** nous ont présenté le DVD explicatif *En contrôle de mon asthme*.

**02** **Éloïse Fleury** et **Joanie Gaudreau** du Cégep de Sainte-Foy nous ont parlé de la problématique *Fumer? Pff... J'fume juste du pot!*

**03** **Ugo Rivet Desrosiers** du Cégep Vanier nous a entretenus du syndrome de Morquio.

**04** Le jury composé de **Louis Phillip Belle Isle**, lauréat du *Mérite CIQ 2012*, **Michel Mailhot**, 6<sup>e</sup> vice-président à la FIQ et **Céline Beaulieu**, présidente, s'apprête à révéler le nom du gagnant ou des gagnantes...

**05** **Emilie Blair**, animatrice du concours, **Michel Mailhot**, le lauréat, **Céline Beaulieu** et **Louis Phillip Belle Isle**. **Ugo Rivet Desrosiers** s'est vu remettre la bourse de 2000 \$ offerte par la FIQ que nous remercions pour son soutien à la relève.

**06** De fières professeures : **Kim Kelly**, **Carole Gauthier** et **Patricia McClurg** entourent le gagnant.

**07** Madame **Christiane Ménard**, directrice générale de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires a gracieusement offert aux participantes une inscription au congrès de la SCTR qui aura lieu à Montréal du 22 au 24 mai 2014.

**Félicitations à tous les participants et au gagnant!**



# PLUSIEURS VISAGES UNE PROFESSION



## MERCI À NOS PARTENAIRES

### EXPOSANTS

3M Canada  
AbbVie Corporation  
Alere Inc.  
Association pulmonaire du Québec  
AstraZeneca Canada Inc.  
Banque Nationale  
Biron Soins du sommeil  
Boehringer Ingelheim Canada Ltd.  
BOMImed  
Canadian Hospital Specialties Ltd.  
Cardinal Health Canada Inc.  
CAREstream Medical Ltd.  
Confédération des syndicats nationaux (CSN)  
Covidien  
Dräger Medical  
Fédération des syndicats du Québec (FSQ)  
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)  
Fisher & Paykel Healthcare  
GE Santé  
IKARIA Canada Inc.  
Invacare Canada  
Karl Storz Endoscopy Canada Ltd.  
La Capitale assurances générales  
ManthaMed inc.

Maquet-Dynamed  
Masimo Canada ULC  
McArthur Medical Sales Inc.  
Medigas  
Merck Canada  
Novartis  
Novus Medical Inc.  
OXYMED  
Pediapharm  
Philips Santé  
Québec Transplant  
Radiometer Canada  
ResMed  
Respironics  
Roxon Medi-Tech Ltée  
RQAM  
Services de soins respiratoires plus  
Smiths Medical Canada Ltd.  
Southmedic Inc.  
Spacelabs Healthcare (Canada) Inc.  
Sphère Communication  
Takeda  
Teleflex Medical  
Trudell Médical Marketing  
VitalAire Canada Inc.



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



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

### Volet 3

**S**i vous avez lu les deux dernières parutions, vous savez déjà que le processus d'inspection professionnelle a été modifié pour solliciter davantage votre participation et qu'il présente des avantages, non seulement pour la protection du public, mais aussi pour vous et l'amélioration de votre pratique. Parmi ces avantages, nous avons nommé entre autres :

- une meilleure utilisation des ressources ;
- des interventions ciblées ;
- des changements immédiats à la pratique individuelle ;
- le règlement de dossiers qui tardaient.

Mais, dans les faits, comment s'articule ce processus qui permet au comité d'inspection de faire des recommandations ? Le voici, pas à pas.

Après le choix du programme annuel d'inspection (liste des établissements privés et publics à visiter au cours d'une année), le CIP envoie les questionnaires d'autoévaluation à tous les directeurs généraux des établissements figurant sur la liste. Ces derniers doivent en acheminer une copie à l'ensemble des services d'inhalothérapie de leurs installations. Les responsables de services prennent connaissance de la documentation remise par leur direction générale, puis contactent l'Ordre pour prendre un rendez-vous avec un inspecteur qui assistera les inhalothérapeutes pour remplir le questionnaire d'autoévaluation. Concomitamment, les responsables de services constituent des équipes d'inhalothérapeutes cliniciens qui prennent connaissance de la vidéo et du guide explicatifs et, qui débutent l'autoévaluation. Il faut bien comprendre ici que

l'autoévaluation requiert l'implication de tous les inhalothérapeutes qui travaillent auprès des usagers et qu'elle est la responsabilité de chacun.

Lors de la rencontre avec l'inspecteur, l'autoévaluation doit avoir été commencée. Ce dernier pourra ainsi soutenir la démarche : préciser le sens des questions ; dégager des pistes de solution ; corriger le tir au besoin, si vous vous êtes engagés dans une mauvaise direction. Il procédera aussi à un audit de la tenue de dossiers auprès du service des archives et à une analyse sommaire de la pratique dont les rapports seront ensuite transmis au CIP, aux fins d'études, le moment venu.

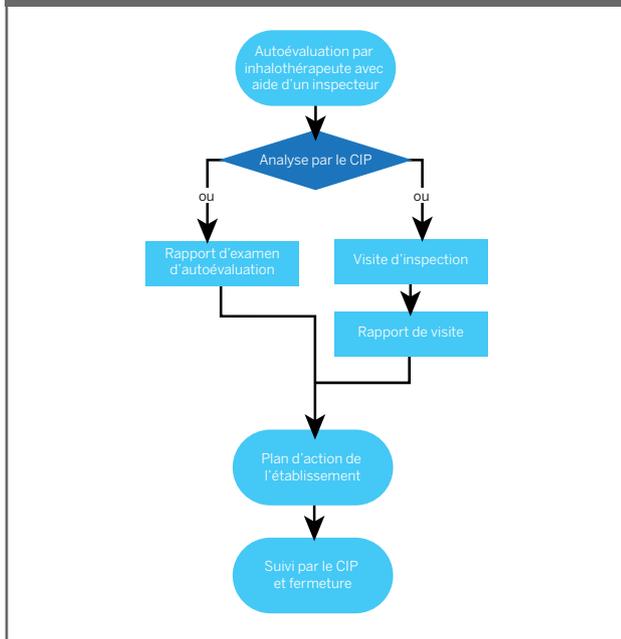
L'étude de votre rapport d'autoévaluation par le CIP peut alors mener à deux constatations :

- peu de lacunes sont décelées et elles peuvent être corrigées à l'aide d'un suivi à distance. Dans ce cas, il demande la rédaction d'un rapport d'examen d'autoévaluation.
- d'importantes lacunes ou une situation préoccupante sont détectées ; une visite d'inspection est requise.

Lors d'une visite d'inspection, les inspecteurs :

- utilisent un formulaire objectif avec les mêmes indicateurs utilisés lors de votre autoévaluation, puis comparent leurs observations avec vos réponses ;
- vous accompagnent auprès des usagers, et ce, dans tous les secteurs d'activités ;
- procèdent à l'audit des dossiers actifs et non actifs (anciens dossiers) ;

## Grand processus de surveillance de l'exercice



**Le saviez-vous ?** À titre d'inhalothérapeute employé par un établissement, vous êtes tenu de lire le rapport de visite ou d'examen d'autoévaluation, cela fait partie de vos obligations professionnelles. Vous ne pourrez prétendre ne pas connaître les recommandations du comité d'inspection.

### Qu'en est-il de la durée ?

La durée d'un processus complet varie en fonction de la voie choisie par le CIP. Elle s'échelonne généralement sur une période de 8 à 10 mois. Cela dit, certains délais sont inflexibles, car prévus au *Règlement sur le comité d'inspection professionnel de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*. À titre d'exemple, nous devons vous aviser quinze (15) jours avant la visite d'inspection et produire le rapport de visite d'inspection, au plus tard, 90 jours après la date de la visite. À cela, s'ajoutent les délais non prévus au règlement, entre autres, ceux accordés pour remplir votre questionnaire d'autoévaluation (40 jours) et pour produire votre plan d'action (60 jours). Le CIP doit aussi obtenir la libération des inspecteurs auprès de leurs employeurs respectifs, ce qui ajoute encore un certain nombre de semaines.

Pour terminer et parce que le CIP souhaite connaître votre opinion, il vous demande de remplir un très court questionnaire sur le déroulement de la visite et sur le travail de ses inspecteurs.

Surveillez le quatrième et dernier volet, le CIP vous fera part de tendances observées au cours des deux dernières années. Nous espérons que ce dernier volet vous aidera à améliorer votre pratique. ✨

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



- étudient les registres, les protocoles et procédures, les ordonnances collectives, etc., en vigueur dans votre établissement;
- vérifient notamment le respect des normes de pratiques de l'Ordre, d'autres normes applicables et vos compétences;
- répondent à vos questions en cours d'inspection;
- rencontrent la direction, le gestionnaire de risques, les responsables de service, communiquent leurs observations sommaires et répondent aux questions;
- rencontrent tous les inhalothérapeutes, transmettent leurs observations sommaires et répondent aux questions;
- rédigent un rapport complet remis au CIP.

Dans les deux cas, vous devez prendre connaissance du rapport et des recommandations formulées par le CIP et participer à la mise en place du plan d'action. Prenez note que seul le CIP a le pouvoir d'émettre des recommandations. Le rapport de visite, entériné par le CIP, est ensuite remis aux personnes suivantes :

- inhalothérapeutes des divers services;
- responsables de service;
- gestionnaire de risques de l'établissement;
- direction générale du CSSS ou de l'établissement privé.



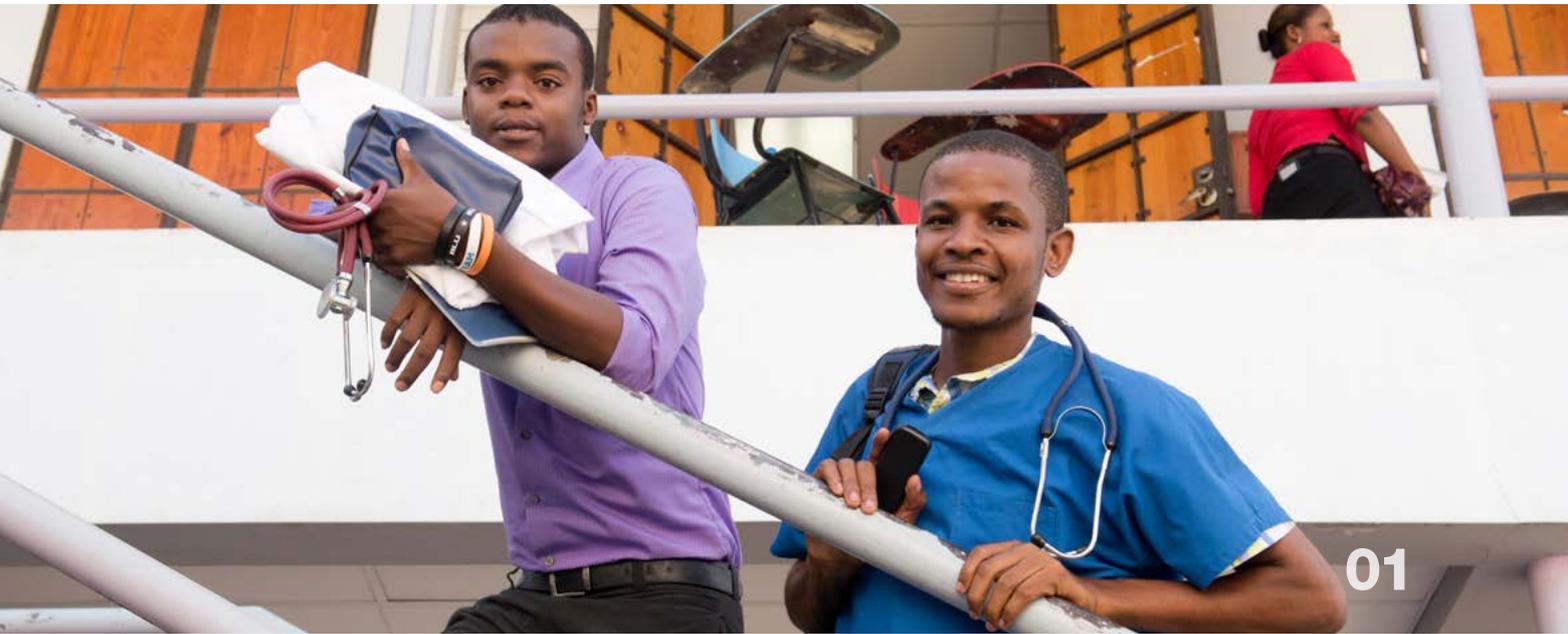
**La FIQ représente  
62 000 professionnelles  
en soins infirmiers  
et cardiorespiratoires  
compétentes et engagées**

FÉDÉRATION  
INTERPROFESSIONNELLE  
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | INHALOTHÉRAPEUTES | PERFUSIONNISTES

[fiqsante.qc.ca](http://fiqsante.qc.ca)



# L'inhalothérapie: une expertise qui s'exporte à l'international!



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

**F**ruit d'une nouvelle collaboration avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, novembre 2013 a marqué le coup d'envoi d'une mission d'accompagnement pédagogique à Haïti au cours de laquelle l'OPIQ a ouvert les frontières virtuelles de son *Campus OPIQ* aux étudiants de la Faculté des Sciences de la santé (FSSA) de l'Université Quisqueya (UNIQU), située à Port-au-Prince même.

## Un peu d'histoire...

À la suite du séisme dévastateur qui a frappé Haïti en janvier 2010, la FSSA-UNIQU a été complètement détruite et plusieurs de ses enseignants médecins sont décédés. Un mois plus tard, la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke s'était donné pour mission de soutenir la FSSA-UNIQU afin de collaborer à la diplomation de la cohorte des médecins finissants de 2010, dont le peuple haïtien avait un urgent besoin<sup>1</sup>.

Enchaînant mission sur mission afin de *contribuer à former les médecins pour répondre aux besoins sanitaires d'une population tout en tenant compte de la frugalité de leurs moyens*<sup>2</sup>, c'est au cours de l'été 2013 que la FMSS de l'université sherbrookoise, par l'entremise de la D<sup>re</sup> Brazeau-Lamontagne, a sollicité l'OPIQ à titre de collaborateur de ses actions collectives de reconstruction et de restructuration de la formation médicale des étudiants haïtiens.

## Mission novembre 2013...

Accompagnée de la D<sup>re</sup> Brazeau-Lamontagne (responsable de la mission), d'un médecin chercheur de l'Université de Sherbrooke (projet de recherche personnel) et d'une équipe journalistique de *La Tribune* de Sherbrooke, la mission pédagogique de l'OPIQ de dix (10) jours visait un double objectif<sup>3</sup>:





02

- 01 Étudiants en médecine
- 02 Marise Tétréault en pleine action avec quelques étudiants en médecine.
- 03 Docteurs Lucie Brazeau-Lamontagne, chargée de mission, Université de Sherbrooke et Geneviève Poitevien, doyenne de la Faculté de médecine de l'Université de Quisqueya.

Crédit photos:  
Imacom\La Tribune: **Jessica Garneau**

- 1 Appuyer l'élaboration d'une formation (sous forme d'ateliers précliniques) destinée aux étudiants de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année de la FSSA-UNIQ, et ce, en offrant un accès aux enseignants et aux étudiants à deux activités de formation virtuelle (l'auscultation pulmonaire et les arythmies cardiaques) du *Campus OPIQ*. Ce premier objectif s'inscrit dans l'optique de bonifier le contenu des cours de sémiologie respiratoire et de pathologies cardiovasculaires déjà en place et de pallier à un possible manque d'exposition clinique pour les étudiants.
- 2 Connaître les besoins en soins cardiorespiratoires et évaluer le contenu pédagogique déjà offert par la faculté, de manière à collaborer à la réalisation d'un éventuel pont académique permettant une professionnalisation en inhalothérapie orientée vers les besoins haïtiens. Ce deuxième objectif s'inscrit dans le contexte où beaucoup d'étudiants en médecine ne peuvent accéder au 2<sup>e</sup> cycle universitaire en raison, soit du *numerus clausus* (ou d'autres contraintes), soit en raison des immenses besoins haïtiens en inhalothérapie : fardeau alourdi de patients tuberculeux, pollution qui sévit, soins critiques « à construire » dans les hôpitaux, et ce, tant pour la clientèle adulte, pédiatrique que néonatale. Conséquemment, une professionnalisation du 1<sup>er</sup> cycle vers l'inhalothérapie pourrait répondre adéquatement aux très grands besoins sanitaires en Haïti.

Cette mission fut également l'occasion de rencontrer madame Marie-France Provencher, Premier secrétaire (Coopération) à l'ambassade du Canada à Port-au-Prince. La rencontre a permis d'entrevoir les pistes positives à cultiver durant les prochaines années, pour appuyer d'éventuelles stratégies et plan d'action en lien avec les objectifs de cette première mission OPIQ-FMSSUS<sup>4</sup>.

Ayant atteint ses objectifs de mission et poursuivant maintenant son travail d'accompagnement pédagogique à distance d'Haïti, l'OPIQ contribuera au cours des prochains mois à une première évaluation quant

à l'impact de sa contribution auprès des enseignants et des futurs médecins haïtiens.

Enfin, enrichi d'une immersion haïtienne tout aussi variée que chaleureuse et ravi de collaborer à des projets de partage d'expertise de niveau international, l'OPIQ remercie sincèrement le Bureau des relations internationales ainsi que la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke pour la confiance témoignée à ce projet de collaboration pédagogique et l'opportunité d'y faire rayonner notre magnifique profession par la même occasion. De même, l'OPIQ remercie D<sup>re</sup> Brazeau-Lamontagne pour l'accompagnement tout au long de cette mission tant pédagogique qu'humaine. ❄



#### Références

- 1 BRAZEAU-LAMONTAGNE, L., MD. Janvier 2013. *L'Université de Sherbrooke continue d'appuyer la formation médicale en Haïti*. [En ligne] [http://www.usherbrooke.ca/medias/communiqués/communiqués-détails/c/20569/] (consulté le 30 novembre 2013).
- 2 *Ibid.*
- 3 Tiré et adapté de LUCIE BRAZEAU-LAMONTAGNE, MD, CSPQ, FRCP(C), M.A. (phil.). *Rapport de mission en Haïti avec la représentante de l'OPIQ madame Marise Tétréault du 3 au 12 novembre 2013*.
- 4 BRAZEAU-LAMONTAGNE, L., MD, CSPQ, FRCP(C), M.A. (phil.). *Rapport de mission en Haïti avec la représentante de l'OPIQ madame Marise Tétréault du 3 au 12 novembre 2013*.



**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.



# La tuberculose

par Jacques Beaulieu, écrivain

 beaulieu.ja@videotron.ca

Reproduction autorisée.

*Cette maladie est omniprésente depuis le début de l'histoire humaine. On croyait l'avoir enfin vaincue avec l'arrivée des antibiotiques au début des années 1950. Mais à la lueur des nouvelles données statistiques, il semble bien qu'elle n'ait effectué qu'un repli stratégique, puisqu'elle fait un retour en force, avec des souches multirésistantes: en 2011, elle aurait tué près de deux millions de personnes dans le monde, selon l'OMS.*

## Une proche cousine du vampirisme

**A**u Moyen Âge et jusqu'au début de l'ère industrielle, la tuberculose était apparentée à une maladie semblable au vampirisme. Le teint pâle, la faible température corporelle et les yeux rougis très sensibles à la lumière des personnes atteintes faisaient penser aux représentations des vampires dans le folklore populaire. De plus, lorsqu'une personne en mourait, bien des membres de sa famille se mettaient à dépérir, comme si le mort se nourrissait de leur énergie et les entraînait avec lui dans l'éternité.

## La tuberculose dans l'histoire

On a retrouvé des restes de bovins datant d'il y a près de 20 000 ans et présentant des lésions typiques de la tuberculose. La bactérie d'alors était-

elle un ancêtre commun à l'homme et à l'animal ou avait-elle été transmise de l'un à l'autre? Le mystère demeure entier. Ce que l'on tient pour certain est que, depuis que la fréquence de la maladie a diminué chez l'homme, elle a aussi chuté chez l'animal. Plusieurs médecins de l'Antiquité en ont fait une excellente description. Ainsi, pour Hippocrate, qui avait appelé la maladie «phtisie», terme grec qui signifiait «dépérissement», la maladie consistait en un amaigrissement progressif, une langueur envahissante, de la toux et la présence de sang dans les crachats. Un autre médecin, Arétée de Cappadoce, en donne une description semblable: «Il suffit, en effet, et même un homme du peuple ne s'y tromperait pas, de voir une personne pâle et décharnée, poursuivie par une toux continuelle, pour pouvoir prononcer, et même sans beaucoup de risque de se tromper, qu'elle est phtisique.»

« Une maladie aux multiples appellations, tel aurait pu être le titre de cet article. Le terme “phtisie”, que l’on doit aux Grecs anciens, signifiait “dépérissement”. Cette appellation donna naissance à une spécialité médicale disparue de nos jours : la phtisiatrie. »



En France, au Moyen Âge, on implorait les saints guérisseurs, dont saint Malo ou saint Marcoul. On attribuait aux rois un pouvoir de toucher capable de guérir les maladies.

Quant aux traitements, ils étaient souvent fantaisistes et la mort semblait la seule issue, sauf pour les rares guérisons spontanées. Né en 23 de notre ère, Pline l’Ancien proposait comme remèdes possibles le foie de loup pris dans du vin mince, le lard d’une truie qui a été nourri d’herbe ou la chair de l’ânesse prises dans le bouillon. (Pline l’Ancien, *Histoire naturelle*, Livre XXX, traitant des autres remèdes fournis par les animaux, chapitre L, « Pour la phtisiasis, et remèdes divers »). Les incantations étaient aussi à la mode. Ainsi, en Inde, on suggérait celle-ci : « Ô Fièvre, avec ton frère la Consommation, avec ta sœur la Toux, va-t’en frapper les gens d’en dessous. » En France, au Moyen Âge, on implorait les saints guérisseurs, dont saint Malo ou saint Marcoul. On attribuait aux rois un pouvoir de toucher capable de guérir les maladies. Puis, à la Renaissance, le régime lacté fut à la mode. Voici ce qu’en disait Charles Coury dans son livre *La tuberculose à travers les âges* : « Le lait de femme était particulièrement recommandé et devait être consommé à la tétée. La nourrice, de préférence jeune et agréable, partageait au besoin le lit du malade, malgré les risques de contagion et les autres inconvénients, aisément imaginables, qui pouvaient en résulter. » (*La tuberculose au*

*cours des âges*, de Charles Coury, 1972, Éd. Lepetit à Suresnes). Force est toutefois d’admettre que la pénicilline sera plus efficace.

De tous les temps, le changement d’air a été préconisé. Certains recommandaient des séjours à la campagne, d’autres à la mer, d’autres, enfin, à la montagne. Dès le milieu du 19<sup>e</sup> siècle, les premiers sanatoriums ouvrirent leurs portes, d’abord en Allemagne, puis dans les autres pays européens.

#### La situation au Québec au début du 20<sup>e</sup> siècle

Le premier sanatorium du Canada fut construit en 1897, à Muskoka, en Ontario. Au Québec, ce fut celui de Sainte-Agathe-des-Monts dans les Laurentides. Dans les années 1910, un médecin de l’Hôtel-Dieu de Québec, le D<sup>r</sup> Arthur Rousseau, inaugura la Société de patronage de l’Hôpital des tuberculeux de Québec, qui déménagea à Sainte-Foy et deviendra un sanatorium appelé « Hôpital Laval ». Puis, en 1926, sur les cendres de l’ancien Hôpital des incurables de Cartierville naquit l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, dédié au traitement des tuberculeux. ●●●



Sanatorium de Sainte-Agathe-des-Monts, dans les Laurentides.

Photo : Comité du patrimoine de Sainte-Agathe-des-Monts.

## Quelques noms et dates importantes

### 1882

Le médecin allemand Robert Koch découvre le bacille à l’origine de la tuberculose qui, en Europe, était responsable d’un décès sur sept.

### 1886

Vittorio Cavagnis tente sans succès une première vaccination.

### 1890

Koch présente un remède, la tuberculine, qui s’avèrera plutôt utile pour diagnostiquer la maladie.

### 1894

Carlo Forlanini, médecin italien, propose la première technique effractive pour traiter la tuberculose : le pneumothorax artificiel intrapleurale.

### 1895

Wilhelm Röntgen découvre les rayons X, qui deviennent dès lors l’outil de dépistage numéro un.

### 1900-1920

Nombreuses tentatives infructueuses de vaccination ou de produits thérapeutiques : le boovaccin de Behring, le sérum de Marmorek, le sérum de Maragliano, les sérums de Richet et Héricourt et les essais de Friedmann et de Spahlinger.

### 1921

Premier vaccin efficace, celui mis au point par Albert Calmette et Camille Guérin : le BCG.

### 1925

Début des premières vaccinations à Montréal.

### 1948

Début de la vaccination systématique des élèves au Québec.

### 1970

Les vaccinations obligatoires disparaissent graduellement des divers pays occidentaux.



**Dr Armand Frappier,**  
fondateur de l'institut de recherche  
qui porte son nom.

- Avec la montée de l'urbanisation, dès le début du 20<sup>e</sup> siècle, les nouveaux citadins s'entassèrent dans des logements insalubres, ce qui, bien sûr, constitua des conditions favorables à la contagion par la tuberculose. Mais l'arrivée de la grande crise économique retardera la construction de nouveaux sanatoriums. D'ailleurs, ces derniers, même s'ils étaient souvent situés dans des sites enchanteurs, avaient bien mauvaise réputation auprès de la population qui les considérait plutôt comme des lieux d'exil dont on ne revient pas...

### Les divers noms de la tuberculose

Une maladie aux multiples appellations, tel aurait pu être le titre de cet article. Le terme « phtisie », que l'on doit aux Grecs anciens, signifiait « dépérissement ». Cette appellation donna naissance à une spécialité médicale disparue de nos jours : la phtisiatrie. Au milieu du 16<sup>e</sup> siècle, Girolamo Fracastoro, médecin, philosophe et poète italien, nomma le germe responsable de la tuberculose selon lui : *Seminaria contagionis* (semence contagieuse). Plus tard apparut le nom de « consommation », puisque le germe semblait consumer lentement le malade de l'intérieur. On utilisa aussi le mot « écrouelles » pour désigner spécifiquement une

forme d'adénopathie tuberculeuse. Ce terme, popularisé, engloba toutes les formes de tuberculose. Tiré du latin *scrofulus*, signifiant « truie », il traduisait l'aspect rebutant des symptômes. Selon la légende, les rois de France auraient eu le don de guérir les écrouelles par le simple toucher. On utilisa aussi le terme « poitrinaire » parce que le mal venait de la poitrine et que ceux qui en souffraient avaient la poitrine complètement décharnée.

### Plus près de nous

En 1923, Bernadette Codebecq, à peine âgée de 40 ans, décéda des suites de la tuberculose. L'aîné de ses huit enfants, alors âgé de 19 ans, décida de se diriger vers la médecine. Avec toute la fougue et l'idéalisme dont était capable un jeune homme doué de son âge, il voulut se lancer dans la lutte contre cette infection. Et il le fit. Ainsi, en 1931, on le retrouva à Paris auprès des professeurs Calmette, Guérin, Nègre et Ramon. Il sera l'un des premiers en Amérique à démontrer l'efficacité et l'innocuité du vaccin BCG dans la prévention de la tuberculose. Puis il fonda un institut de recherche qui portera son nom. Il s'agissait, bien entendu, du célèbre Dr Armand Frappier. ✨

**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.



## Avis de limitation d'exercice

Avis est par les présentes donné, que pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 29 novembre 2013, les inhalothérapeutes suivants font ou ont fait l'objet d'une limitation d'exercice, imposée par le comité exécutif ou le conseil d'administration de l'Ordre, en vertu de l'article 55 du *Code des professions*.

Nom	Permis	Nature de la limitation
Kamel Hafani	11213	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires aux stages cliniques en assistance anesthésique, soins cardiorespiratoires généraux, soins critiques et urgence, épreuves et tests diagnostiques.



Pour vérifier si ces personnes ont complété les exigences, veuillez consulter le Tableau des membres en ligne à [https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Tableau\\_Acces.aspx](https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Tableau_Acces.aspx) ou en communiquant au 514.931.2900 / 1 800 561.0029 poste 21.



## L'ORDRE Y ÉTAIT

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

## FORMATION À DISTANCE

*Développez vos connaissances cliniques avec...*

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



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

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

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

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



**Université du Québec  
en Abitibi-Témiscamingue**

*Renseignez-vous!*

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

# CHRONIQUE DE LA RELÈVE



Isabelle Fleury ▲

## Faire la différence

par **Isabelle Fleury**, inh., Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) et enseignante aux cégeps de Valleyfield et de Rosemont

**C**es neuf dernières années, j'ai pu explorer diverses facettes de notre merveilleuse profession. De la néonatalogie au monde adulte, en passant par la coordination, l'exécutif syndical, la vente et, maintenant, l'enseignement ! Qui aurait cru cela à mes débuts ! Je ne jurais que par la pédiatrie et les enfants, le reste m'intéressait peu. J'ai donc commencé au CHU Ste-Justine, là où ma passion et mon désir d'implication pour la profession sont nés ! Ces petits patients et leurs familles m'ont beaucoup appris sur la vie, le moment présent, l'espoir et la mort (oui, vous le savez, ça fait malheureusement aussi partie de notre travail). Réussir à faire sourire un enfant apeuré, triste ou inquiet d'être à l'hôpital me donnait l'impression de faire une différence dans la journée de cet enfant et je pouvais dire : mission accomplie !

Après quelques années, j'ai quitté mes petits mousses pour le monde des adultes. Connaissant ma passion pour la pédiatrie, certains m'ont alors dit : « travailler avec des adultes, des vieux... Isa, y as-tu pensé ? Des adultes, t'es folle ! » Mais j'avais besoin de changement, d'avancer, de voir autre chose. Coordinatrice clinique chez l'adulte tiens, pourquoi pas ? Le changement n'a pas été facile... Et même assez frappant ! Au deuxième patient, j'ai voulu me sauver en courant. La patiente a alors mis sa main sur mon épaule et m'a demandé si tout allait bien. J'avais les yeux dans l'eau, le souffle court, les mains tremblantes. J'ai répondu que j'étais vraiment touchée par la vulnérabilité de la clientèle. Cette dame d'une sagesse remarquable m'a fait réaliser que, par des gestes et des paroles simples, nous pouvons faire la différence dans la journée de quelqu'un... Et dans cette situation précise, pour l'avenir de quelqu'un. J'ai pris mon courage à deux mains et j'ai foncé ! Chaque journée de travail au chevet des patients, j'ai fait de mon mieux pour faire une différence durant leur séjour à l'hôpital ; ici, un verre d'eau, là, une couverture, les écouter, leur raconter une blague, les faire sourire, etc.

Puis l'hiver dernier, j'ai commencé en enseignement. Dernièrement, à la fin de son stage, une étudiante m'a dit qu'elle avait envie de faire une différence, que c'est ce qu'on lui avait inculqué durant son stage ! Croyez-moi, cette jeune a grandement réussi sur ce point, et elle pourra le transmettre à son tour, j'en suis certaine ! Et j'ai réalisé que cette mission, cette envie de faire la différence pouvaient être contagieuse.

Depuis mes débuts, j'ai exploré diverses avenues de la profession et je ne regrette rien. J'ai appris, j'ai rencontré des gens. Au passage, certaines personnes m'ont marquée et ont fait une différence dans ma vie professionnelle. Parfois, de petits gestes banals ou des paroles qu'elles croyaient anodines ont fait une grande différence !

La différence, vous pouvez la faire à plusieurs niveaux. Certains la feront dans leur implication quotidienne au chevet des patients, d'autres auprès de leurs collègues, d'autres en faisant avancer la profession, etc. Dans notre profession, nous donnons et nous recevons. J'entends parfois dire : « dans notre profession, c'est impersonnel, on a rarement de merci ou de félicitations lors de bons coups ». C'est parfois vrai, mais attardez-vous plutôt sur l'aspect positif que vous transmettez autour de vous ! Regardez-y de plus près, avec « les yeux du cœur » ! De petits gestes très simples, au quotidien, peuvent faire la différence entre une bonne et une moins bonne journée pour quelqu'un.

Pensez-y... Comment faites-vous la différence dans votre vie professionnelle ?



# À L'AVANT-SCÈNE

## MICHÈLE TREMBLAY

*Dans un format que nous désirons  
distrayant, nous vous présentons  
la lauréate du prix Roméo-Soucy 2013*



**Occupation :** responsable de la coordination départementale et des stages au Cégep de Chicoutimi (retraîtée depuis juin 2013).

**Âge :** 58 ans.

**Statut :** en couple depuis 25 ans.

**Bu :** un bon vin italien à Florence.

**Lu :** *L'art du bonheur* du Dalaï-Lama.

**Vu :** *The Butler*; Forest Whitaker y est excellent !

**Reçu (cadeau, conseil, etc.) :** beaucoup d'amour et de reconnaissance de mes collègues lors de mon départ pour la retraite. Évidemment, recevoir le prix *Roméo-Soucy* a aussi été pour moi un grand bonheur.

**Sur une île déserte, vous apportez :** mon chum, mon iPod, ma crème solaire.

**Un voyage inoubliable :** le mariage de ma nièce à Londres.

**Votre plus belle réussite personnelle :** mon immersion en anglais en septembre dernier fut une expérience inoubliable.

**Votre plus belle réussite professionnelle :** celle d'avoir choisi cette profession et de garder la passion pendant 38 ans. J'ai quitté la profession heureuse de ce que j'avais accompli au cours de toutes ces années.

**Un remède quand tout semble difficile :** faire une grande marche me rend heureuse et me permet de réfléchir.

**Un objectif à atteindre :** une immersion en espagnol et je prendrai les moyens pour y arriver.

**Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes :** je vous souhaite une profession des plus enrichissantes et des plus stimulantes afin que tout au

long de votre carrière, vous puissiez donner le meilleur de vous-même à vos semblables, cela tant dans votre milieu de travail qu'à l'extérieur. La société a besoin de professionnels compétents. « Pratiquer l'excellence comme inhalothérapeute, et ce, avec passion ».

**Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez :** journaliste sur le terrain et je parlerais plusieurs langues.

**Le bonheur pour vous, c'est quoi ?** C'est la santé avant tout... C'est m'entourer de gens que j'aime... Faire un voyage avec mon chum... Jouer un dix-huit (18) trous avec mes amies... Le bonheur est facile quand la passion nous habite.

**opiQ** À la croisée des chemins  
Ordre professionnel des Inhalothérapeutes du Québec

**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.

Le tabac diminue l'espérance de vie de 10 ans

# Réagissons maintenant pour vivre pleinement!



**LE TABAC DIMINUE  
L'ESPÉRANCE  
DE VIE DE  
10 ANS**

**Semaine pour un Québec sans tabac**  
19 au 25 janvier 2014

**mondesansfume.ca**    **1 866 JARRETE (527-7383)**

**CONSEIL QUÉBÉCOIS  
SUR LE TABAC ET LA SANTÉ**

**Québec** 

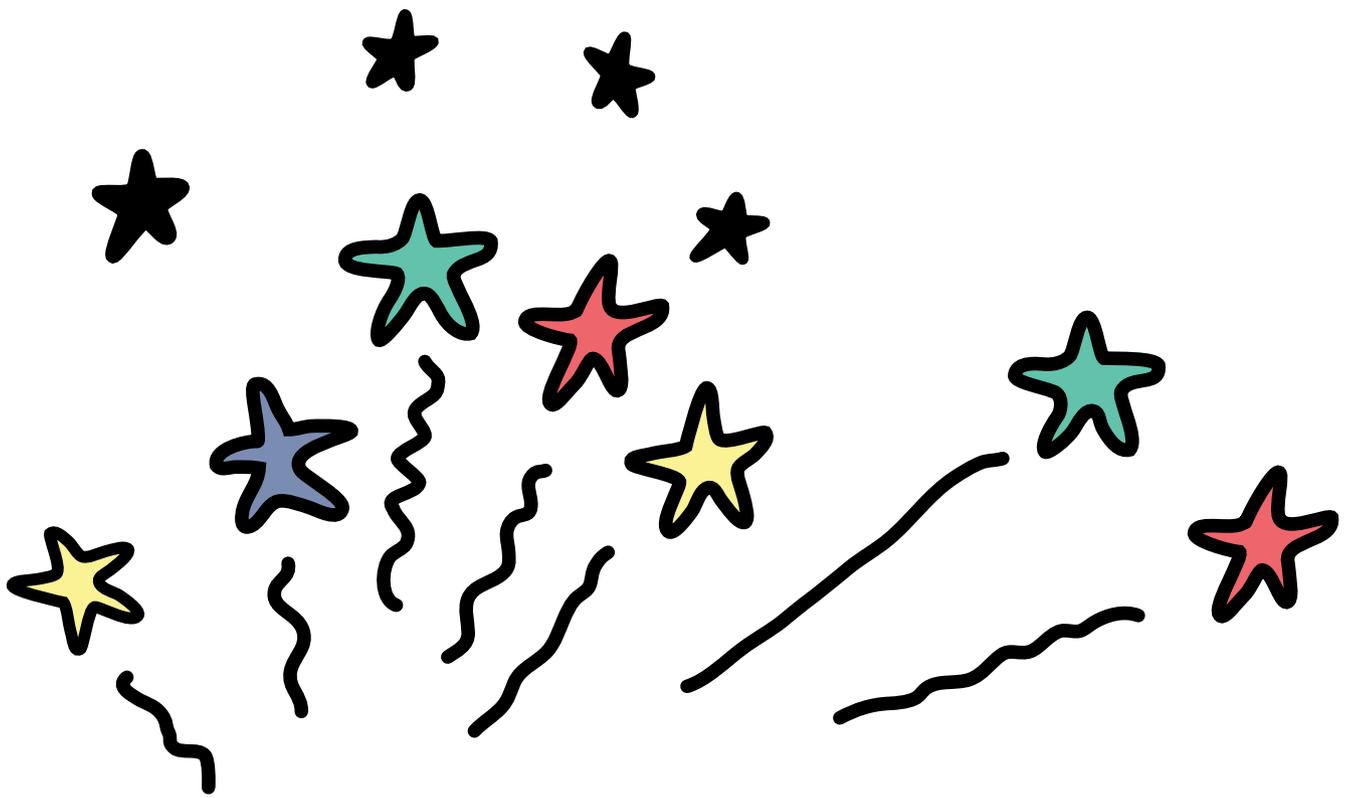
La *Semaine pour un Québec sans tabac*, qui se déroule du 19 au 25 janvier 2014, mettra l'accent sur les effets néfastes du tabagisme sur la santé et la vie des fumeurs, ainsi que les conséquences pour leurs proches. En plus de porter durement atteinte à la santé de milliers de personnes au Québec et de coûter annuellement près d'un milliard de dollars en soins de santé, le tabac diminue l'espérance de vie de dix (10) ans.

Le tabac a des conséquences dévastatrices, notamment sur le plan cardiopulmonaire. En plus d'être à l'origine de maladies mortelles comme le cancer du poumon, de la gorge et du larynx, il est responsable de nombreuses conditions médicales chroniques et de leurs complications. En effet, le tabagisme cause la majorité des cas d'emphysème et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Enfin, il augmente aussi les risques de maladies cardiovasculaires, dont l'athérosclérose et les problèmes respiratoires.

Depuis quelques années, le taux de tabagisme stagne, détériorant ainsi la qualité de vie quotidienne des fumeurs et causant environ vingt-huit (28) décès évitables par jour au Québec. Profitez de la *Semaine pour un Québec sans tabac* pour vous impliquer et ainsi contribuer à l'effort collectif pour la réduction du tabagisme dans notre province, laquelle compte 1,6 million de fumeurs. Visitez le [mondesansfume.ca](http://mondesansfume.ca) afin de commander le matériel promotionnel gratuit de la campagne et participez à l'activité Facebook via la page *Monde sans fumée*. Ensemble, refusons de laisser le tabac hypothéquer nos vies! ❄



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



Déficit acquis en hormone de croissance  
et hypogonadisme hypogonadotrophique chez un patient  
avec traumatismes crâniens à répétition ou

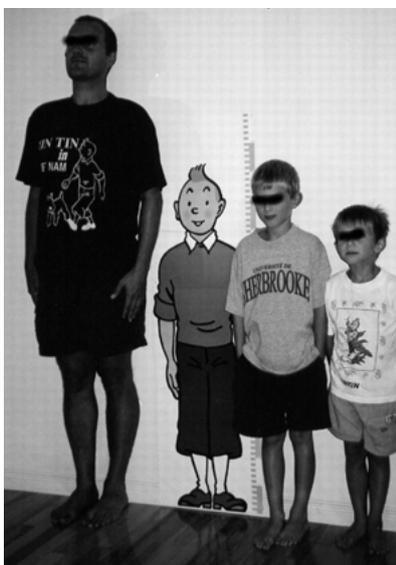
# TINTIN CHEZ LE NEUROCHIRURGIEN

par **Antoine Cyr, Louis-Olivier Cyr et Dr Claude Cyr**, pédiatre, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

**N**ous décrivons le cas unique d'un personnage public bien connu pour un retard de développement pubertaire et de croissance staturale (voir ci-contre). Nous croyons avoir découvert pourquoi ce jeune reporter, dont les chroniques ont été publiées de 1929 à 1975, n'a jamais grandi et ne se rase jamais.

Nous ne connaissons pas l'histoire périnatale de Tintin. Selon Hergé, l'auteur de ces chroniques, Tintin avait 14 ou 15 ans au moment de sa création<sup>1</sup>. Il aurait donc été âgé d'au moins 60 ans lors de sa dernière aventure chez les Picaros<sup>2</sup>. Dans cet album, malgré le fait qu'il ait atteint l'âge adulte, Tintin ne présente aucun cheveu blanc, n'a pas de barbe et ne démontre aucun signe de développement pubertaire.

La littérature récente a permis de mieux comprendre la pathophysiologie de l'hypopituitarisme secondaire à des traumatismes crâniens à répétition<sup>3</sup>. Nous croyons que les traumatismes multiples subis par Tintin pourraient représenter le premier cas d'atteinte hypophysaire traumatique décrit dans la littérature.



Le patient et l'équipe de recherche, de droite à gauche, C. C. (33 ans, stade 5 de Tanner), Tintin (60 ans [?], retard de développement), L.-O. C. (7 ans) et A. C. (5 ans).

## Méthodologie

Nous avons effectué une évaluation exhaustive des chroniques de ce jeune reporter à la recherche de trauma neurologique significatif. Le premier auteur (A. C. [5 ans]) a regardé tous les albums en compagnie du second auteur (L.-O. C. [7 ans]) qui, lui, sait lire et compter au-delà de dix (10). A. C. devait identifier les images où Tintin « tombait dans les pommes ». Cette technique a dû être réévaluée après deux albums devant l'absence manifeste de « pommes » dans les aventures de Tintin. Pour chaque événement, nous avons identifié la cause, la durée (calculée en nombre de cases [ou vignettes]\* avant le retour à une activité normale) et le nombre d'objets tournant au-dessus de la tête de Tintin (par exemple : étoiles, chandelles, etc.). Un test de corrélation de Spearman a été effectué entre les deux derniers items.

\* **Case ou vignette**: image généralement cernée d'un trait et faisant partie d'une planche de bande dessinée. La case constitue l'unité de base dans la séquence narrative qu'est la page. Séparée des vignettes qui l'entourent, la case est interdépendante des cases voisines, et ne prend sens que dans la lecture de la page complète.

*Nous émettons l'hypothèse que Tintin présente un déficit en hormone de croissance et un hypogonadisme hypogonadotrophique dans un contexte de traumatismes à répétition. Ceci pourrait expliquer son retard de croissance staturale, son retard pubertaire et son absence de libido.*

### ●●● Résultats

L'équipe de recherche a réussi à identifier cinquante (50) pertes de conscience significatives dans les vingt-trois (23) albums de Tintin (voir tableau 1). Dans quarante-trois (43) événements, il s'agissait d'un trauma crânien avec perte de conscience représentant des commotions cérébrales de grade 3. Tintin a subi vingt-six (26) commotions cérébrales secondaires à un coup reçu par un objet contondant. L'objet le plus fréquemment utilisé était la matraque (8 fois). Les autres causes fréquentes de perte de conscience vécue par le patient étaient les traumatismes par balles (3), les intoxications au chloroforme (3), les explosions (4), les accidents de la route (3) et les chutes (2).

La durée moyenne de perte de conscience était de 7,5 cases et 7,5 objets, en moyenne, tournaient autour de sa tête lors de l'impact. Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre ces deux données ( $p = 0,42$ ).

À aucun endroit dans les albums, le patient ne s'est rasé, n'a grandi ou n'a démontré de signes de développement pubertaire. Malheureusement, aucune imagerie cérébrale n'a été effectuée. Par ailleurs, le patient a présenté une perte de conscience après une déshydratation « légère » (*Au pays de l'or noir*, p. 21) qui pourrait être un signe indirect d'insuffisance surrénalienne secondaire. Ceci pourrait être attribuable à un panhypopituitarisme.

### Discussion

Nous émettons l'hypothèse que Tintin présente un déficit en hormone de croissance et un hypogonadisme hypogonadotrophique dans un contexte de traumatismes à répétition. Ceci pourrait expliquer son retard de croissance staturale, son retard pubertaire et son absence de libido.

Nous croyons aussi que l'implication d'enfants en recherche (les deux auteurs principaux) est possible et bénéfique. A. C. a ainsi appris à compter jusqu'à dix avec une bonne fidélité interobservateurs et connaît maintenant la signification de l'expression « tomber dans les pommes ».

La grande limitation de notre article est l'absence de confirmation paraclinique du diagnostic. Mais, selon le deuxième auteur (L.-O. C.), « c'est pas grave ».

En conclusion, il est difficile d'identifier avec précision l'âge de Tintin et son niveau de développement physique et sexuel. Il a le physique d'un enfant, mais ses comportements évoquent ceux d'un adulte. Dans ses aventures, il n'y a pas de petite amie ou de projet conjugal pour mettre un frein à ses activités. Cette « neutralité » permet simultanément aux enfants et aux adultes à travers le monde de mieux s'identifier à ce héros, ce qui explique probablement sa popularité universelle après 75 ans de vie publique.

### Participations des auteurs

A. C. et L.-O. C. ont participé activement à la collecte de données. C. C. a écrit l'article. Les trois auteurs ont lu ensemble la version finale et ont donné leur accord pour la publication. A. C. et L.-O. C. ne comprenaient pas les mots suivants : hypogonadisme, panhypopituitarisme, corrélation de Spearman et libido. C. C. leur a expliqué qu'il s'agissait de « pas de poils au-dessus du zizi à cause d'un manque d'hormones », « une partie du cerveau qui ne fonctionnait pas », « un test pour voir si deux affaires ont rapport » et « avoir le goût de faire l'amour », respectivement. Après une longue discussion à propos des poils et du « zizi » et de la signification de « faire l'amour », les trois auteurs se sont mis d'accord sur le texte final. ✨

**Ce texte est paru à l'origine dans le *Canadian Medical Association Journal*, édition du 7 décembre 2004.**



### Références

- 1 *Tout savoir sur Tintin*. [En ligne] [http://ydeb.free.fr/Tintin\_fichiers/tintin/tintin.htm], (consulté le 8 octobre 2004).
- 2 HERGÉ. 1976. *Tintin chez les Picaros*. Casterman, 62 p.
- 3 YAMANAKA, C., MOMOI, T., FUJISAWA, I., KIKUCHI, K., KAJI, M., SASAKI, H., YORIFUJII, T., MIKAWA, H. 1993. « Acquired growth hormone deficiency due to pituitary stalk transection after head trauma in childhood ». *Eur J Pediatr*, février; 152(2):99-101.

**Tableau 1. Description des insultes neurologiques subies par le patient.**

Album	Page	Cause de perte de conscience	Nombre d'objets autour de la tête	Durée (nbre de cases)
Au pays de l'or noir	12	Coup de brique	11	0
Au pays de l'or noir	12	Chute dans l'escalier	7	0
Au pays de l'or noir	16	Explosion	0	0
Au pays de l'or noir	21	Déshydratation	0	0
Au pays de l'or noir	27	Coup de bâton	6	0
Au pays de l'or noir	47	Coup de poing	0	0
Au pays des Soviets	21	Trauma de train	7	1
Au pays des Soviets	86	Coup de tronc d'arbre	9	2
Au pays des Soviets	105	Explosion	14	2
Au pays des Soviets	119	Coup de matraque	6	5
Coke en stock	20	Explosion	0	9
L'affaire Tournesol	27	Explosion	0	0
L'affaire Tournesol	30	Coup de matraque	0	0
L'Étoile mystérieuse	56	Coup de pomme géante	7	10
L'Île noire	1	Trauma par balle	0	4
L'Île noire	7	Coup de matraque	7	3
L'Île noire	18	Intoxication au chloroforme	5	48
L'Île noire	26	Coup de râteau	12	5
L'Île noire	52	Coup de brique	9	7
Le Crabe aux pinces d'or	10	Coup de matraque	0	0
Le Crabe aux pinces d'or	25	Coup de bouteille de whisky	0	0
Le Crabe aux pinces d'or	30	Coup de fémur de chameau	0	0
Le Crabe aux pinces d'or	32	Déshydratation	0	0
Le lotus bleu	15	Intoxication au chloroforme	0	22
Le lotus bleu	22	Coup de tronc d'arbre	1	1
Le lotus bleu	49	Trauma par balle	3	5
Le sceptre d'Ottokar	39	Accident d'auto	5	2
Le sceptre d'Ottokar	45	Coup d'appareil photographique	14	2
Le secret de la Licorne	35	Intoxication au chloroforme	0	0
Le secret de la Licorne	50	Coup de tronc d'arbre	0	0
Le secret de la Licorne	52	Coup de bâton	0	0
Objectif Lune	21	Trauma par balle	0	60
On a marché sur la Lune	22	Force G	0	13
On a marché sur la Lune	39	Coup de matraque	10	29
On a marché sur la Lune	57	Hypoxie	9	4
On a marché sur la Lune	58	Hypoxie	0	34
Tintin au Congo	13	Coup de Milou	10	3
Tintin au Congo	22	Bagarre avec lion	10	11
Tintin au Congo	32	Coup de gourdin	11	6
Tintin au Congo	43	Coup de planche	7	6
Tintin au Tibet	31	Chute sur la glace	0	18
Tintin au Tibet	44	Avalanche	0	5
Tintin en Amérique	4	Accident d'auto	0	2
Tintin en Amérique	5	Coup de matraque	3	3
Tintin en Amérique	7	Coup de matraque (police)	10	1
Tintin en Amérique	12	Intoxication au gaz ox <sub>2</sub> z	1	12
Tintin en Amérique	48	Coup d'épée	9	1
Tintin et l'oreille cassée	25	Coup de matraque	4	9
Tintin et l'oreille cassée	42	Accident d'auto	4	14
Tintin et l'oreille cassée	55	Coup de rame	8	4



## Calendrier des événements

- 1 *Semaine pour un Québec sans tabac*, 19 au 25 janvier 2014

---

- 2 6<sup>e</sup> Conférence annuelle d'Ottawa - Approches cliniques: nouvelles tendances en matière d'abandon du tabac (en anglais seulement), Ottawa, les 24-25 janvier 2014

---

- 3 *Jour de la Terre*, le 22 avril 2014

---

- 4 Congrès canadien sur la santé respiratoire, Calgary, 24 au 26 avril 2014

---

- 5 *Journée de l'inhalothérapeute*, le 19 mai 2014

---

- 6 *International Anesthesia Research Society (IARS) annual meeting*, Montréal, Fairmont Le Reine Elizabeth, du 17 au 20 mai 2014

---

- 7 Congrès éducatif et salon professionnel 2014 de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, Montréal, Fairmont Le Reine Elizabeth, du 22 au 24 mai 2014

---

- 8 *Journée mondiale sans tabac*, le 31 mai 2014

---

- 9 5<sup>e</sup> rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Montréal, 2-3 octobre 2014

---

- 10 *Semaine de l'inhalothérapeute*, du 5 au 11 octobre 2014

---

- 11 Colloque montréalais 4<sup>e</sup> édition, le 18 octobre 2014

---

- 12 *Semaine des thérapeutes respiratoires*, du 19 au 25 octobre 2014

## Les gagnants du congrès 2013

- **Karine Grondin** (08101) et **Cynthia Boily** (10093), inhalothérapeutes au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke qui sont les championnes des *Olympiades de l'intubation CAREstream 2013* et se méritent chacune une inscription au congrès 2015.
- **Mélanie Pelletier** (99068) et **Mélanie Rocheleau** (04036), inhalothérapeutes au Centre Apprentiss de l'Université Laval, finalistes des Olympiades, se méritent chacune un satomètre digital Onyx offert par CAREstream.
- **Julie Michaud** (08048) et **Isabelle Brunette** (00066) gagnantes du prix des exposants 2013.
- **Mélanie Pelletier** (99068), **Sophie Guilbault** (98007) et **Debra Fréchette** (94013) gagnantes des prix de la SCTR: une inscription au congrès SCTR 2014.



À ne pas manquer

## Histoire d'un mensonge

Voici un EXCELLENT reportage de 45 minutes qui illustre remarquablement bien l'histoire de la promotion du tabac, passant par les premières publicités télévisées (incluant celles diffusées au Québec) aboutissant aux meilleures publicités antitabac de par le monde, le tout accompagné d'explications justes et fascinantes par des experts en communication et des militants antitabac québécois et canadiens.



SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES  
CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS

### La Société canadienne des thérapeutes respiratoires a publié un nouvel énoncé de principe sur *Le rôle du thérapeute respiratoire dans les interventions en ventilation mécanique.*

La Société canadienne des thérapeutes respiratoires a publié un nouvel énoncé de principe sur *Le rôle du thérapeute respiratoire dans les interventions en ventilation mécanique.*

La Société recommande fortement une participation du thérapeute respiratoire lors de toutes les interventions thérapeutiques en ventilation mécanique pour optimiser les soins aux patients, la sécurité et la pratique exemplaire. Ainsi, pour assurer la sécurité des patients, la Société canadienne des thérapeutes respiratoires recommande que tous les organismes liés aux soins de santé s'assurent de la disponibilité immédiate d'un thérapeute respiratoire pour gérer les interventions relatives à la ventilation mécanique.

Partager cette information avec vos collègues.



**Lire l'énoncé**



## Info-Mobinaute



**Médicaments 2013** décrit les spécialités pharmaceutiques disponibles en France. Cette application s'adresse aux professionnels de la santé. Pour les informations destinées aux patients, voir l'application « Notices ».

**Prix: 8,99 \$**



**Rx Vigilance**, l'outil de référence des professionnels de la santé sur les médicaments et la santé, est maintenant accessible où que vous soyez.

**Prix: 199,99 \$**



Développée à partir de l'intégralité de l'ouvrage de référence, l'application **Encyclopédie médicale Hamburger** est l'outil indispensable du praticien souhaitant disposer d'un guide de pratique médicale complet, consultable à tout moment, notamment en situation de déplacement.

**Prix: 27,99 \$**

## Nouvelle section de formation pour les professionnels sur le site Web de l'Institut de cardiologie de Montréal

Le site Web de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) présente maintenant une nouvelle section dédiée au partage des connaissances destinée aux professionnels de la santé. Avec des conférences en ligne et la possibilité de s'inscrire à des cours offerts à l'ICM, cette nouvelle section devient une destination de choix pour quiconque cherche de la formation spécialisée en cardiologie. La section *Formation continue* offre en un coup d'œil l'ensemble des formations disponibles via un simple calendrier. Elle permet aux utilisateurs de visionner des conférences en ligne en se créant un compte et ainsi d'archiver toutes les attestations obtenues.

Cette section est accessible à l'adresse : [www.icm-mhi.org/formationcontinue](http://www.icm-mhi.org/formationcontinue).



## Formation continue

Nouvelle activité de formation en ligne

### OPIQ-703: Démystifier la trachéostomie (en ligne)

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



## Message important

Le comité organisateur de la *Mise à jour de McGill en anesthésie* a décidé de reporter l'événement en 2015, en raison de la tenue de deux événements majeurs (IARS et SCTR) à Montréal à la période où se tient habituellement cette activité. Nous vous tiendrons informés de la date et de l'emplacement choisis pour l'édition 2015. **De plus, l'OPIQ ne tiendra pas de congrès annuel à l'automne prochain.** Rendez-vous au congrès de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, du 22 au 24 mai 2014 à Montréal.



**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.

## Bourse d'excellence 2013

**Cynthia Carboneau** du Cégep de Sainte-Foy et **Sandra Bédard-Larente** du Cégep de Rosemont sont aussi récipiendaires de la Bourse d'excellence 2013 de l'OPIQ. Félicitations!



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

# QUESTIONNAIRE

Questions relatives au texte sur *Qui prend un stagiaire aujourd'hui? Pas moi!* en pages 9-13.

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

**01** Quel énoncé ne caractérise pas les étudiants d'aujourd'hui ?

- a) Ils sont de grands consommateurs
- b) Les études sont toujours leur première priorité
- c) Ils ont de nombreux projets
- d) Ils s'accordent des pauses d'étude
- e) Un nombre important change de discipline

**02** Selon les études, à partir de combien d'heures par semaine de travail rémunéré, un étudiant peut-il compromettre la réussite de ses études ?

- a) 15 heures
- b) 20 heures
- c) 25 heures
- d) 30 heures
- e) 35 heures

**03** Qu'en est-il de l'utilisation des nouvelles technologies chez les jeunes d'aujourd'hui ?

- a) Ils s'en servent surtout pour parfaire leurs connaissances
- b) Ils s'en servent surtout pour entretenir leurs réseaux sociaux
- c) Les filles et les gars les utilisent de la même façon
- d) Il n'est pas nécessaire d'en baliser l'utilisation en milieu de stage
- e) La meilleure solution est d'en interdire l'utilisation en milieu de stage

**04** Lequel des intervenants suivants est identifié comme étant le premier responsable de la réussite ou de l'échec d'un étudiant en stage ?

- a) L'inhalothérapeute en charge des étudiants en milieu clinique
- b) Le professeur qui supervise régulièrement l'étudiant en milieu clinique
- c) Le professeur du cours théorique associé au stage
- d) L'étudiant lui-même
- e) L'ensemble des intervenants

**05** Lesquels des éléments suivants peuvent être considérés comme la pièce maîtresse d'une évaluation équitable et représentative des apprentissages cliniques de l'étudiant ?

1. Un cahier d'évaluation bien documenté
  2. Une équipe d'inhalothérapeutes expérimentés et exigeants
  3. Une équipe d'inhalothérapeutes impliqués
  4. Un réseau de communication efficace mis en place par la maison d'enseignement
  5. Un professeur superviseur omniprésent
- a) 1 et 2
  - b) 1, 3 et 4
  - c) 1, 2 et 4
  - d) 4 et 5
  - e) 1, 2, 3, 4 et 5

**06** Dans l'article, nous vous suggérons des façons de faire de la rétroaction (*feedback*) à l'étudiant en stage. Pouvez-vous les identifier ?

1. Rencontre individuelle dans un lieu adéquat
  2. Commentaires écrits
  3. Transmettre les commentaires sur *Facebook*
  4. Attentes clairement énoncées
  5. Souligner les erreurs et les points faibles de l'étudiant, peu importe le moment ou l'endroit
- a) 1 et 2
  - b) 1, 3 et 4
  - c) 1, 2 et 4
  - d) 4 et 5
  - e) 1, 2, 3, 4 et 5

**07** Quel élément ne doit pas se retrouver dans le contrat rédigé avec l'étudiant ?

- a) Les faits ou les difficultés mentionnés
- b) Les résultats attendus
- c) L'échéancier
- d) L'adaptation du milieu pour faciliter la réussite de l'étudiant
- e) Les sanctions

**08** Quels sont les pièges à éviter dans l'encadrement d'un étudiant en stage ?

- a) Parler pour combler les silences
- b) Prendre l'étudiant en pitié
- c) Prendre la responsabilité de l'échec
- d) Chercher les solutions à la place de l'étudiant
- e) Toutes ces réponses

**09** La responsabilité de l'évaluation revient à quel intervenant ?

- a) L'inhalothérapeute en charge des étudiants en milieu clinique
- b) Le professeur qui supervise régulièrement l'étudiant en milieu clinique
- c) Chef de service du département d'inhalothérapie
- d) L'étudiant lui-même
- e) Tous les intervenants qui travaillent auprès de l'étudiant

**10** VRAI ou FAUX

Selon le *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, l'inhalothérapeute a l'obligation de collaborer à la formation des étudiants ?



Nos meilleurs vœux de joie,  
d'amour, de santé et de paix  
à vous et aux vôtres pour 2014.



NOTRE PROFESSION  
NOTRE PASSION

50  
ans | years

OUR PROFESSION  
OUR PASSION



CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS  
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES

HÔTEL FAIRMONT LE REINE ELIZABETH, MONTRÉAL, DU 22 AU 24 MAI 2014

FAIRMONT THE QUEEN ELIZABETH HOTEL, MONTREAL, MAY 22 TO 24, 2014