

l'inhalo

Revue de
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
volume 27, numéro 1, avril 2010



dossier le deuil

L'histoire de la ventilation mécanique; des machines et des hommes

Même si vous quittez la chambre, nous sommes présents^{MS}



Système Patient SafetyNetTM de Masimo

Parce que les événements sentinelles arrivent
toujours quand on s'y attend le moins

Qu'un patient ne puisse pas rentrer chez lui à la suite d'un examen de routine à cause d'un événement sentinelle est la dernière chose que l'on souhaite. Malheureusement, l'augmentation des analgésiques contrôlés par le patient et la diminution de la surveillance directe en raison du manque de personnel soignant réduisent les chances qu'un clinicien soit présent lors d'un incident thérapeutique qui peut être évité. Avec le système Patient SafetyNet de Masimo, vous pouvez avoir l'esprit tranquille, car des alertes précises sont immédiatement envoyées aux cliniciens appropriés. Ce système rentable et flexible fonctionne avec votre système informatique. Le système Patient SafetyNet de Masimo est équipé de l'oxymètre de pouls SET[®], qui est l'appareil de référence pour prendre des mesures lors de mouvements et de perfusions lentes, ce qui permet de réduire les fausses alertes, et du système RadNet[®], qui sert à alerter les cliniciens et à surveiller les patients à distance. Ce système a permis à un important hôpital universitaire de réduire d'environ 50 % les transferts depuis le service de médecine générale vers l'unité de soins intensifs et de 70 % le délai d'intervention du personnel soignant.

Pour en savoir davantage sur la manière dont la plateforme RadNet et Rainbow[®] SET de Masimo peut être utilisée dans les initiatives de votre établissement concernant la sécurité des patients et la réduction des risques, composez le 1 800 257-3810 ou visitez le www.masimo.com.





La révision du profil
des compétences des
inhalothérapeutes du Québec;

nous avons besoin de vous!

Vous vous souvenez sans doute du propos de l'éditorial d'octobre dernier, où je faisais état d'une certaine impatience par rapport à l'immobilisme du dossier de la réforme de la formation initiale des inhalothérapeutes du Québec. Eh bien, bonne nouvelle!

Évidemment, j'aurais voulu vous annoncer que les orientations ministérielles ont été prises, mais nous n'en sommes pas encore à ce stade. Une autre étape importante et incontournable reste à franchir, soit celle de la conduite d'une enquête auprès des inhalothérapeutes cliniciens sur l'exercice de la profession. Le MSSS et le MELS visent à établir l'état de la situation quant à l'exécution des activités professionnelles des inhalothérapeutes.

Ainsi par le biais d'un sondage, faisant suite à la production de l'analyse de la profession, menée en janvier 2009 et à laquelle douze de nos collègues ont participé, vous serez à votre tour, invités à répondre aux questions qui touchent la fréquence d'exécution des activités énumérées, et ce, pour sept grands secteurs du champ d'exercice (soins cardiorespiratoires généraux, soins critiques, assistance anesthésique, épreuves diagnostiques, polysomnographie, enseignement, soins à domicile).

Je suis convaincue que tout comme nous et nos douze collègues, que je remercie encore une fois pour l'excellence de leur travail, vous participerez à cet important exercice pour l'avenir de notre belle profession. Voici venu, encore une fois, le temps de contribuer activement à l'avancement de cet important dossier. Nous devons bâtir ensemble un programme de formation qui répond bien à l'évolution fulgurante de notre pratique professionnelle et aux besoins de soins et de services sans cesse grandissants en santé cardiorespiratoire.

Vous savez comme moi que nous attendons depuis plus de 10 ans la révision du programme actuel, lequel est basé sur une analyse qui date de plus de 15 ans! Il est grand temps que ce dossier avance et pour cela, nous avons besoin de vous!

Les inhalothérapeutes qui exercent la profession seront donc interpellés d'ici la fin du mois de mars 2010. Pour notre part, nous collaborerons à faciliter la transmission de cette enquête et nous étudions actuellement la possibilité d'instaurer une mesure qui saura reconnaître la participation des inhalothérapeutes qui auront pris le temps de remplir ce questionnaire.

Nous avons besoin de votre expertise! Après 10 années de travail acharné, la « balle » est dans votre camp! Nous sommes convaincus qu'ensemble nous finirons par obtenir un profil des compétences révisé et contemporain.

Je ne saurais vous remercier plus avant pour votre précieuse collaboration et j'espère que la conjugaison de nos efforts donnera un nouveau souffle à notre formation. 

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

sommaire

- 3 Éditorial
- 4 Avant-propos
- 6 Mot de la présidente
- DOSSIER LE DEUIL
- 8 Le deuil d'un patient vécu par les professionnels de la santé
- 16 La «juste proximité» facilite le deuil des professionnels
- 20 Deuil normal et pathologique
- 24 FINANCES
Questions fiscales, fonds communs
- 25 ACTUALITÉS
Soumettre la candidature d'un collègue au prix *Mérite* du CIQ 2010? Pourquoi pas?
- 26 L'histoire de la ventilation mécanique: des machines et des hommes
- 34 Conditions météorologiques et santé, faut-il s'en soucier?
- 42 Des inhalothérapeutes se démarquent
- 38 CRITIQUE ET PRATIQUE
Une bouffée d'air frais contre les nausées et les vomissements postopératoires
- 40 Campus OPIQ
- 44 Babillard
- 46 Questionnaire détachable pour la formation continue

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

Nathalie Béard, inh., Eric Cardin, inh., Réjean Duchesne, inh., Johanne Fillon, inh., Francine Gagnon, inh., Mylène Gauthier, inh., Mélyny Grondin, inh., Francine LeHouillier, inh., Pascal Rioux, inh., Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Pauline Breton-Truchon, Araceli Fraga, Raymond Proulx

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente

Johanne Fillon, inh.

2^e vice-présidente

Nathalie Béard, inh.

Trésorière

Francine LeHouillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^{me} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétrault, inh.

Coordonnatrice aux technologies de l'information et secrétaire à l'inspection

Francine Beaudoin

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'accueil et service aux membres

Marie Andrée Cova

Syndic

Joëlle Larivière, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Jasmine Beaudet, inh., D' Claude Cyr, M^{me} Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin, Marise Tétrault, inh.,

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2010

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, réalisation, révision, correction d'épreuves et traduction

Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ

Sophie D'Ayron

Production graphique

Transcontinental Québec

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

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

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

Courriel: info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes

désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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

avant-propos



Il n'y a pas de deuil que ne puisse un jour se faire.

— Elisabeth Kübler-Ross

Le tout-petit repose inerte sur la civière; l'équipe de l'urgence s'affaire, tentant vainement de lui insuffler un second souffle de vie. Soudain, un cri effroyable nous impose le silence. Comment est-elle entrée en salle de réanimation? Dans le brouhaha, personne ne l'a remarquée. Effondrée dans un

coin, retenue tant bien que mal par le papa en larmes, la maman nous supplie de ne pas renoncer, de poursuivre les manœuvres, de ne pas laisser mourir son unique enfant. Il n'a que deux mois... Aucune cause apparente de décès... mort subite du nourrisson. Toute l'équipe pleure... Nous avons tous éprouvé de la difficulté à terminer notre quart de travail, cette nuit-là. Devinant ma détresse, une collègue attentionnée m'a remplacée à l'urgence. Vingt-cinq ans plus tard, ce souvenir me hante encore.

Confronté à la mort, chacun réagit différemment, selon son expérience personnelle et sa façon de l'aborder. La perte d'un être cher, qu'il s'agisse d'un proche ou d'un patient nécessite un travail d'acceptation accompagné d'un retour inévitable à notre « moi » intérieur. Le deuil représente le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de la personne chère. En soi, le deuil est un processus normal et universel auquel nous avons été, nous sommes ou serons tous un jour confrontés. Il fait cependant de nous des êtres fragilisés pour un moment, au risque d'en devenir malade. Ce risque est d'autant plus grand que notre société supporte mal les manifestations du deuil, notamment la tristesse qui en constitue la trame essentielle. Le plus vite les endeuillés « réintègrent la vie » courante, le mieux tout le monde se porte. Les professionnels de la santé connaissent bien cette situation. Pourtant, se donner le droit à la tristesse et aux larmes, se laisser entourer par ses collègues, accueillir leur présence et leurs attentions, c'est saisir l'opportunité d'une solidarité bienfaisante, qui agit comme un baume sur une plaie vive.

La résolution du deuil se fait par étapes successives. À son rythme, la personne endeuillée va traverser ces différentes étapes en s'appuyant, au fond d'elle sur des ressources insoupçonnées, transformant une absence extérieure vécue comme douloureuse en une présence intérieure chaleureuse. (Elisabeth Kübler-Ross)

Il y a peu d'écrits sur le deuil des professionnels. Nous osons tout de même aborder cette thématique espérant que la lecture des différents textes du dossier vous sera profitable, lorsque vous aurez à vivre ce pénible moment.

Dans un ordre d'idée plus léger, nous célébrons cette année le 25^e anniversaire de reconnaissance de notre profession. *L'histoire de la ventilation mécanique* en pages 26-32 vous ramènera plusieurs centaines d'années en arrière!

En ce début d'une nouvelle période de référence de l'application du *Règlement de formation continue obligatoire*, vous trouverez, joint avec votre revue, un outil de planification de vos activités de formation continue dans la perspective d'un portfolio de développement professionnel. Nous espérons qu'il vous sera utile.

En terminant, surveillez la prochaine parution, vous y trouverez jointe la programmation du congrès annuel qui aura lieu les 15 et 16 octobre prochain au Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie. Bonne lecture!

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux communications

index des annonceurs

Association pulmonaire	23	Devilbiss	15	Masimo	2
Assurances La Capitale	21	Dräger Medical	48	M.D.Santé	33
BM enr.	39	Grass Technologies	19	RenaudExec	14
Bomimed	47	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	29	RIIRS	18
Carestream Medical Ltd.	31	Laboratoires Biron	17	Soins direct	13
Covidien	11	Maquet-Dynamed	5	UQAT	43

SERVO-i
UNE CONCEPTION RÉPONDANT

À VOS BESOINS PRÉSENTS ET FUTURS

MAQUET
GETINGE GROUP

CRITICAL CARE



Chaque année depuis le lancement du SERVO-i, l'équipe de recherche et développement de MAQUET a mis au point de nouvelles fonctionnalités cliniques et techniques !

Les plus récentes sont :

le mode ventilatoire par contrôle neural NAVA, la compatibilité en RM et la capacité d'utiliser un mélange héliox.

Une plate-forme polyvalente : le SERVO-i combine un haut niveau de performance clinique pour la ventilation invasive, non invasive ou à contrôle neural, le monitoring de l'EDI et l'héliox. Il offre aussi une mobilité exceptionnelle et un excellent rapport qualité/prix. Le Servo-i offre tous les modes que vous souhaitez trouver avec un système de ventilation avancé et bénéficie d'une plate-forme adaptable. La SERVO-i est facile à comprendre et à utiliser. De conception modulaire, il évolue en fonction des besoins de l'hôpital pour les années à venir.

MAQUET – LA NORME D'EXCELLENCE.



Compatibilité totale en RM



Thérapie à l'héliox, des nouveaux-nés aux adultes



Le contrôle neural de la ventilation mécanique (NAVA)

MAQUET-DYNAMED
235 Shields Court
Markham, Ontario
L3R 8V2 Canada

800.227.7215 Toll Free
905.752.3327 Direct
905.752.3342 Fax

sales@maquet-dynamed.com
www.maquet-dynamed.com

Le deuil

Le thème de cette parution m'a inspiré pour vous décrire l'évolution d'un de nos dossiers. Deuil, vocable tellement profond et empreint de toute une gamme d'émotions. Qui d'entre vous n'a pas vécu la perte d'un être cher: mère, père, enfant, ami? Mais le deuil ne se limite-t-il qu'à la perte d'une personne significative? Certes non. Le deuil revêt plusieurs formes et ce, à divers niveaux. On l'associe aussi à la perte d'un emploi, d'une capacité physique, à une amputation, à l'apparition d'une maladie chronique, entre autres. Ici, celui dont je vous parle est la fin d'un projet dans lequel beaucoup d'énergie et d'espoir ont été investis avec le plus grand optimisme, autant de la part de la permanence que du Conseil d'administration. Il s'agit du dossier de l'intégration des perfusionnistes cliniques au sein de notre Ordre. Nous vous tenions informé de l'évolution de ce dossier, dans des parutions antérieures de *l'inhalo* ou lors de rencontres. Mais voilà maintenant que l'intégration, qui devait s'effectuer le 1^{er} avril 2010, ne se produira pas.

Pour résumer la situation, il nous faut mentionner que depuis les six dernières années, nous y avons travaillé avec énergie et que nous y croyions fermement. Une réflexion de fond, une analyse des impacts tant positifs que négatifs avaient été effectuées. La connexité d'une partie de nos champs de pratiques spécifiques nous avait rapidement convaincus de participer aux travaux présidés par l'Office des professions, et ce, dans le but d'intégrer les perfusionnistes. Nous étions convaincus, pour la protection du public, qu'ils devaient joindre le système professionnel, car leur pratique est à risque de préjudice.

Cette intégration demandait certains ajustements et changements, tel l'abolition d'un poste d'administrateur inhalothérapeute élu, afin de permettre la représentation d'un perfusionniste au sein du Conseil d'administration. Les administrateurs étaient même prêts à permettre à deux perfusionnistes de siéger, pendant une période dite d'acclimatation. Ici, il est pertinent de mentionner des chiffres, soit l'intégration d'une soixantaine de perfusionnistes avec les 3550 inhalothérapeutes. Afin de vivre une intégration harmonieuse, le CA était aussi prêt à retarder la révision de toute la réglementation, révision découlant de l'adoption du projet de loi 75, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives* et qui vise principalement à alléger la réglementation et son processus. Nous avons

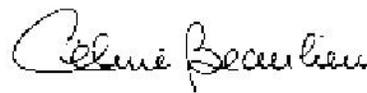
pris la décision d'attendre l'intégration des perfusionnistes, afin qu'ils puissent participer activement à cet exercice de modifications, puisque ces règlements deviendraient désormais leurs.

Au terme des travaux menés par l'Office, auxquels participaient des représentants du Collège des médecins, de l'Association des perfusionnistes et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, tous en étaient venus à un consensus, permettant la rédaction et la publication du projet de *Décret sur l'intégration des perfusionnistes cliniques à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*.

Dans ce décret, un champ descriptif ainsi que des activités réservées étaient évidemment libellés pour la pratique de la perfusion. Mais voilà qu'une réalité découlant de la rédaction de ces nouvelles activités, obligeait de définir plus spécifiquement la pratique professionnelle des inhalothérapeutes en ECMO¹ et en autotransfusion. Comprenez bien qu'ici, nous ne revendiquions aucunement une nouvelle pratique, mais qu'il fallait simplement mieux la cerner. Il y a donc eu deux « nouvelles » activités réservées aux inhalothérapeutes incluses dans le décret, nouvelles n'étant vraiment pas le qualificatif approprié, puisque les inhalothérapeutes occupaient déjà ces champs de pratique.

Pour des raisons qui nous échappent encore et malgré que la publication du décret soit échue, l'Association des perfusionnistes a manifesté son désaccord concernant les activités réservées aux inhalothérapeutes. Je vous fais grâce ici des faits d'intérêts secondaires pour simplement vous informer que faisant suite à cette volteface, le Conseil d'administration a, le 26 novembre dernier, résolu de mettre fin au processus d'intégration.

Tout comme un deuil, nous sommes passés par différentes étapes: le choc, le déni, le sentiment d'échec, le désabusement. Mais maintenant, nous regardons droit devant et nous consacrerons dorénavant nos énergies et nos ressources tant humaines que financières, dans l'avancement des dossiers reliés à la pratique professionnelle de l'inhalothérapie, pour répondre au mandat qui nous est dévolu, soit celui de la protection du public. 



Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente

1 ECMO: Extra Corporal Membrane Oxygenation ou assistance cardiorespiratoire par oxygénation extracorporelle.

mot de la
présidente



Mourning

The underlying theme of this edition has inspired me to describe to you the evolution of one of our case files. Mourning, such a profound word coloured by a range of emotions. Who among us hasn't experienced the loss of a loved one: mother, father, child, friend? But is mourning reserved only for the loss of a significant person? Of course not. Mourning takes many forms at many different levels. It can be associated to job loss, to physical incapacity, to amputation, to the emergence of a chronic disease, among other things.

The mourning I am referring to is the cancellation of a proposal that had been invested of so much energy, hope, and optimism by the permanent staff as well as by the Board of directors. This proposal was the integration of the clinical perfusionnists to our Ordre. We were updating you on the evolution of this issue in past editions of *l'inhalo* or in our meetings. But now, the integration that was scheduled to become effective on April 1st, 2010 is not going to happen.

To summarize the present situation, we must mention that for the last six years, we worked at it with energy and we firmly believed in it. A fundamental discussion, an analysis of positive and negative impacts were conducted. The intersecting parts of our specific fields of practice have quickly convinced us to get involved in the work presided by the *Office des professions*, and this, with the goal of integrating the clinical perfusionnists. We were convinced, for the public good, that they needed to gain the status of profession because their practice poses a risk of prejudice.

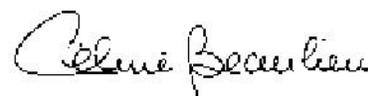
This integration would have required some adjustments and changes like the abolition of one elected seat held by a respiratory therapist in order to allow a clinical perfusionniste to sit on the Board of directors. The administrators were even ready to allow two clinical perfusionnists to sit for the duration of an acclimatization period. It is essential here to speak of numbers, namely integrating about sixty clinical perfusionnists with 3550 respiratory therapists. In order for the integration to be harmonious, the Board was ready to postpone revising the regulations, revision ensuing from the adoption of Bill 75, the *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives* which aims, mainly, to simplify the regulation process. We had decided to wait until the clinical perfusionnists were integrated to allow them to participate actively in the modification process since these regulations would also become theirs.

At the end of the work done by the *Office*, at which took part representatives from the *Collège des médecins*, the *Association des perfusionnistes* and the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes*, everyone came to a consensus, allowing the *Décret sur l'intégration des perfusionnistes cliniques à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes* proposal to be written and published.

In this decree, a descriptive field as well as reserved activities were, of course, drawn up for the practice of clinical perfusionnists. But while drawing up the new activities, reality forced us to define more precisely the professional practice of respiratory therapists in regards to ECMO¹ and autotransfusion. You must understand here that we were absolutely not claiming a new practice field, but simply that we needed to outline it more precisely. Thus, two "new" activities reserved to respiratory therapists had been included in the decree, "new" not exactly being the right word since respiratory therapists were already working in these fields.

For reasons that still escape us and despite the fact that the publication of the decree is expired, the *Association des perfusionnistes* disagreed with the activities reserved to respiratory therapists. I dispense you of the secondary facts to simply inform you that, following this about-turn, the Board of directors has, this past November 26, resolved to terminate the integration process.

Just like mourning, we passed through different stages: shock, denial, sense of failure, disillusion. But now, we look straight ahead and from now on we will concentrate our energies and our resources, human as well as financial, in advancing the issues related to the professional practice of respiratory therapy, to honour the mandate that is ours, which is the protection of the public. 



Céline Beaulieu, inh., B.A.
president

1 ECMO: Extra Corporal Membrane Oxygenation

a word from
the president





Le deuil d'un patient vécu par les professionnels de la santé

par **Jasmine Beaudet**, inh., enseignante au Cégep de Sherbrooke

Avant de pénétrer dans le vif du sujet, permettez-moi de vous parler brièvement d'une recherche chapeautée par le Dr Claude Cyr (dont vous lirez l'entrevue en page 17) et menée par Jessica Plante, résidente en pédiatrie au CHUS (Sherbrooke), ayant pour titre *Le deuil des professionnels de la santé à la suite du décès d'un enfant. Ainsi, après avoir évalué l'intensité d'un décès mémorable (NDLR: lire «de triste mémoire») vécu par les professionnels de la santé, elle est parvenue à tirer plusieurs conclusions dont celle-ci: parmi l'ensemble des professionnels de la santé interrogés, les inhalothérapeutes ont été ceux démontrant le plus de chagrin à la suite du décès d'un patient enfant (29,4 +/- 15 vs 16 +/- 14, p = 0,0024). Lorsque survient pareil événement, l'impact émotionnel subi par les inhalothérapeutes se révèle donc supérieur à celui éprouvé par leurs confrères et consœurs provenant d'autres spécialisations. À première vue, ces données peuvent surprendre, mais si l'on tient compte que le médecin prend la décision d'arrêter le traitement, il ne faudrait pas oublier que c'est à l'inhalothérapeute qu'incombe la responsabilité, le devoir de retirer le tube reliant encore le patient à la vie... ce qui expliquerait, en partie à tout le moins, ces résultats. Abordons maintenant de plain-pied le sujet qui nous intéresse.*





«Devant la mort, nous en référons à notre propre fin (consciemment ou non), ainsi qu'aux pertes de tout ce qui a été de haute importance au cours de notre vie. De cette sensation de disparition, d'engloutissement et de néant résulte la plupart du temps le désespoir, la tristesse profonde.»

Comme professionnels de la santé nous devons tous et toutes affronter, un jour ou l'autre et à divers degrés, une situation que nul ne souhaite où un patient parvient à une fin de traitement, à une fin de vie... à la mort. Chaque professionnel de la santé est d'abord et avant tout un être humain. Et en tant que tel il a, non seulement le droit d'exprimer ses émotions et de laisser libre cours à celles-ci, mais il se doit de le faire.

En premier lieu, mentionnons que tout professionnel de la santé, indépendamment de la spécialisation, ressent constamment ce besoin de démontrer une certaine force de caractère face à un décès, de faire preuve d'une solidité à toute épreuve.

En outre, il se voit bien souvent obligé d'appuyer les gens qui l'entourent. Le sentiment de responsabilité figure donc parmi les premiers sentiments ressentis par le professionnel de la santé lorsque celui-ci doit affronter le décès d'un patient. Ainsi, si nous pouvions pénétrer son esprit, nous entendrions certes des phrases comme celle-ci : «Je suis là, sous le choc, mais parce que je suis un professionnel, je devrais être capable de pouvoir répondre à tout...». Voilà donc une pression supplémentaire venant s'ajouter à la tristesse du décès.

S'ils sont nombreux à croire en une existence après la mort, à une continuité, nul ne peut nier l'existence de l'inévitable extinction du corps physique. Quand un être humain se retrouve en face d'une personne décédée, qu'il s'agisse ou non de l'un de ses proches ou dans le cas qui nous préoccupe, qu'il s'agisse ou non de l'un de nos patients, le simple fait d'être présent psychologiquement entraîne nécessairement une profonde tristesse intérieure. Ce sentiment est cependant accueilli différemment pour chacun, selon une panoplie de facteurs qui font de chaque être humain une personne unique. Le célèbre écrivain Éric-Emmanuel Schmitt, lui, est parvenu à accepter l'idée de la réalité de la mort par le biais de la philosophie : «Et ce qui m'en a guéri, c'est tout un travail philosophique d'acceptation de la mortalité et de réflexion sur soi. La philosophie m'a beaucoup pacifié en me disant : "De toute façon, tu es un être humain. Ta condition est une condition de mortel. Il faut que tu acceptes cela".» (Proulx, 2010, p. 16)

Avec l'idée d'acceptation de la mort entre en jeu la capacité propre à chacun de résilience, aptitude à faire face à une situation

représentant un stress intense, ainsi qu'à se ressaisir, à s'adapter, à réussir à vivre et à se développer positivement en dépit de ces circonstances défavorables. À ce sujet, certains centres hospitaliers ont instauré divers programmes permettant aux professionnels de la santé appelés à vivre un deuil commun, à se rencontrer pour en discuter, pour échanger entre eux, afin de les aider à développer une capacité de résilience maximale.

Tout début ayant une fin, ainsi toute existence a aussi une fin. En notre qualité de professionnels de la santé nous en sommes certes conscients, mais tant et aussi longtemps que nous n'y sommes pas confrontés, nous ne pouvons réellement savoir quelle sera notre réaction. Devant la mort, nous en référons à notre propre fin (consciemment ou non), ainsi qu'aux pertes de tout ce qui a été de haute importance au cours de notre vie. De cette sensation de disparition, d'engloutissement et de néant résulte la plupart du temps le désespoir, la tristesse profonde. Ce désespoir se veut d'ailleurs la plus grande angoisse qu'un être humain peut ressentir, et ce, peu importe ses croyances, sa spiritualité ou sa religion, peu importe sa psychologie ou sa psychiatrie, ainsi que nous le confirme le Dr Yves Quenneville, psychiatre au CHUM : «Dès que la pensée de la mort, son imminence ou même sa probabilité se présente à nous, nous sommes pris d'un vertige, que nous soyons croyants ou incroyants, que nous ayons ou non une religion, une spiritualité.» (Proulx, 2010, p. 86)

Tout être humain normalement constitué ne souhaite nullement entrer en contact avec cette finalité-là et fait tout ce qui est en son pouvoir pour fuir pareil sentiment, synonyme du pire danger!

Il existe par ailleurs quelque chose d'à ce point réel et tangible dans la mort que l'être humain a parfois tendance à l'entraîner dans l'irréel, lui qui se trouve tout simplement incapable d'en débattre intérieurement. Il adopte alors différentes stratégies comportementales adaptées, lesquelles s'avèrent plus ou moins aidantes.

Lorsqu'on voit une personne s'éteindre ou lorsqu'on fait face à la mort, purement et simplement, c'est un peu comme si nous avions à affronter notre propre destin... d'où les nombreuses et inévitables fuites.





VOUS VIVEZ ET RESPIREZ **L'EXCELLENCE**

Nellcor^{MC}
Mon-a-therm^{MC}
Puritan Bennett^{MC}
Airox^{MC}
Mallinckrodt^{MC}
DAR^{MC}
Shiley^{MC}
Sandman^{MC}

Nous également. Depuis des années, les plus grands fournisseurs de soins de santé se tournent vers ces marques préférées dans le monde entier pour leur fiabilité en matière de surveillance des patients, de ventilation, de traitement des voies respiratoires et de dispositifs de traitement du sommeil. Aujourd'hui, il leur suffit de se tourner vers Covidien. Venez découvrir pourquoi.





Lorsqu'on fait face à la mort, « Chaque instant de chaque jour devient précieux. On ne remet pas à plus tard les projets qui nous tiennent à cœur, on dit le plus souvent possible "je t'aime" à ceux qui comptent ».

> D'un point de vue strictement professionnel, la responsabilité constituerait un exemple de stratégie. En usant de ce genre de stratégie, on tourne souvent en rond, pour s'apercevoir qu'en fin de compte, elles ne nous mènent nulle part. Certains font donc usage d'une stratégie de responsabilité, avec ce devoir d'être à la hauteur sous prétexte qu'ils sont des professionnels. Ils se montrent à la fois dignes et présents aux yeux des autres par le biais d'une attitude aidante, comme si cela allait amoindrir le sentiment de désespoir qu'ils ressentent ! Ils éprouvent alors une vive pulsion les invitant à occulter ce sentiment de désespoir, histoire d'être en mesure de se reconnecter rapidement avec leur rôle d'aidant. Ce faisant, par contre, le professionnel devant affronter la mort de l'un de ses patients (et par extension, le sentiment de désespoir y étant souvent rattaché) est susceptible de sombrer dans une certaine dévalorisation personnelle. Cette stratégie impliquant la responsabilité se traduit par un ajout de pression sur nos épaules tout en dissimulant le lot d'émotions qui nous afflige, comme si nous ne les avions jamais vécues. Voilà qui s'apparente pleinement au déni (spécifiquement pour ceux et celles dont le travail consiste à venir en aide à autrui). Or, il appert que le déni de la mort nous prive d'une vie beaucoup plus riche.

D'autre part, la responsabilisation et la pression évoluent à un niveau différent de celui que vit intérieurement le professionnel, alors en proie au désespoir. D'où l'incontournable tiraillement venant s'immiscer entre la douleur ressentie et le devoir d'être présent pour la douleur des autres. Ainsi, le professionnel aidant mettra spontanément de côté la douleur ressentie pour mieux être en mesure de venir en aide à autrui. Ce faisant, il fera donc souvent fi de ses propres souffrances, consciemment ou non, ce qui peut entraîner l'épuisement professionnel (*burnout*).

Voici trois façons différentes de regarder la mort :

- de façon rationnelle (neutre) : tous les êtres qui viennent au monde vont un jour repartir ;
- de façon philosophique (intellectuelle) : ça s'est toujours passé ainsi ;
- de façon un peu impersonnelle (irrationnelle) : c'est comme si ça ne nous concernait pas.

Au lieu de nourrir notre sécurité, nous préférons trop souvent fuir cœur et âme dans notre insécurité, la tête cachée dans le sable, en délaissant notre santé physique et surtout émotionnelle. Nous ne réalisons alors pas combien la vie est précieuse. Troublant paradoxe, n'est-ce pas ? Comme mentionné précédemment, même s'ils sont légion à croire en une quelconque forme de vie éternelle, nul ne peut omettre la finalité du corps physique. Cette dernière réalité est pourtant souvent occultée par plusieurs, qui préfèrent ne pas reconnaître la mort comme étant intimement liée à la vie. Dès lors, la mort devient irréelle. À ce propos, l'écrivain Éric-Emmanuel Schmitt écrit : « Aujourd'hui, on rêve que l'homme va pouvoir se guérir de la mort. Mais la vie et la mort, c'est la

même chose, le même cadeau, c'est donné ensemble. » (Proulx, 2010, p. 20)

Par ailleurs, quand on se retrouve devant la mort de quelqu'un à qui l'on est venu en aide, notre patient, on se retrouve devant la mort, sans être préparé. Plusieurs chercheront alors à fuir cette « réalité-finalité » qu'ils ne souhaitent pas affronter.

Pour la plupart des gens, œuvrant ou non dans le milieu hospitalier, l'annonce d'un diagnostic de cancer incurable, par exemple, cause énormément de remous au sein de la famille du malade, mais aussi auprès de ses collègues et amis. Pour ceux et celles qu'une telle nouvelle affecte, ce premier contact avec l'éventualité de la mort prochaine provoque presque inévitablement un certain choc, pour ne pas dire un choc certain. Pourtant, la journée précédant cette annonce, voire la minute précédente, toutes ces personnes vivaient dans l'insouciance, dans l'inconscience. Devant l'annonce de l'imminence de la mort, elles éprouvent leur lot de difficultés et l'équilibre est rompu.

Selon le moine bouddhiste Matthieu Ricard, « *les gens préfèrent escamoter l'idée de la mort, l'ôter du champ de leur pensée et ne jamais s'en inquiéter jusqu'au dernier moment, en se disant qu'ils verront bien comment cela se passe. Cette attitude revient en fait à ne pas savoir tirer le meilleur parti de la vie parce que, ce faisant, nous oublions que nous sommes en vie, c'est-à-dire que nous oublions la valeur de chaque instant qui passe. Lorsque des personnes apprennent qu'elles sont condamnées par une maladie et n'ont plus qu'un an à vivre, certaines s'écroulent mentalement. Toutefois, la grande majorité d'entre elles témoignent que cette année-là a été la plus intense, la plus riche, la plus précieuse de leur existence ; une année au cours de laquelle chaque moment passé avec des êtres chers, ou dans la nature fut un émerveillement parce que chaque moment prenait soudainement toute sa valeur.* » (Proulx, 2010, p. 65)

Pour le professionnel aidant, cette impuissance à maintenir une personne en vie malgré la meilleure volonté au monde, l'amène parfois à opter pour l'irréel, pour sombrer dans l'illusion. Comme la réalité l'effraie, il préfère souvent se réinventer un pseudoéquilibre, un faux aplomb puisque facilement ébranlable une fois que la réalité le rattrape. Il constate alors que la mort est tout sauf irréelle, qu'elle s'avère palpable, tangible et concrète, ce qu'il réalise d'ailleurs doublement lorsqu'il lit la souffrance dans tous ces visages... À ce sujet, le Dr Nago Humbert, directeur de l'Unité de consultation en soins palliatifs pédiatriques du CHU Sainte-Justine, confie : « ce qu'il y a de plus dur pour moi dans ce travail, c'est la douleur des parents. Moi, ça me fait une peine, une peine indescriptible. Je ne m'habituerai jamais au cri déchirant de la mère qui perd son enfant... » (Proulx, 2010, p. 59)

La plupart du temps, ce n'est qu'une fois devant la mort que nous prenons conscience que nous aurons, nous aussi, à traverser pareille épreuve. Nul n'est à l'abri. La perte d'un être cher survient à tout moment et touche tout le monde même nous. Malgré ces évidences nous vivons souvent comme si cela ne pouvait nous arriver, comme si la mort ne prenait que la vie des autres. Et pourtant...

Éric-Emmanuel Schmitt a un jour décidé d'affronter l'idée de la mort en l'acceptant, tout simplement: «Au début, l'angoisse de la mort m'habitait, me réveillait, m'empêchait de dormir, me donnait des palpitations, et je me suis totalement guéri de cette angoisse en continuant à penser à la mort non pas en l'oubliant, mais en acceptant le destin mortel qui est le nôtre et en songeant à la mort pour rendre la vie plus riche et pour prendre la peine de dire aux autres que je les aime, que je suis là. Voilà.» (Proulx, 2010, p. 13)

Demeurer conscient de la réalité de la mort nécessite une bonne dose d'amour, de pardon, d'écoute, d'attention, d'acceptation. Quant au choc qu'elle entraîne, il s'ensuit presque toujours un sentiment d'impuissance, difficilement avouable pour certains.

Au fond, la meilleure façon d'affronter la mort et les épreuves en découlant, consiste à accepter la réalité dans laquelle nous nous trouvons. En tant qu'aidant, si l'on ressent de la culpabilité suite à la mort d'un patient celle-ci émane de l'effet miroir, c'est-à-dire qu'elle nous fait prendre conscience de nos négligences en rapport à nos priorités personnelles et non professionnelles. Il est vrai cependant qu'avec les multiples percées effectuées grâce à la recherche, la mort est aussi susceptible de nous apparaître de plus en plus comme une forme d'échec professionnel. «Avec notre médecine "triumphaliste" il nous est difficile, aujourd'hui, d'accepter de laisser quelqu'un partir», affirme le Dr Nago Humbert (Proulx, 2010, p. 151).

De fait, exerçant une profession paramédicale, nous avons cette «chance» d'être davantage conscients de la réalité de la mort et donc, d'être davantage conscients de l'importance de la vie. Nous avons le pouvoir de faire en sorte que cet espace-temps qu'est notre vie soit empreint d'amour, de partage, de respect de soi et des autres, de moments merveilleux avec les gens qui nous sont chers. Être en paix avec soi-même et son environnement permet, d'affronter la mort avec davantage de sérénité et de traverser ces pénibles moments auréolé d'une conscience autre. Cette différence de conscience entraîne une capacité de vivre le moment présent et de l'apprécier dans toute sa grandeur. Lorsqu'on fait face à la mort, «Chaque instant de chaque

jour devient précieux. On ne remet pas à plus tard les projets qui nous tiennent à cœur, on dit le plus souvent possible "je t'aime" à ceux qui comptent» plaide Mario Proulx. Quand le professionnel de la santé affronte sans détour la tristesse qu'entraîne le départ d'un de ses patients, tout en s'accordant le droit d'être là pour lui-même et d'être là pour les autres, il y a donc moins de place pour la peur.

Dans le domaine de la santé, consciemment ou inconsciemment, le professionnel emprunte ce chemin dans le but de sauver des vies. Mais souvent, il réalise en cours de route qu'il n'a pas ce pouvoir. Notre rôle consiste à aider nos patients à guérir, à récupérer son énergie vitale. Toute personne qui désire vivre, trouvera toujours la force d'accepter le support offert mais ce désir lui appartient.

Un autre volet de la responsabilité est le pouvoir non absolu de maintenir la vie. Il y a bien sûr les respirateurs, mais le patient ne vit pas pour autant. Il survit. C'est la fuite de cette réalité qui entraîne davantage de déséquilibre chez le professionnel de la santé, lui qui souhaiterait pouvoir interférer avec la vie. S'il croit pouvoir déjouer la mort du patient mais qu'elle survient malgré tout, il se percevra comme étant indigne de la responsabilité qu'il avait faite sienne. D'un autre côté, s'il se voit en tant qu'être aidant et qu'il accepte la réalité du patient il se décharge alors de cette responsabilité. Il est préférable pour un aidant de ne pas outrepasser son rôle, puisqu'à partir du moment où il dépasse ses fonctions, il se sabote intérieurement en se plaçant dans une situation qui lui fera vivre de perturbantes émotions susceptibles de l'entraîner encore davantage dans la fuite.

Le professionnel de la santé ne vivant pas pleinement ses émotions en fuyant l'évidence de la finalité peut également adopter une stratégie d'abandon. Certains qui empruntent ce sentier iront passablement loin... jusqu'à abandonner leur travail! En s'éloignant ainsi du travail, ils croient s'éloigner de la réalité, laquelle, nous l'avons vu, les rattrapera inévitablement. C'est alors que la chute s'avérera brutale.

D'autres personnes ne vivant pas entièrement leurs émotions peuvent aussi adopter une stratégie de contrôle. De cette sensation de perte de contrôle elles tentent d'exercer un contrôle absolu sur leur entourage, les gens, leurs pensées. Pour compenser, et afin de reprendre le contrôle, elles deviennent dès lors ultraperformantes, exigeantes et autoritaires, ce qui les amène à vivre une pleine gamme d'émotions qui auront, à leur tour, des répercussions directes ou indirectes sur le climat vécu au travail. Cette gamme d'émotions est susceptible d'aller en progressant et d'entraîner

Donnez du souffle à votre carrière



Urgents besoins d'INHALOTHÉRAPEUTES COMPÉTENTS ET EXPÉRIMENTÉS

(2 ans+) en salle d'opération, urgence, soins intensifs, MPOC et autres, afin de combler des besoins sporadiques, à temps partiel régulier ou à temps complet. (aussi CLSC)

Régions :

Grand Montréal, Rive-Nord, Basses-Laurentides

Régions éloignées :

Gatineau, Hull, Haute-Gaspésie et autres : Avec prime, hébergement et remboursement du kilométrage.

- Rémunération des plus avantageuse
- Orientations rémunérées
- Avantages sociaux
- Une meilleure qualité de vie

Soins direct



Visitez-nous :

www.soinsdirect.ca

Prenez rendez vous :

514-739-1919, poste 109

ou faites-suivre votre CV

à Danièle Roy :

droy@soinsdirect.ca

Soins Direct, vous aurez toute notre attention !



«Allégorie de la mort, qui, sous forme d'un guerrier grec transformé en statue, vient prendre la vie de la jeune fille qui se videra de son énergie vitale pour lui en faire don.»

«La jeune fille et la mort»
© Chantal Ouellet, huile sur toile 48 po x 36 po, 2009

agressivité, autodestruction et autoagression, et peut aller jusqu'à l'épuisement professionnel, voire à la dépression.

Quelle est alors la solution idéale pour mieux vivre le deuil d'un patient? Vivre intégralement nos émotions et surtout, les vivre en toute humilité.

Nous référons ici au terme «humilité» dans l'optique où nul professionnel de la santé ne devrait se sentir dévalorisé à la suite du décès de l'un de ses patients, pas davantage non plus qu'il ne devrait se survaloriser. Donc, ne pas confondre «humilité» et «soumission». En fait, notre rôle à titre d'aidant consiste à être présent pour aider, sans chercher à aller au-delà des choix du patient. Bien que nous aspirions à davantage parfois. Le fait d'être aidant exige une solide dose de «lâcher prise».

Pour ce faire, la première étape à franchir consiste d'abord à se percevoir tels que nous sommes, ni plus, ni moins. Car si l'on a tendance à se survaloriser on se donne certaines responsabilités qui ne sont pas les nôtres, tandis que si on se dévalorise on en vient

à sous-estimer l'importance de notre rôle d'aidant. En second lieu, il importe de reconnaître la réalité, sans chercher à mettre en doute notre valeur. Car si nous n'avons pu être en mesure d'aller à l'encontre de la mort, cela ne diminue en rien notre valeur. Nous sommes la même personne qu'avant cette perte, aidant ceux qui en ont besoin. Nous pouvons demeurer fiers d'être de ceux qui ressentent ce besoin d'aider.

En troisième lieu, nous sommes libres d'être en accord ou non avec ce qui se passe... Pourvu que nous demeurions authentiques, envers nous-mêmes et avec ce que nous ressentons. Nous avons le droit de considérer inacceptable la façon dont notre patient est mort. En fait, l'important demeure de ne pas se mentir à soi-même pour se donner bonne conscience ou, la fausse impression que ce décès est «plus facile à prendre». Si nous éprouvons de la colère, laissons libre cours à celle-ci. Même chose pour la tristesse, la révolte, ou encore si nous sommes désorientés. Surtout, ne pas tenter de s'autoconvaincre que nous ne ressentons rien ou des sentiments différents. Sans le crier sur les toits, accordons-nous le droit de ressentir pleinement nos émotions quand elles se présentent.

Être en mesure d'identifier ce que nous ressentons, même si ce n'est guère habituel dans notre pratique, demeure un excellent moyen de traverser l'épreuve du deuil professionnel. De plus, cette authenticité vécue par le biais d'un événement aussi tragique, nous permet de retrouver notre intériorité et un certain équilibre qui nous aidera à mieux vivre notre deuil. Par ailleurs, le professionnel de la santé ne trouvera pas la paix dans la parfaite application de son travail, mais bien en étant authentique avec lui-même, avec ce qu'il vit, avec ce qu'il ressent.

En outre, s'il est en mesure de partager ce qu'il ressent avec une personne qui ne le juge pas, cela l'aidera à s'accepter, le but étant de demeurer authentique avec soi-même. Plus on regarde la réalité en face, plus on trouve la force, le courage et l'aplomb pour vivre dans l'authenticité.

S'il est pleinement authentique et fait preuve d'humilité, le professionnel de la santé désorienté face au deuil pourra demander l'aide nécessaire afin de retrouver son équilibre par rapport à ses sentiments, propres à chacun.

Je laisse soin au Dr Serge Daneault, qui œuvre au CSSS Jeanne-Mance ainsi qu'au CHUM, de conclure: «je pense que chaque individu peut, dès maintenant, se dire: "Je ne suis pas immortel. Je ne me crois plus immortel. Alors, comment est-ce que je vis à partir de maintenant?" Car vivre autrement, c'est mourir autrement: il faut vivre autrement, vivre bien, pour bien mourir. L'un ne va pas sans l'autre.» (Proulx, 2010, p. 236).

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, à réaliser cet article. J'adresse un merci tout spécial à mes étudiants qui, par leur premier contact avec la mort, leur lot d'émotions, m'ont permis de m'attarder sur le sujet, pour les aider à comprendre. Merci aux témoignages partagés par les inhalothérapeutes du CHUS. Enfin, merci à Dominique Nadeau pour la révision du texte.

Référence

1 PROULX, M., et coll., *Vivre jusqu'au bout*, Bayard Canada. 2010, 316 p.

Note: le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger le texte



RENADEXEC

RENADEXEC, une entreprise de recrutement de ressources humaines spécialisée dans les sciences de la vie, est constamment à la recherche de professionnels du domaine de l'inhalothérapie.

Si vous êtes intéressé(e) à devenir spécialiste clinique ou représentant(e) en soins respiratoires veuillez communiquer avec :

Hélène Bordeleau
(514) 782-1520 poste 202
ou helene@renaudexec.com

3535, boul. Saint Charles, bureau 702
Kirkland (Québec) H9H 5B9
(514) 782-1520
www.renaudexec.com

Pour respirer librement et avoir un sommeil réparateur partout où vous dormez!

Appareil CPAP S à deux niveaux IntelliPAP® et masques nasaux EasyFit™ de DeVilbiss®

Optimisez la thérapie CPAP avec l'appareil CPAP S à deux niveaux IntelliPAP® de DeVilbiss. Cet appareil extrêmement fiable est le choix idéal pour les personnes qui requièrent un appareil CPAP haute pression (3-25 cm H₂O) doté de la technologie exclusive Flow-Rounding qui facilite la transition entre les pressions inspiratoires et expiratoires (ajustement du delta inspiratoire/expiratoire jusqu'à 22 cm H₂O).

Cet appareil léger, compact et ultrasilencieux (26 dBA) peut fonctionner en mode CPAP ou en mode deux niveaux. Il comporte même un bloc d'alimentation intégré qui élimine l'obligation de traîner un adaptateur encombrant. Et ce ne sont que quelques-unes des nombreuses innovations qui vous faciliteront la vie.

- La fonction de démarrage progressif fait monter graduellement la pression jusqu'au niveau prescrit (en 10 secondes) afin de permettre l'acclimatation de l'utilisateur.
- SmartCode produit des rapports personnalisés par Internet, encode les données d'utilisation et d'efficacité en une série de lettres et de chiffres facilement décodés par le logiciel inclus gratuitement.
- L'appareil est configuré pour une utilisation simple et intuitive – trois boutons suffisent pour commander pratiquement toutes les fonctions et un grand écran facile à lire guide l'utilisateur à toutes les étapes.
- L'humidificateur chauffant intégré offert en option s'arrime au bas de l'appareil sans autre tuyau ni cordon d'alimentation.
- Ajustement altimétrique automatique jusqu'à 2500 mètres.
- Étui de transport discret facilement déployable pour recevoir d'autres accessoires.
- Garantie de trois ans, la meilleure de l'industrie.

Des masques légers et confortables offrant une étanchéité supérieure

Le masque nasal EasyFit™ de DeVilbiss®, aussi vendu en modèle intégral, a été conçu après une analyse informatisée des caractéristiques faciales de 50 000 personnes de partout dans le monde. Résultat : une coquille coussinée unique et ultra confortable produisant un joint des plus étanches et un ajustement supérieur sans qu'aucune pression ne s'exerce inutilement sur le visage. L'articulation sphérique exclusive montée sur le raccord de tubulure permet une plus grande liberté de mouvement même pour les dormeurs les plus actifs.



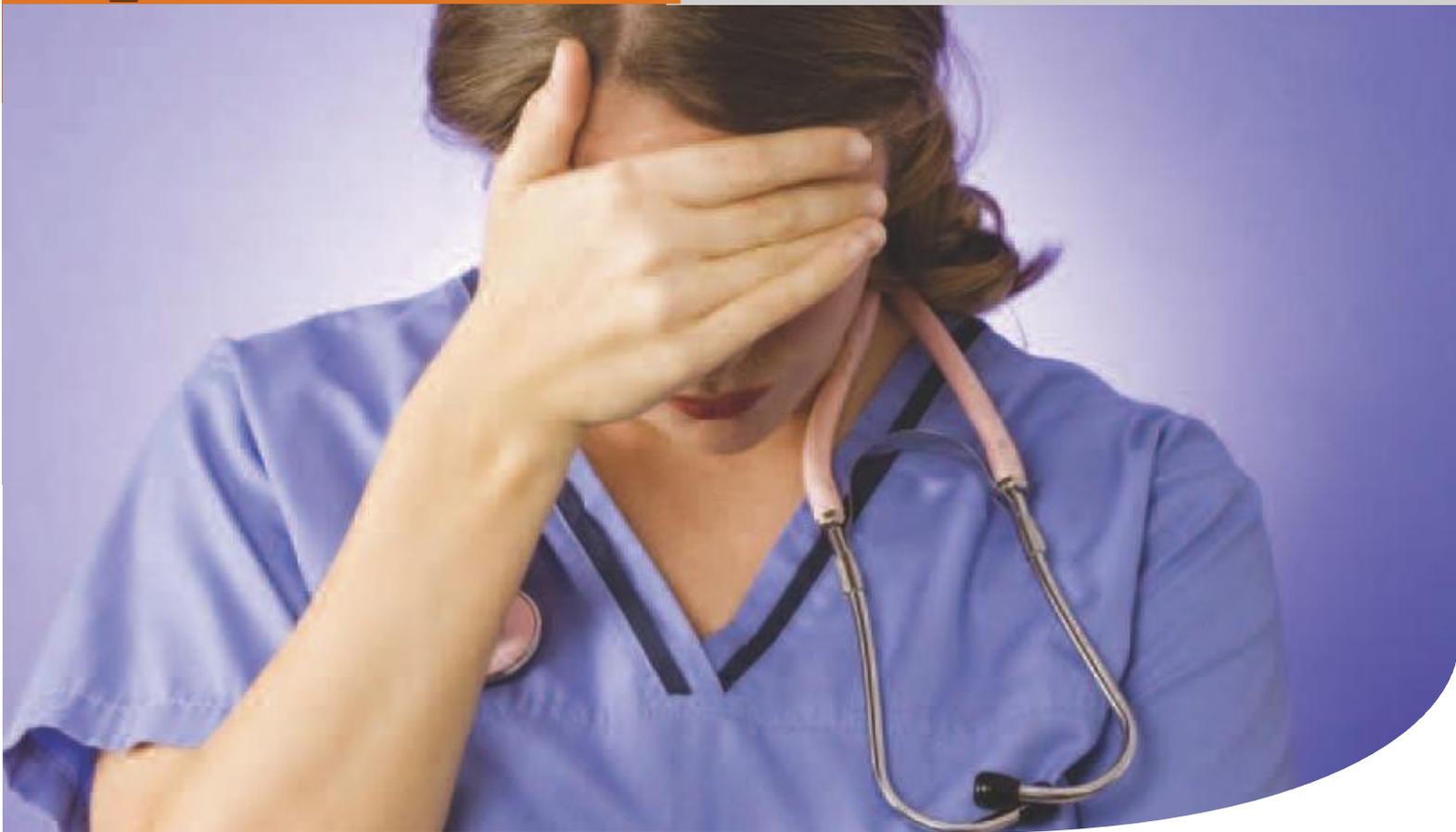
- Très léger et remarquablement silencieux – élimine les désagréments associés aux autres masques.
- Coussins et garnitures frontales remplaçables en silicone ou en gel offrant un meilleur confort et un joint uniforme qui s'adapte à toutes les physiologies.
- Harnais facile à utiliser qui convient pour de nombreux profils et toutes les interfaces EasyFit CPAP.
- Dispositif simplifié qui s'assemble, s'ajuste et s'entretient de façon intuitive.
- Tailles : petit, moyen, grand, très grand.
- Approuvé pour l'utilisation avec plusieurs patients.

Informez-vous au sujet de cet ensemble idéal

Composez le **514.923.3975** ou allez à **www.DevilbissHealthcare.com**.



DeVilbiss Healthcare | 100 DeVilbiss Drive | Somerset, PA 15501
800.338.1988 | 814.443.4881 | www.DevilbissHealthcare.com



Quand meurent les patients : la « juste proximité » facilite le deuil des professionnels

Source: DONGOIS, Michel, «Quand meurent les patients: la "juste proximité" facilite le deuil des professionnels», *L'actualité médicale*, novembre 2009, [En ligne] [<http://www.professionsantequebec.ca/medecins/opinions/quand-meurent-les-patients-la-juste-proximite-facilite-le-deuil-des-professionnels-3697>]. (Consulté le 12 décembre 2009).

Il était mal pris, le Dr Claude Cyr, car il ne trouvait aucun conférencier pour traiter du deuil des professionnels lors d'un congrès sur les deuils de la vie. Il en était le directeur scientifique (Sherbrooke, 2006). «Alors j'ai plongé. Après tout, être pédiatre dans une unité de soins intensifs ne se résume pas à une question de tubes, de manœuvres de réanimation ou de médicaments!» Si bien qu'au fil des ans il a approfondi la question. Entrevue.*

Doctor Claude Cyr was in a bind because he couldn't find a speaker to talk about the grief felt by professionals for a conference on mourning. He was its scientific manager (Sherbrooke University, 2006). "So, I dove in. After all, being a paediatrician in an intensive care unit encompasses more than tubes, CPR, or medication!" So much so that in the following years he developed an expertise. Interview.

* pédiatre à l'Unité des soins intensifs, Département de pédiatrie du CHUS

Est-il suspect, pour un médecin, de se montrer trop imperméable à la souffrance de ses patients?

Oui. Souvent, les médecins qui prônent l'imperméabilité jouent à l'autruche. Si vous voulez avoir de vraies relations avec vos patients, vous allez souffrir quand ils vont mourir. Lors de mes recherches, j'ai constaté qu'après des années, ces médecins dits «imperméables» accumulent à leur insu des deuils successifs et, pour beaucoup, connaissent l'épuisement. «Vivez votre deuil un à la fois. Acceptez la tristesse sans être submergé par elle dans les relations avec vos patients», c'est le message que j'envoie lors de mes conférences.

« Vivez votre deuil un à la fois.
Acceptez la tristesse sans être submergé par elle
dans les relations avec vos patients. »



Certains médecins, justement, ne sont-ils pas submergés par la douleur des autres ?

Des professionnels de la santé me disent parfois, en effet, qu'ils ont ressenti, à la mort d'un enfant malade, une tristesse comparable à celle vécue par les parents. Là, on est dans l'autre extrême. Ces soignants sont à risque de souffrir de fatigue de compassion, à force de trop vivre en sympathie avec la souffrance d'autrui. L'identification fusionnelle devient source de confusion.

En résumé, trop proche de nos patients, on risque de tomber dans la « fatigue de compassion » ; trop loin, on risque à la longue le *burnout*, la perte de sens. C'est pourquoi j'essaie de pratiquer « la juste proximité » avec les enfants malades. Dans ce cas, ni fatigue de compassion, ni *burnout*, mais de la tristesse souvent, que j'assume quand elle se présente.

Faites-vous un suivi de deuil systématique de vos jeunes patients ?

Oui. Deux semaines environ après le décès d'un enfant, je donne rendez-vous à la famille. Si elle ne se présente pas, j'envoie une carte ou je passe un coup de fil aux proches. Garder un contact avec la famille endeuillée est important pour les survivants, mais aussi pour le deuil des professionnels. Souvent, ces rencontres permettent de « relocaliser émotionnellement » la personne

décédée, c'est-à-dire de se rendre compte que ce n'est pas notre enfant qui est mort, mais bien notre patient.

Les parents, eux, veulent s'assurer que leur enfant est mort sans souffrance. C'est souvent la première question qu'ils nous posent. Les familles des enfants ont des contacts très rapprochés avec l'équipe de soins mais, lorsque l'enfant meurt, tout s'arrête brusquement.

Avez-vous vos rituels personnels ?

Oui. Par exemple, je dis systématiquement au revoir, à haute voix, à mes jeunes patients qui décèdent. Je leur parle seul à seul, avant qu'ils ne partent pour la morgue. Je ne sais pas pourquoi, mais c'est un rituel auquel je tiens. D'un point de vue institutionnel, la cérémonie des anges constitue aussi un rituel qui offre une belle occasion de retisser certains liens avec les familles.

Et du côté des soignants ?

Au décès d'un jeune patient, les soignants se demandent s'ils ont bien fait tout ce qu'ils pouvaient faire, s'ils ont commis des erreurs, etc. Beaucoup ressentent de la tristesse, ce qui est sain, et nous tentons d'éviter qu'elle ne vire en culpabilité. Il arrive évidemment que la culpabilité aussi soit au rendez-vous. Alors, nous nous efforçons d'en parler et de la transformer en réflexion, en pratique réflexive.



LES SOINS DU SOMMEIL VOUS INTÉRESSENT ?

Biron-Soins du sommeil, chef de file dans le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil au Québec, est à la recherche d'inhalothérapeutes motivés à rejoindre une équipe dynamique et en pleine croissance.

Vous êtes intéressés par ce domaine d'expertise? **Nous désirons vous rencontrer!**

Les candidats retenus se verront offrir une formation sur mesure afin de débiter leur nouvelle carrière dans un cadre valorisant la qualité des soins et le travail d'équipe.

Veillez faire parvenir votre CV au service des ressources humaines soit par courrier électronique à rh@groupebiron.ca, par télécopieur au **514 315-9998** ou encore par courrier au : 4105-F boul. Matte, Brossard, Qc, J4Y 2P4

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le www.groupebiron.ca

B
Biron

Soins du sommeil





Et comment se vit le «débriefting psychologique» avec l'équipe soignante?

Souvent, c'est difficile, les professionnels ne voulant pas revivre une seconde fois le choc initial. « La cicatrice est trop fraîche pour la rouvrir » ; cette métaphore médicale, je l'entends souvent dans leur bouche. Je n'ai pas de recettes, mais j'ai constaté que le style « Venez prendre un beigne et du café, on va parler! », ça ne fonctionne pas avec les médecins et les infirmières.

Faut-il alors un «débriefting» plus structuré?

Pour certains professionnels, oui. Au besoin, ils peuvent d'ailleurs consulter un psychologue. Mais l'immense majorité d'entre eux, du moins d'après ce que je vois dans mon entourage, vont chercher leur soutien directement auprès de leurs collègues. Cela contribue à renforcer le sentiment de communauté dans les équipes de soins.

Nous privilégions beaucoup aussi les choses informelles. En fin d'année, quand le moral des troupes est au plus bas, nous organisons un 5 à 7. Voilà un temps privilégié de dialogue avec les infirmières, les pédiatres et autres professionnels. Nous évoquons ensemble les cas difficiles de l'année, surtout les décès, d'ailleurs, et nous discutons des parents difficiles, etc.

Un groupe Balint sans le titre, en somme...

Oui, si vous voulez. C'est notre stratégie, ce 5 à 7. Cette formule souple nous permet de remettre les pendules à l'heure. Et puis, à cette occasion, les infirmières en profitent pour nous dire nos quatre vérités...



Le RIIRS vous connaissez?

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

- 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 Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

C'est simple et facile de devenir membre du RIIRS.

Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant au :

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



plan stratégique
2007-2011

À la croisée des chemins

Nos valeurs

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

Son professionnalisme...

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

Deuil et compassion

Le Dr Claude Cyr, pédiatre à Sherbrooke, et Jessica Plante, résidente en pédiatrie, ont mené en 2009 une étude auprès de 101 professionnels de la santé québécois exerçant auprès des enfants malades. Ils ont mesuré l'intensité du chagrin en analysant les réponses entre autres des médecins, des infirmières et des inhalothérapeutes, en évaluant la nature de leur lien avec les malades, leur système de soutien, leur attitude devant la mort, etc.

Voilà quelques conclusions issues de cette étude et des expériences du Dr Cyr, ainsi que des discussions qu'il a eues avec des médecins:

- La majorité des professionnels de la santé décrivent une réaction émotionnelle forte après le décès d'un patient. Cela montre l'existence d'un lien, l'émotion allant de la colère à l'anxiété avec, pour dénominateur commun, une forme de tristesse;
- La bonne nouvelle, selon le Dr Cyr, c'est que la majorité des professionnels décrivent une saine adaptation aux deuils;
- Du deuil d'un patient, dit-il, il ressort davantage de compassion. Mais qu'est-ce qui a changé au juste chez le soignant? « Une certaine transformation de son rôle professionnel. Souffrir, être triste, nous ramène à l'essentiel de notre travail. La médecine ne se résume pas aux données probantes! » Lorsque de la confusion peut naître une meilleure connaissance de soi, alors, selon le Dr Cyr, on peut dire que le deuil est « réussi ».

Cérémonie des anges

La cérémonie des anges est un rituel qui se déroule chaque printemps à Sherbrooke. Y sont conviés les proches des enfants décédés durant l'année précédente ainsi que les membres de l'équipe soignante.

On égrène le nom de chacun des enfants, puis chaque parent reçoit une rose. Tous en forment un beau bouquet. Une famille, un médecin et une infirmière livrent ensuite un court témoignage. « Nous voulons dire aux parents endeuillés que nous aussi, nous avons vécu un deuil par la mort de leur enfant », dit le Dr Claude Cyr.

La cérémonie est empreinte d'une grande sérénité. « Rien de mélodramatique. Les participants sont aussi contents de se voir; souvent, les gens pleurent et rient tout à la fois. » La cérémonie des anges est l'initiative d'une travailleuse sociale, en lien avec le Centre Jeremy Rill pour le syndrome de la mort subite du nourrisson, Les Amis compatissants du Québec (parents endeuillés), la coopérative funéraire de l'Estrie et l'organisme Naissance Renaissance Estrie.



Reproduit avec autorisation.

De Grass Technologies

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C

P
S
G

Plus qu'un système d'étude du sommeil...

Une réponse à vos besoins en évolution:

- ✓ Le meilleur module de comparaison de l'analyse intralaboratoire
- ✓ Largement utilisé dans les recherches cliniques sur le sommeil
- ✓ Tendances et analyses avancées des fréquences
- ✓ Systèmes PSG en laboratoire, portatifs et à domicile
- ✓ Rapports d'interprétation au vol
- ✓ Gestion de laboratoire sans papier
- ✓ Compatibilité HIS et HL7
- ✓ Intégration possible de services EEG

Des avantages qui font la renommée de Grass:

- ✓ Garantie à vie - systèmes de qualité
- ✓ Soutien technique jour et nuit - obtenez réponse à vos questions
- ✓ Soutien à distance - rapide et facile
- ✓ Abordable - réutilisez vos ordinateurs, moniteurs et équipements audiovisuels



® "Des diagnostics du sommeil et EEG
de pointe depuis 75 ans..."

Sans frais: 800-565-2216 (Canada seul.)
Téléphone: 450-619-9973 • Télécopieur: 450-619-9976
Courriel: astromedcanada@astromed.com
www.grasstechnologies.com

Deuil normal et pathologique

par Patrick Hardy

Source: Cours de psychiatrie du Collège national des universitaires en psychiatrie, Université d'Angers, France.
[En ligne] [http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/70-deuil.htm] (Consulté le 22 février 2010).

Objectifs pédagogiques

>Reconnaître le deuil normal >Reconnaître les différentes étapes du deuil >Connaître l'existence des deuils pathologiques

Introduction

En français, le terme «deuil» possède plusieurs significations:

Au sens usuel (celui dont il est question dans le cadre de cet enseignement), la notion de deuil se réfère à l'expérience de la mort d'autrui:

- ce terme désigne tout d'abord la *perte liée au décès d'un être proche*, qu'il s'agisse d'un parent ou d'une personne chère;
- il désigne également la *réaction psychologique* consécutive à cette perte, qu'il s'agisse des différents états traversés par l'endeuillé (notamment la tristesse propre au deuil), ou du processus psychologique évolutif et prolongé («travail du deuil») conduisant naturellement la fin de cette expérience;
- il désigne enfin les différentes *manifestations individuelles, familiales et sociales liées au deuil*, ces manifestations étant plus ou moins ritualisées et diversement codées sur le plan culturel;
- par extension métaphorique, on applique aussi ce terme à l'ensemble des *pertes et des frustrations, réelles ou symboliques*, ayant une valeur significative pour un sujet donné (on dit, par exemple, qu'un individu «fait son deuil» de l'amour d'un autre, d'un statut professionnel convoité, etc.).

Plus précise, la langue anglaise utilise un seul terme pour chaque signifié:

- *Bereavement* signifie la perte elle-même (la séparation, la dépossession).
- *Grief* signifie la peine, le chagrin, la douleur (*sorrow* traduisant une forme de chagrin moins intense).
- *Mourning* traduit le processus du deuil proprement dit, la réaction affective qui suit la perte.

Impact psychologique et épidémiologie du deuil

Le deuil est une expérience quasi universelle, à laquelle sont confrontés un jour ou l'autre la plupart des individus, souvent même à plusieurs reprises. [...] L'impact psychologique du deuil est particulièrement marqué:

- Les instruments d'évaluation des *événements de vie* (EV: *life events*) situent ainsi le deuil parmi les EV les plus stressants. Les conséquences psychologiques du deuil varient toutefois beaucoup d'un sujet à l'autre: elles dépendent notamment des conditions du décès, mais surtout des liens affectifs qui unissaient le décédé et l'endeuillé. On considère ainsi que la perte du conjoint fait partie des événements ayant le plus fort retentissement psychologique, surtout si le décès est consécutif à un

suicide, la perte d'un enfant se situant au même niveau de sévérité que dans ce dernier exemple.

- L'impact psychologique du deuil est également lié aux conséquences psychosociales durables de la perte, celle-ci pouvant se traduire par une altération prolongée du support psychosocial de l'endeuillé (support affectif, financier, relationnel, etc.).

Bien que douloureuse et prolongée, cette expérience s'inscrit habituellement dans un *processus psychologique normal*. Il est toutefois des *deuils pathologiques ou compliqués* qui sont source de souffrance et de désadaptation marquées, en raison d'une perturbation du processus de deuil, ou de la survenue d'un trouble psychiatrique: épisode dépressif majeur, surtout, mais aussi, parfois, trouble anxieux. Ces complications justifient la mise en œuvre précoce d'un soutien psychologique pour les plus vulnérables des endeuillés et d'un traitement adapté en cas de trouble psychiatrique.

Le médecin est confronté au deuil dans de multiples situations: lors de l'annonce du décès d'un patient hospitalisé (adulte ou enfant) à ses proches, lors de la consultation d'un endeuillé en médecine générale, lors de l'examen d'un enfant venant de perdre un de ses parents en médecine scolaire, à l'occasion d'une complication psychiatrique, plus rarement. Les soignants peuvent être eux-mêmes directement engagés dans un processus de deuil lors de la perte d'un de leurs proches, mais aussi lors du décès de patients avec lesquels s'étaient établis de forts liens relationnels.

Le deuil normal

Aspects psychologiques: les trois phases du deuil

Si la durée des deuils varie d'un individu à l'autre, on considère que la majorité d'entre eux sont achevés au bout d'un an. On distingue trois étapes dans cette période de deuil, telle qu'elle a été décrite chez les veuf (ve):

- 1 La *phase initiale* (phase de détresse, phase d'impact, phase d'hébétéude) est caractérisée par l'état de choc: le sujet est saisi par la stupéfaction, l'incrédulité qui traduit le déni défensif; il se trouve brutalement plongé dans un état de torpeur, d'engourdissement, dans lequel il continue à vivre et à agir, mais de façon automatique.

Cette période est inconstante: elle dure en général quelques heures à quelques jours, exceptionnellement plus d'une semaine. Le sujet n'en conserve que peu de souvenirs.

- 2 La *phase centrale*, dite de dépression ou de repli, représente la période aiguë du deuil. Elle est caractérisée par:
 - un état émotionnel intense d'allure dépressive avec: tristesse, pleurs, culpabilité, honte, irritabilité, anorexie, insomnie, sentiment de vide, fatigue. Un sentiment de colère vis-à-vis du mort n'est pas rare. Colère et culpabilité traduisent l'ambivalence de l'endeuillé, qui est pris entre

le sentiment de n'avoir pas fait tout ce qui était en son pouvoir à l'égard du décédé et celui d'avoir été injustement abandonné par lui.

- Un état de retrait social avec une incapacité à maintenir les habitudes de travail et les relations interpersonnelles qui sont désinvesties.
- Une identification inconsciente au défunt : préoccupations de santé similaires, parfois suscitées par des symptômes somatiques d'emprunt; imitation temporaire de ses manières d'être, de se comporter, de ses habitudes.

Au cours de cette période, des perceptions sensorielles d'allure hallucinatoires (impression d'entendre la voix ou le pas du défunt, de sentir son contact, de l'entrapercévoir, etc.) peuvent survenir. L'endeuillé est toutefois conscient de leur absence de support réel.

La difficulté de cette période est celle du diagnostic différentiel entre deuil normal et dépression. Sa durée varie entre plusieurs semaines et un an: elle est inférieure à 6 mois pour la plupart des sujets.

- ③ La fin du deuil, ou phase de résolution (phase de récupération, de restitution, de guérison, d'adaptation) est marquée par:
 - l'acceptation de la perte du mort: le sujet est conscient d'avoir fait un deuil, peut se souvenir du défunt sans douleur excessive;
 - le rétablissement des intérêts habituels, parfois par un désir de s'engager dans de nouvelles relations et dans de nouveaux projets;
 - le retour à un mieux-être psychique et somatique.

Aspects socioculturels

Dans toutes les sociétés, le deuil impose aux proches du défunt, et plus particulièrement à son conjoint, l'adoption de comportements ritualisés et le respect d'interdits.

Bien que très atténuées dans les sociétés occidentales contemporaines, ces marques du deuil se traduisent encore par les rituels de levée du corps et des obsèques, par la possibilité socialement reconnue d'interrompre provisoirement son activité professionnelle, par l'adoption de comportements réservés bannissant toute marque excessive de joie ou de plaisir, par l'évitement provisoire du port de vêtements trop excentriques et de l'établissement de nouvelles relations amoureuses.

Dans les sociétés traditionnelles, l'expression de la douleur est codifiée, éventuellement assistée par des pleureuses. Le port du noir s'impose au plan vestimentaire. Le deuil est souvent collectif et ce deuil social suit la même temporalité que le deuil psychologique (sa durée est souvent fixée à un an).

Dans les sociétés primitives, le corps social peut imposer des comportements stricts à l'endeuillé et plus particulièrement au conjoint qui est souvent stigmatisé:

- chez les Shuswap de Colombie-Britannique, les veufs sont isolés, ne peuvent plus toucher leur propre corps, doivent utiliser une vaisselle qui leur est propre;
- chez les Agutainos de Palawan, les veuves ne sont autorisées à sortir qu'aux heures où elles ne risquent pas de rencontrer quelqu'un, doivent signaler leur passage en frappant d'un coup de bois sonore sur les arbres.

Vos assurances : c'est réglé.



Exclusivement réservé aux membres

Obtenez **10 % de rabais** sur vos primes d'assurance automobile, habitation et véhicules récréatifs.

Concours

Par ici Paris!

Demandez une soumission et courez la chance de gagner

Règlements disponibles à la Vice-présidence marketing.



Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec



La Capitale

assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

1 800 322-9226 • www.lacapitale.com

«Le deuil compliqué est caractérisé par une perturbation du travail de deuil qui ne s'engage pas ou qui ne parvient pas à son terme. Le deuil pathologique est caractérisé par la survenue de troubles psychiatriques durant la période du deuil.»

La coutume du Satî, qui oblige la veuve à s'incinérer vivante avec le cadavre de son mari, représente un exemple extrême d'exclusion du conjoint.

Tous ces exemples montrent que le deuil n'est pas un phénomène purement individuel, mais s'inscrit dans une économie sociale ritualisée visant à protéger le groupe de la menace que la mort de l'un de ses membres a fait surgir, en replaçant l'endeuillé dans la vie collective (ne serait-ce qu'à travers les rituels d'exclusion).

Le deuil compliqué et le deuil pathologique

Le *deuil compliqué* est caractérisé par une perturbation du travail de deuil qui ne s'engage pas ou qui ne parvient pas à son terme. Le *deuil pathologique* est caractérisé par la survenue de *troubles psychiatriques* durant la période du deuil.

Le deuil compliqué

Les perturbations du travail de deuil peuvent prendre plusieurs formes :

Dans le *deuil absent ou retardé*, le sujet ne manifeste aucune réaction de tristesse à la suite du décès, poursuivant sa vie «comme si de rien n'était» ou n'exprimant qu'une sorte de désarroi, d'anxiété ineffables. Loin de manifester une absence d'investissement affectif du disparu, cette attitude traduit un déni inconscient (et parfois même conscient) de la réalité du décès, ce mécanisme de défense permettant au sujet de faire l'économie de conflits internes trop menaçants. L'absence de confrontation avec le cadavre du décédé (personne disparue, absence de reconnaissance du corps) et de participation aux funérailles peuvent favoriser le déni de la mort.

Dans le *deuil intensifié*, le sujet paraît débordé par l'intensité des manifestations de son deuil (colère, sentiment de culpabilité vis-à-vis du mort).

Le *deuil inachevé* peut se présenter sous différents aspects :

- Dans certains cas, les manifestations du deuil (chagrin, troubles d'allure dépressive) persistent sans décroître au delà de la période habituelle (6^e-12^e mois) : devant de tels *deuils prolongés* il convient d'évoquer l'hypothèse d'un trouble dépressif, témoin d'un deuil pathologique.
- Dans d'autres cas, le sujet semble avoir abandonné les marques extérieures (sociales, affectives et comportementales) du deuil mais continue à vivre «dans le passé», dans la pensée du mort : ces *deuils inachevés* peuvent se manifester plusieurs années après par des débordements émotionnels (douleur affective) lors des dates anniversaires, par des comportements de recherche de la personne disparue et/ou par un renoncement persistant à tout nouvel investissement, que ce soit dans le domaine relationnel ou dans le domaine des activités de loisir personnel.

Aux États-Unis, Horowitz et al. (1997) ont proposé des critères pour le diagnostic d'un trouble, comparable à ces deuils inachevés et distinct de la dépression, qu'ils intitulent «deuil compliqué»

(*complicated grief disorder*). D'après ces critères, le sujet continue à éprouver plus d'un an après le décès d'intenses pensées intrusives, de violents assauts émotionnels, d'ardents et pénibles désirs (en relation avec le défunt), un sentiment de solitude et de vide excessifs, un évitement disproportionné des activités rappelant le souvenir du décédé, des troubles du sommeil inhabituels, une importante perte d'intérêt pour les activités personnelles (Horowitz et al., 1998).

Le deuil pathologique

Plusieurs types de troubles psychiatriques peuvent survenir durant la période du deuil (dans l'année qui suit le décès) et témoigner ainsi d'un deuil pathologique, y compris chez des sujets jusque-là indemnes de tout antécédent psychiatrique.

Si l'on a pu décrire des *deuils hystériques*, des *deuils obsessionnels*, des *deuils délirants*, les manifestations les plus fréquemment observées relèvent d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux.

Ces manifestations pathologiques (notamment les troubles dépressifs et anxieux) apparaissent, chez les veufs, d'autant plus fréquentes que le sujet est *jeune* et qu'il présente un deuil non résolu (deuil inachevé) et des antécédents du même registre. Certains auteurs soulignent l'ambivalence des relations préexistantes avec le défunt (attachement et agressivité coexistent trois fois sur quatre) ainsi que la fréquence des deuils répétés (des deuils antérieurs sont retrouvés environ une fois sur deux).

Les manies de deuil

Bien que peu fréquentes, les manies de deuil illustrent de façon éclatante le rôle que peuvent jouer les facteurs psycho-environnementaux dans le déclenchement des accès maniaques et l'aspect paradoxal de la réponse que peuvent constituer certains troubles mentaux face à la survenue d'événements de vie.

Les troubles dépressifs

La survenue d'un syndrome dépressif est particulièrement fréquente au cours de la période du deuil. D'après les travaux de l'équipe de San Diego (Zisook et al.), consacrés au suivi prospectif de 350 veufs et veuves, une dépression est présente :

- dans 25 % des cas au 2^e mois,
- dans 23 % des cas au 7^e mois et
- dans 16 % des cas au 12^e mois (contre 4 % des cas dans l'échantillon contrôle).

Ces chiffres rejoignent d'autres données selon lesquelles 10 à 20 % des veuf (ve)s présentent un syndrome dépressif plus d'un an après le deuil.

Si la présence d'un trouble dépressif au-delà de la période habituelle du deuil justifie clairement la mise en œuvre d'un traitement spécifique (antidépresseur, psychothérapie), la conduite à tenir dans les premiers mois du deuil est plus difficile à établir. D'après le DSM IV, les symptômes suivants seraient plus en faveur d'un épisode dépressif que d'un deuil «normal» :

- culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès;
- idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée;
- sentiment morbide de dévalorisation;
- ralentissement psychomoteur marqué;
- altération profonde et prolongée du fonctionnement;
- hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

Les troubles anxieux

Le deuil peut favoriser la survenue d'un trouble anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, etc.), et cela d'autant plus fréquemment que le sujet est jeune, de sexe féminin, qu'il présente un deuil non résolu et qu'il bénéficie d'un faible support psychosocial.

Autres phénomènes morbides liés au deuil

En tant qu'événement de vie particulièrement marquant, le deuil peut favoriser la survenue de certains phénomènes morbides:

- Bien qu'il s'agisse d'un phénomène de faible ampleur au plan épidémiologique, on a ainsi pu décrire la survenue de *décès précoces* ou une aggravation des *problèmes somatiques* chez des veufs ayant perdu leur conjoint.
- De même, le veuvage constitue un facteur de risque de *suicide* significatif.

Prévention et accompagnement

La prévention des deuils compliqués et des deuils pathologiques nécessite une évaluation psychologique et/ou psychiatrique précoce:

- 1 Des sujets les plus à risque, par exemple:
 - sujets présentant des antécédents psychiatriques;
 - proches de suicidés ou de personnes décédées dans des conditions particulièrement éprouvantes (disparus, victimes d'homicides, de suicide, etc.);
 - sujets ayant vécu des deuils répétés.
- 2 Des sujets présentant des signes précurseurs d'un deuil pathologique.



plan stratégique
2007-2011

À la croisée des chemins

Nos valeurs

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

Son engagement...

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

- 3 Des sujets présentant des symptômes évocateurs d'un trouble psychiatrique associé.

Cette évaluation permettra de décider d'une orientation: traitement spécifique d'un deuil compliqué (psychothérapie) ou d'un deuil pathologique (traitement psychopharmacologique, psychothérapie), mise en place d'entretiens d'évaluation réguliers, ou abstention thérapeutique. 

Bibliographie

- BOURGEOIS, M. VERDOUX, H. 1994. «Deuil. Clinique et pathologie.» *Encycl Méd Chir*: Éditions Techniques (Paris-France), Psychiatrie, 37-395-A-20, 8 p.
- FREUD, S. «Deuil et mélancolie» (1915). In: *Métopsychoanalyse*, Gallimard, Paris, 1968, 145-185.
- HOROWITZ, M.J. et al. "Diagnostic criteria for complicated grief disorder." *Am J Psychiatry* 1997; 154: 904-910.

Une bouffée d'air frais

29 avril – 1^{er} mai 2010

CONGRÈS CANADIEN SUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE 2010

The World Trade and Convention Centre • Halifax (Nouvelle-Écosse)

Présenté par

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

En collaboration avec

THE  LUNG ASSOCIATION™
Nova Scotia

L'Alliance canadienne
sur la MPOC 

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

Pour tous les détails du programme et pour s'inscrire, visitez le site

www.poumon.ca/crc



Questions fiscales, fonds communs

par **Bernard Marin**, conseiller financier, ScotiaMcload

Voici un aperçu du traitement fiscal applicable aux parts de fonds communs de placement détenues dans des comptes enregistrés et non enregistrés.

Quel est le traitement fiscal applicable aux parts détenues dans un compte non enregistré?

Si vous détenez des parts d'un fonds commun dans un compte non enregistré, vous devez inclure dans le calcul de votre revenu votre quote-part des distributions de revenu net du Fonds et la fraction imposable de ses distributions des gains en capital nets (y compris les remises sur les frais de gestion). Cette règle s'applique que vous receviez ces distributions en espèces ou qu'elles soient réinvesties dans d'autres parts du Fonds.

Les distributions, y compris les remises sur les frais de gestion, peuvent comprendre un remboursement du capital. Lorsqu'un Fonds gagne moins de revenu et de gains en capital que le montant qui est distribué, la différence constitue un remboursement de capital, qui n'est pas imposable, mais qui réduira le prix de base rajusté de vos parts du Fonds.

Le prix unitaire d'un Fonds peut comprendre le revenu ou les gains en capital que le Fonds a gagné, mais qu'il n'a pas encore réalisés ou distribués. Si vous achetez des parts d'un Fonds juste avant qu'il fasse une distribution, vous aurez à payer de l'impôt sur la distribution, même si le Fonds a gagné le montant avant que vous deveniez propriétaire des parts. Par exemple, de nombreux Fonds font une seule, ou leur plus importante, distribution de revenu et de gains en capital en décembre. Si vous achetez des parts vers la fin de l'année, il se pourrait que vous ayez à payer de l'impôt sur le revenu et les gains en capital que le Fonds a gagnés pour l'année entière.

Vous recevrez tous les ans des relevés d'impôt qui vous indiqueront le montant de chaque type de revenu que le Fonds vous a distribué. Vous pouvez déduire tous les crédits d'impôt qui s'appliquent à ces bénéfices.

Quel est le traitement fiscal applicable aux parts détenues dans un régime enregistré?

Si vous détenez des parts dans un REER, un FERR, un REEE ou un autre régime enregistré, vous ne payez aucun impôt sur les distributions que le Fonds fait sur ces parts ou sur les gains en capital que reçoit votre régime enregistré à la vente ou à la substitution de parts. À la retraite, lorsque vous retirez de l'argent d'un régime enregistré, cette somme sera en général assujettie à l'impôt, à votre taux d'imposition marginal. Vous devriez consulter un spécialiste en fiscalité à propos des règles spéciales qui s'appliquent aux REEE.

Si vous retirez de l'argent de votre REER avant votre retraite, cette somme sera également assujettie à l'impôt. Cet impôt, qui sera payé en votre nom à l'Agence canadienne du revenu, est fonction du montant retiré.

«Notre pays est entré pleinement dans la récession mondiale uniquement quand les économies émergentes en déclin ont engendré l'effondrement des prix des ressources et des bénéfiques liés aux exportations. Même à ce moment-là, l'érosion de l'emploi, de l'activité dans le secteur de l'habitation et des ventes d'automobiles s'est avérée moins grave que chez nos voisins du Sud.»

Comment puis-je savoir si mes gains en capital sont imposables?

En règle générale, vous devez aussi inclure dans le calcul de votre revenu la moitié de tout gain en capital que vous réalisez à la vente ou à la substitution de vos parts. Vous réaliserez un gain en capital si le produit de la vente, moins les coûts de vente, est supérieur au prix de base rajusté de vos parts. À l'inverse, vous subirez une perte en capital si le produit de la vente, moins les coûts de la vente, est inférieur au prix de base rajusté de vos parts. Vous pouvez affecter vos pertes en capital à la réduction de vos gains en capital.

Le prix de base rajusté de vos parts est calculé ainsi :

- placement initial dans le Fonds *plus* tout placement supplémentaire *plus* distributions réinvesties *moins* remboursement de capital compris dans les distributions *moins* tout rachat précédent.

Nous vous invitons à consulter un spécialiste en fiscalité pour obtenir des renseignements détaillés sur le traitement fiscal applicable à vos placements. 



plan stratégique
2007-2011

À la croisée des chemins
Nos valeurs
L'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
veut être reconnu pour

Son respect...

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



Soumettre la candidature d'un collègue au prix *Mérite* du CIQ 2010? Pourquoi pas?

La question vous a déjà effleuré l'esprit?

Peut-être connaissez-vous peu le prix *Mérite* du CIQ et la distinction qui y est associée.

Ce prix est décerné par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) et remis à un membre de chaque ordre professionnel sur leur recommandation. Ainsi, chaque année depuis 1998, année de notre première attribution, l'OPIQ souligne l'accomplissement professionnel d'un inhalothérapeute en lui remettant le prix *Mérite* du CIQ. Douze de nos collègues ont ainsi été reconnus pour s'être illustrés dans des domaines aussi variés que le développement de programmes spéciaux, l'application de nouvelles technologies, la recherche, les publications scientifiques, la participation assidue à des comités et au développement de la profession.

Recevoir le prix *Mérite* du CIQ constitue un honneur avéré. Pour l'inhalothérapeute qui travaille souvent dans l'ombre, c'est voir ses efforts et son travail reconnus, récompensés, non seulement par ses pairs, mais aussi par l'ensemble du système professionnel.

Pourquoi soumettre la candidature d'un collègue? D'abord pour reconnaître, mais aussi pour faire connaître à notre communauté, son engagement, son leadership, son intégrité et son professionnalisme.

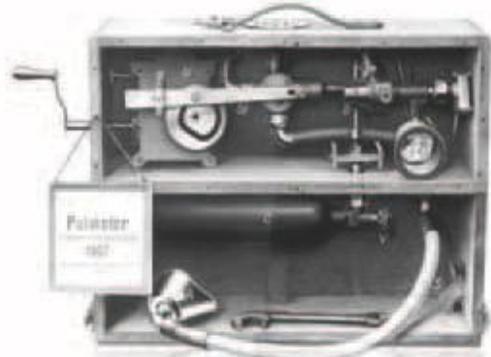
- Il est porteur d'un projet clinique innovateur?
- Il œuvre dans le domaine de la recherche?
- Il participe activement au rehaussement de la pratique par la qualité de son enseignement et sa participation?
- Il publie un article ou une étude dans une revue scientifique reconnue?
- Il est dynamique, déterminé et fait preuve d'un dévouement exceptionnel?
- Il est engagé au niveau social et communautaire?
- Il s'implique à l'Ordre?

Voilà autant de raisons de proposer sa candidature et vous en trouverez certainement d'autres! N'hésitez plus! Rendez-vous sur www.opiq.qc.ca sous Publications – Formulaires divers pour télécharger le formulaire de mise en candidature. 

Pour toutes questions ou pour soumettre une candidature, contactez Martine Gosselin, coordonnatrice à l'inspection professionnelle au 514.931.2900 poste 28 ou martine.gosselin@opiq.qc.ca

Liste des récipiendaires du prix *Mérite* du CIQ depuis 1998

- 1998 Daniel Prévost
- 1999 Monique Thibert
- 2000 Michel Bourgeois
- 2001 Lucie Raymond
- 2002 Émidio Farias
- 2003 Colette Vadeboncœur
- 2004 Paul Ouellet
- 2005 Rita Troini
- 2006 Francine Belisle
- 2007 Stéphane Delisle
- 2008 Carole Prud'homme
- 2009 Sylvain Morneau



L'histoire de la ventilation mécanique ; des machines et des hommes

par **C. Chopin**, Service de réanimation polyvalente, CHRU et université de Lille-II, 59037 Lille cedex, France

Source: CHOPIN, C. L'histoire de la ventilation mécanique; des machines et des hommes. Réanimation, février 2007, Vol. 16, N° 1, p. 4-12. [En ligne] [http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B75BJ-4MX5957-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=85e879506f9006d7916d95f54acfe52d] (consulté le 6 janvier 2010).

**Pour savoir où tu vas, sache d'abord où tu es.
Pour savoir où tu es, sache d'abord d'où tu viens.**

Proverbe marin, anonyme

Du XVI^e jusqu'à la fin du XIX^e siècle, l'histoire ne rapporte que des tentatives de ressuscitation par ventilation au soufflet. En 1876, le Spirophore d'Eugène Woillez a été le premier ventilateur par application externe d'une variation de pression. Le Pulmotor d'Henrich Dräger (1906) est l'ancêtre des ventilateurs barométriques et des modes à pression préréglée. C'est avec le poumon d'acier de Drinker-Shaw (1928) que les premières ventilations mécaniques de longue durée ont été réalisées durant les épidémies de poliomyélite. Tous les réanimateurs seniors gardent en mémoire l'Engström 150 (1954), premier ventilateur moderne, électrique, qui a permis le développement de la réanimation. Dès 1959, Frumin proposa l'application d'une pression expiratoire positive réalisée grâce à une colonne d'eau. Mais, c'est Asbaugh et Petty qui firent la promotion de cette méthode appelée continuous positive airway pressure puis positive end expiratory pressure (PEEP). En 1970, Siemens équipa son « Servo 900 A » d'une valve de PEEP et offrit la possibilité de mesurer en continu les pressions aériennes et les débits gazeux. Depuis 1980, les valves proportionnelles permettent les modes en pression préréglée remarquables par l'excellente synchronisation entre l'effort inspiratoire du malade et l'insufflation. Avec l'introduction des microprocesseurs les modes à pression préréglée se sont multipliés mais l'aide inspiratoire reste le mode le plus utilisé. Les progrès ultérieurs ont surtout porté sur l'ergonomie des ventilateurs et la compréhension de la physiopathologie de la ventilation mécanique et de ses effets indésirables.

From the mid-1500s until the early 1900s attempts to resuscitate apparently dead humans by applying artificial ventilation with a bellows trough a tracheal tube were time to time recorded. In 1876 E. Woillez presented the Spirophore that was the first negative pressure tank ventilator. The Pulmotor designed in 1906 by H. Dräger was the first preset pressure ventilator. The first ventilator to be used successfully for long term mechanical ventilation was the Drinker-Shaw iron lung (1928) that saved many lives during the poliomyelitis epidemics. All the senior critical care physicians keep in mind the Engström 150 (1954) as the first electrically-powered ventilator which contributed to the development of critical care. In 1959 Frumin demonstrated that the immersion of the exhalation limb under few centimetres of water was an efficient method to improve gas exchange. This simple method to improve gas exchange was promoted by Asbaugh and Petty and termed continuous positive airway pressure then positive end expiratory pressure (PEEP). Produced by Siemens the "Servo 900 A" (1970) was the first electronically-equipped device with a PEEP valve and offering the possibility to monitor gas flow and airway pressure. Since 1980, the introduction of servo-controlled valves have made possible the synchronisation between the patient's inspiratory effort and the delivered gas flow. Assisted Spontaneous Breathing, a mode that will be termed later Pressure Support Ventilation, was the first pressure preset mode. Recent advances mainly focused on ergonomic and undesirable secondary effects of mechanical ventilation.



1515 > 1564

Figure 1 Andréas Vésalius (1515–1564) à gauche et une trachéotomie expérimentale chez le porc à droite. In *De humani corporis fabrica*. Bibliothèque universitaire de Lille 2.



1876

Figure 2 Le spiroscope à gauche et à droite le spirophore de E. Woillez. (1811–1882) [photographie P. Scherpereel, association du musée du CHR de Lille].

En 1954, Engström Carl Gunnar décrit l'*Engström universal ventilator* et son utilisation dans le traitement des malades atteints d'une paralysie respiratoire¹. Cet appareil, associé dans la mémoire de nos aînés à la naissance de la réanimation médicale a marqué le début des temps modernes de la ventilation mécanique. On trouvera dans la revue générale de R. Gay le détail du développement de la ventilation mécanique de l'antiquité jusqu'en 1950². Après un rappel des étapes importantes de cette «préhistoire», cette revue sera centrée sur le XX^e siècle marqué par de fantastiques progrès physiopathologiques et technologiques. Le lecteur pardonnera l'arbitraire d'un choix qui sans méconnaître la partie de l'histoire de la ventilation mécanique commune à l'anesthésie et à la réanimation, nous a conduits à exclure de cette revue les appareils d'anesthésie et les moyens de raccordement.

Du soufflet de Vésale à l'Engström 150

L'on doit à Claudius Galien (130–200) l'idée que le rôle du poumon est d'apporter une énergie vitale à l'organisme et d'en évacuer les déchets et, un millénaire écoulé, à Paolo Bagellardo la première recommandation pour la réanimation du nouveau-né « en soufflant dans la bouche ou à la rigueur dans l'anus et à la condition que l'enfant soit encore chaud et pas trop noir »². C'est Andreas Vesalius (1515–1564), auteur du célèbre traité *De humani corporis fabrica* qui démontra expérimentalement que la ventilation est nécessaire à la vie (Fig. 1). Le modèle était porcin « car les cris de cet animal sont moins stridents que ceux du chien », et l'insufflation s'effectuait « au travers d'un roseau introduit dans le canal respiratoire jusqu'à ce que les poumons se déplissent en prenant garde à gonfler le poumon par intervalles fournissant ainsi à l'animal l'air qu'il lui faut pour vivre »². C'est la phase clinique de l'expérimentation qui perdit Vésale dont les efforts à vouloir ressusciter les morts ne furent guère appréciés par les autorités religieuses du moment. Il n'évita le bûcher qu'en périssant noyé lors du naufrage du navire qui l'emmenait, repentant, en pèlerinage. Ces expérimentations ne seront reprises et la notion d'échanges gazeux associée au phénomène mécanique qu'un siècle plus tard par Robert Hooke (1635–1703) qui, utilisant un modèle de poulet étranglé réanimé par ventilation manuelle au soufflet, démontra vers 1667 que « ce n'est pas l'arrêt de la ventilation en lui-même qui est responsable du décès mais c'est le manque d'air frais »³. Ce premier pas dans la physiologie de la respiration sera complété en 1754 par Joseph Black (1728–1799) qui mit en évidence dans l'air expiré ou « fixe » un produit « méphitique » que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de gaz carbonique et Joseph Priestley (1733–1804) qui opposa à l'air fixe, *the pure or vital or dephlogisticated air*⁴. Il est remarquable que la notion de respiration cellulaire fut introduite dès 1781 par Antoine Laurent de Lavoisier (1743–1794) qui démontra que la respiration se ramène à une combustion assurée par l'oxygène (O₂), nom dont il baptisa l'air pur de Priestley⁵. Tenu pour le plus brillant chimiste de l'histoire, le père du calorimètre à glace, de la balance de précision et de la loi de la conservation de la masse — « rien ne se perd, rien ne se crée » — perdit néanmoins la tête,

guillotiné qu'il fût, victime de l'obscurantisme révolutionnaire et... du fait qu'il avait été fermier général. L'année 1774 fut celle de la création des premières sociétés scientifiques : *The Royal Humane Societies for recognizing the bravery of the people...* ayant sauvé ou tenté de sauver des « apparemment noyés »⁶. Elles publièrent les premières recommandations de l'histoire de la médecine : le bouche à bouche, la goullette de vin chaud, la saignée et l'inévitable insufflation de fumée de tabac par le rectum. Si le protocole avait été respecté le réanimateur était gratifié de deux guinées, cette récompense étant doublée en cas de succès de la réanimation ! C'est James Leroy d'Etiolles (1798–1860) qui souligna vers 1828 la notion d'urgence : « une minute est un siècle pour ce qui reste de vie »⁷. Mettant en garde contre l'usage de trop grands volumes susceptibles de provoquer un pneumothorax, il décrit le volotraumatisme et recommanda l'usage d'un soufflet gradué en fonction de la taille du patient. Ces premiers effets indésirables de la ventilation mécanique conduisirent l'Académie de médecine française et les *Royal Humane Societies* au nom du principe de précaution, à condamner l'usage du soufflet. Il faudra attendre 1891 pour que quelques succès de *forced respiration* au soufflet, de longue durée, soient rapportés par Fell chez des patients drogués victimes d'une *overdose*⁸. Entre-temps se développa l'idée originale de mettre le malade à l'intérieur d'un soufflet de grande taille dans lequel étaient alternativement créées une dépression et une surpression. Si on laisse de côté quelques appareils fantaisistes que le malade devait actionner lui-même tel que la chambre pneumatique de William Shake⁶, le projet le plus élaboré fut le *tank respirator* (1864) d'Alfred Jones, sorte de cuve en bois dont émergeait la tête du malade, la variation de pression interne étant assurée par une super seringue. L'inventeur en revendiquait de multiples indications : *To treat asthma, bronchitis paralysis, neuralgia, rheumatism, seminal weakness and dyspepsia...*⁴. C'est un médecin français, Eugène Woillez (1811–1882) qui, en 1876, fit l'hypothèse que « le meilleur moyen de rétablir la respiration chez les asphyxiés serait la dépression extérieure appliquée sur les parois thoraciques pour obtenir leur dilatation... ». Il vérifia la justesse de son idée sur un modèle de poumon isolé suspendu à l'intérieur d'un bocal de verre dont une paroi était mobile, le *spiroscope*⁹. Il construisit sur ce principe le spirophore (Fig. 2) qu'il expérimenta d'abord sur lui-même : « je me suis placé à l'intérieur de l'appareil pour en contrôler les effets. Ma poitrine étant au repos, après une expiration et ma glotte restant ouverte, je fais signe de l'œil pour qu'on fasse l'inspiration. Aussitôt, je fais malgré moi une inspiration brusque, bruyante et quand on relève le levier je fais de même une expiration involontaire »¹⁰. Mais l'histoire ne retiendra que les noms des frères Drinker, Cecil, le physiologiste et Philip l'ingénieur, qui avec l'aide de Louis Shaw proposèrent en 1929 un *tank respirator* qui deviendra plus tard *iron lung*¹¹. Il est juste de rappeler que cet appareil dû à sa promotion à Lord Nuffield (1877–1963), constructeur d'automobile et généreux donateur, qui consacra sa fortune milliardaire à équiper en *iron lung* la quasi-totalité des hôpitaux américains. Lors des grandes épidémies de poliomyélite qui sévirent aux États-Unis (1948) et en Europe (1952) des

1907

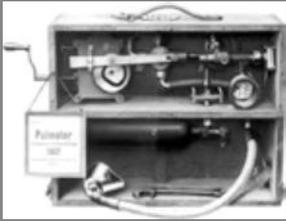


Figure 3 Le Pulmotor de H. Dräger, premier appareil à pression pré-réglée (photographie Dräger).

1954



Figure 4 L'Engström 150™. On note à l'avant de l'appareil cinq boutons de réglage. On note encore le spiromètre à ailettes et sur sa droite le manostat à eau «qui ne devait pas faire de bulle» (Photographie P. Scherpereel, association du musée du CHR de Lille).

milliers de malades furent pris en charge par ces poumons d'acier. L'importante mortalité, plus de 80 % des malades, ne diminua que lorsque Ibsen Bjorn, eut l'idée d'associer une trachéotomie à cette ventilation par voie externe, appliquant ainsi pour la première fois les deux premières recommandations de la réanimation respiratoire : assurer la liberté des voies aériennes et fournir une aide à la ventilation mécanique¹². L'évidence de la supériorité de la ventilation par application interne d'une pression positive devait ensuite s'imposer même si le poumon d'acier fait encore de nos jours l'objet d'évaluations cliniques¹³. L'accumulation de bicarbonates était tenue pour responsable du décès des malades en IRA. En effet, dès le début du XVIII^e siècle il était possible de mesurer le contenu du sang en gaz carbonique — la réserve alcaline — grâce à une pompe à mercure et à la mesure par la balance de précision de Lavoisier de la variation de poids de la soude caustique. La mesure du contenu en O₂ se faisait par une réaction avec l'hydrogène¹⁴. C'est Paul Bert (1833–1886) qui montra que l'hyperventilation diminue la concentration en CO₂ et augmente la concentration en O₂ chez le chien trachéotomisé, ventilé au soufflet¹⁵.

Des premiers ventilateurs par voie externe à l'Engström 150

De la trachéotomie aux ventilateurs par voie externe, le pas fut franchi au tout début du XX^e siècle par deux frères, Alexander-Bernhard et Heinrich Dräger (1899–1986) dont le savoir-faire initial était le conditionnement de l'air comprimé en bouteille et la fabrication... de pompe à bière ! En 1907, Heinrich Dräger imagina un appareil de ventilation alimenté par une bouteille d'air comprimé, dans lequel l'augmentation de la pression à l'intérieur du circuit inspiratoire actionnait un astucieux système de bielles animées par un soufflet et fermait à plus de 20 cmH₂O l'arrivée du gaz permettant ainsi l'expiration¹⁶. Cette dernière était «aidée» par une pression négative active de moins 20 cmH₂O. Ce premier ventilateur baptisé «Pulmotor™» (Dräger, 1907) fonctionnait selon le principe d'une pression contrôlée, cyclée sur la pression (Fig. 3). L'introduction d'un système d'horlogerie permettra un mode cyclé sur le temps, à fréquence fixe, témoignant déjà de la volonté de contrôler le cycle ventilatoire. Le Pulmotor est l'ancêtre de tous les ventilateurs. Par la suite on parlera de ventilateurs barométriques, volumétriques ou à fréquence fixe. Le *Mörch piston ventilator* (1940) a été le premier à utiliser l'énergie électrique et le Pulmoflator (Blease Medical Equipment, 1950), le premier à séparer le circuit malade du circuit machine en utilisant le principe du «bag in the box»¹⁷. Ce principe sera repris dans l'Engström 150 qui inaugura l'ère moderne de la ventilation mécanique.

De l'Engström 150 aux ventilateurs électroniques

L'Engström 150 permettait une ventilation à débit pré-réglé cyclée sur le temps avec une fréquence prédéterminée de 10 à 30 c/min¹⁸ (Fig. 4). Il disposait d'un manomètre et d'un spiromètre à ailettes. Une colonne d'eau de hauteur variable servait de soupape d'échappement et de limiteur de pression. L'apparition de bulles indiquait que le volume courant (VT) n'était pas entièrement passé

du fait d'une augmentation des résistances ou d'un réglage trop élevé du débit d'insufflation. Comme le Pulmotor, l'Engström 150 offrait la possibilité de générer une pression expiratoire négative¹⁹. Celle-ci était utilisée soit en application externe dans une cuirasse selon le même principe que le poumon d'acier soit par application interne au moyen d'une intubation ou d'une trachéotomie. Ce mode de ventilation était alors qualifié d'aide expiratoire²⁰. La justification de l'aide expiratoire était le retentissement hémodynamique de l'augmentation de pression endothoracique déjà démontrée par Cournand²¹. Un réglage prudent de l'aide expiratoire était recommandé du fait de l'observation clinique fréquente que le retentissement hémodynamique augmentait paradoxalement si l'aide expiratoire était trop élevée. L'adjonction d'une résistance pouvait au contraire freiner l'expiration et créer ainsi une augmentation de la pression de fin d'expiration. La plus grande prudence pour ne pas dire l'interdit était la seule recommandation concernant l'utilisation du frein. Son utilisation fut défendue dans les BPCO par A. Tenaillon qui suggérait (données non publiées), comme le démontre un travail récent, que le maintien d'une pression positive au cours de l'expiration pouvait paradoxalement diminuer le piégeage de l'air²². À la fin des années 1960, les ventilateurs s'étaient multipliés au point de susciter une «normalisation technologique» et une classification. On distinguait deux grandes catégories : les ventilateurs «pouvant être utilisés par toute personne ayant connaissance de son mode d'emploi et ceux devant être utilisés par un médecin» ! Cette seconde catégorie était divisée en quatre groupes : «les ventilateurs à action externe tels que les caissons et les cuirasses, les ventilateurs à effet cinétique tel que le brancard basculant d'Eve, les ventilateurs à effet électromécanique utilisant la stimulation électrique du nerf phrénique, et les ventilateurs à action interne». Ce dernier groupe comprenait cinq sous-groupes : les appareils «à fréquence fixe de type Engström, à fréquence quasi fixe, synchronisables, à relaxation de volume de type RPR, à relaxateur de pression de type Bird et les appareils manuels»²³. Le SF4™ (Sabattier et Foures, Robert et Carrière, 1960) (Fig. 5), se différenciait de l'Engström uniquement par le fait qu'il disposait d'une alarme sonore sur la pression de fin d'insufflation et d'un «chronotome» qui permettait de découper le cycle ventilatoire en temps inspiratoire, temps de pause ou plateau et temps expiratoire. Ce dernier était découpé en deux phases, une phase d'expiration passive et une phase d'expiration active pendant laquelle une aide expiratoire était imposée¹⁹. Comme l'Engström, il disposait d'un frein expiratoire. Vinrent ensuite, le Bennet MA1™ (Puritan-Bennet 1967) qui proposa le premier une alarme sur le VT mesuré par un spiromètre de type «à cloche», puis le Spiromat™ (Dräger 1968) et l'Engström 300™ (Jungner Instruments, 1968). Hormis la diminution notable de taille ces ventilateurs n'apportaient aucun progrès décisif.

Le seul véritable appareil volumétrique de l'histoire de la ventilation mécanique fut le RPR™ (Pesty, vers 1955). Ce ventilateur (Fig. 6) n'autorisait le cyclage de l'inspiration vers l'expiration que quand le VT était effectivement entièrement passé. Le risque était naturellement la diminution dramatique de la fréquence respira-



**On a besoin
de sang neuf**

Portes ouvertes

Samedi 10 avril 2010 de 9 h 30 à 15 h 30

Vous cherchez des défis stimulants et souhaitez évoluer au sein d'une équipe dynamique et allumée. C'est vous que nous cherchons.



Figure 5 Le SF4™ était encore plus imposant que l'Engström. On note sur la partie horizontale du pupitre le chronotome avec ses boutons de découpage du cycle. Sur la partie verticale à gauche le volumineux cadran du spiromètre et plus à droite le manomètre de pression des voies aériennes avec une alarme. À l'étage supérieur, un autre manomètre disposait d'un amortissement mécanique de la variation de pression et indiquait une valeur approximative de la pression moyenne des voies aériennes. (Service d'URRM, hôpital Calmette, photographie C. Chopin).

toire (FR) qui se réglait en modifiant la résistance à l'insufflation, donc la durée du temps inspiratoire et la résistance à l'expiration donc la durée du temps expiratoire^{17, 18}.

Les relaxateurs de pression s'inscrivaient directement dans la lignée du Pulmotor. Ils utilisaient l'O₂ comprimé comme force motrice et un système de venturi pour régler la concentration inspirée en O₂ (FiO₂) à 50 %. Le plus célèbre fut le Bird Mark 7™ (Bird corporation, 1955) (Fig. 7). D'un encombrement extrêmement réduit, il était surtout caractérisé par le premier système d'autodéclenchement de l'inspiration lors d'un effort du malade et par le cyclage de l'insufflation vers l'expiration à une valeur déterminée de la pression d'insufflation^{18, 19}. Ce système mécanique était réalisé d'une façon extrêmement rustique en réglant l'écart entre un aimant et un mandrin métallique mobile qui ouvrait ou fermait la tubulure d'insufflation. C'est ce mode de ventilation qu'on appellera longtemps « barométrique », première solution technique à l'interaction malade-machine. Le malade avait pour la première fois la liberté de régler lui-même sa FR et sa ventilation minute (Vmin).

La pratique de cette époque voulait que l'intubation soit rapidement suivie d'une trachéotomie tant on redoutait les complications d'un matériel d'intubation de biocompatibilité discutable. Le sevrage était obtenu ou non à l'issue d'un test très simple de ventilation spontanée cliniquement surveillé. Le mode « barométrique » n'était que très peu utilisé du fait des risques d'hypercapnie. En effet, Clark, Stow et Severinghaus²⁴ avaient offert aux cliniciens la possibilité d'explorer les gaz du sang et l'équilibre acidobasique et Astrup avait fait le lien entre l'élévation des bicarbonates et l'hypercapnie et entre le décès et l'altération des gaz du sang²⁵. Dès lors l'objectif prioritaire du réanimateur devint naturellement de normaliser les gaz du sang. Ne pas y arriver était se heurter au caractère « réfractaire de l'hypoxie » qui faisait envisager l'instauration d'une pression positive de fin d'expiration (PEEP).

De la PEEP aux ventilateurs électroniques et aux modes partiels

Les années 1970–1980 furent marquées par l'augmentation rapide du nombre des malades ventilés, l'apparition de la PEEP et des premiers ventilateurs électroniques. La PEEP proposée dès 1938 par Barach dans le traitement de l'œdème pulmonaire aigu²⁶, puis par Jensens dès 1952 chez les traumatisés du thorax²⁷ et Frumin²⁸, ne fut réellement documentée que par Hashbaugh et Petty durant la guerre du Vietnam²⁹. Les premières furent réalisées en plongeant la tubulure expiratoire dans un bocal rempli d'eau jusqu'à la valeur de la PEEP désirée. Sauf maladresse d'un personnel toujours susceptible de renverser le bocal, sa fiabilité était parfaite. L'introduction de la PEEP a rapidement posé le problème de son réglage et donc de la compréhension de son mode d'action³⁰. Hier comme aujourd'hui les partisans de niveaux de PEEP modérés se heurtaient aux partisans du « recrutement maximum » et des PEEP très élevées dont le retentissement cardiovasculaire devait être corrigé par un remplissage souvent excessif. C'est Thomas et al.³¹ puis Robert et al.³² qui proposèrent dès 1979, l'utilisation

de la courbe pression–volume pour la détermination des valeurs optimales de la PEEP. Un débat fertile en idées mais pauvre en conséquences pratiques fut ainsi lancé qui dure depuis 25 ans. L'énorme mérite de ce débat a été à notre sens de nous faire prendre conscience de l'intérêt de l'analyse physiopathologique des mécanismes de l'altération de la mécanique ventilatoire³³, de la ventilation alvéolaire et des échanges³⁴⁻³⁶.

Le premier ventilateur sur lequel il fut possible de régler une PEEP a été le Servo 900 A™ (Siemens-Eléma, 1972). Tout réanimateur se devait de vanter les mérites de son « Servo » même si beaucoup d'entre nous étaient un peu déroutés par sa petite taille, son aspect fragile et son réglage un peu complexe. De fait cet appareil a été une véritable révolution technologique. Totipotent, il était utilisable chez l'adulte et en néonatalogie, en ventilation de longue durée et en anesthésie, en débit et en pression pré-réglés. Pour fonctionner en mode débit pré-réglé ou en « générateur de débit » comme on le disait à l'époque, une pression dite de travail devait d'abord être fixée arbitrairement très au-dessus de la pression maximale des voies aériennes. Puis il fallait choisir un débit constant ou croissant, une Vmin (0–30 l/min), une FR (0–100/min) et la durée du temps inspiratoire en p.cent du cycle. Un calculateur électronique déterminait alors à chaque instant le débit nécessaire à délivrer le VT désiré et un mécanisme de régulation ouvrait la valve inspiratoire à la valeur correspondante³⁷. Cette première servovalve permettait aussi un mode à pression pré-réglée mais cyclé sur le temps. Le ventilateur disposait en outre d'un mélangeur permettant le réglage de la FiO₂, d'un découpage du cycle avec possibilité d'un plateau, d'une PEEP externe mécanique à ressort, d'un frein expiratoire et d'un système de déclenchement de l'insufflation sur une variation de pression réglable de –20 à +20 cmH₂O! Les premiers capteurs électroniques avec alarmes permettaient la surveillance de la Vmin et de la pression instantanée des voies aériennes. Les deux premiers concurrents du Servo furent l'UV1™ (Dräger, 1975), qui conserva le principe du *Bag in the box* et développa un soupir sous forme d'une PEEP intermittente, le Bourns Bear 1™ (Bourns, 1975) qui introduisit le rapport I/E inverse. Citons encore l'Erica™ (Engström, 1981), le CPU™ (Ohmeda, 1981), le RCD™ (Robert et Carrière, 1984) premier et dernier ventilateur modulaire sur lequel on pouvait ajouter un étage permettant la mesure des échanges selon une méthode par nous décrite et qui deviendra plus tard la capnographie volumétrique³⁸. Le Véolar™ (Hamilton, 1986) proposait une mesure séparée de la ventilation spontanée du malade et de la ventilation imposée par le ventilateur. Afin, de forcer la ventilation dans des zones mal ventilées, tous ces ventilateurs avaient un « soupir », réalisé en augmentation intermittente du VT ou de la PEEP. Celui-ci devait disparaître vers les années 1985 malgré la description de ses effets bénéfiques³⁹⁻⁴¹. Ces ventilateurs étaient également équipés de modes « partiels » qui autorisaient la ventilation spontanée du malade entrecoupée de cycles contrôlés. L'objectif était la préparation du sevrage et la diminution de la pression endothoracique moyenne et donc du retentissement circulatoire. Le principe de l'*Intermittent Mandatory Ventilation* (IMV) proposée en 1973



1955

Figure 6 Le RPR™ est le seul appareil véritablement volumétrique. Il fonctionnait à volume pré-régulé cyclé sur le volume uniquement grâce à une logique pneumatique. Il se bloquait si les résistances augmentaient. (Photographie P. Scherpereel, association du musée du CHR de Lille).

par Downs consistait à intercaler dans les cycles de ventilation spontanée, un cycle imposé par le ventilateur initialement de type contrôlé puis de type assisté–contrôlé (SIMV)⁴². La *Mandatory Minute Volume* (MMV) dont le principe, un peu différent, imposait au malade de ventiler au-delà d'une V_{min} minimale en dessous de laquelle le mode assisté–contrôlé était réactivé. La MMV a été la première boucle d'asservissement de la ventilation mécanique⁴³. La *Carbon Dioxide Mandatory Ventilation* (CO_2 MV) était une variante de la MMV, basée sur le contrôle de la FR et d'une valeur minimale et maximale de la concentration de gaz carbonique de fin d'expiration⁴⁴. Si, sans aucune preuve de leur efficacité, l'IMV et la MMV ont été introduites dans la quasitotalité des ventilateurs, la $MVCO_2$ n'eut, quant à elle, aucun succès.

Des modes partiels à l'aide inspiratoire

Vers les années 1980, l'idée se fit jour que la ventilation mécanique ne devait plus se concevoir comme une prothèse ventilatoire mais comme une aide ou un support à la ventilation normale. Le problème technique était d'améliorer la synchronisation entre l'effort du malade et l'insufflation du ventilateur. La solution fut apportée par les servovalves qui ont permis d'améliorer l'asservissement de l'ouverture de la valve inspiratoire proportionnellement — ces valves sont aussi dites proportionnelles — à la différence de pression entre une pression pré-régulée, dite pression de référence et la pression inspiratoire instantanée. Plus l'effort du malade est important, plus cette différence augmente et plus la valve s'ouvre. Le malade est alors récompensé par une augmentation du débit. On ne trouve pas de trace de la première publication technique du premier mode utilisant cet asservissement initialement baptisé *assisted spontaneous breathing* puis *pressure support* puis en français « l'aide inspiratoire » (AI). Les réanimateurs ont été vite conquis par la synchronisation entre l'effort du malade et la délivrance du débit par la machine et la liberté donnée au malade de régler sa fréquence ventilatoire, son débit inspiratoire et son VT. L'aide inspiratoire sera le premier mode de ventilation à faire l'objet d'une vraie évaluation physiopathologique et clinique par la mesure du travail ventilatoire⁴⁵ et l'appréciation de la fatigue musculaire⁴⁶. Brochard, Harf et al.⁴⁷ puis Brochard, Rauss et al. démontreront la supériorité de l'AI sur

la ventilation assistée–contrôlée ou l'IMV, au cours du sevrage⁴⁸. L'introduction des micro-processeurs permettra ensuite d'améliorer considérablement le fonctionnement des valves proportionnelles et sera responsable de l'efflorescence de modes de ventilation en pression pré-régulée pour la plupart dérivés de l'AI. Faute de nomenclature, chaque constructeur labellisera « son mode » selon sa fantaisie. On souffre encore aujourd'hui de l'absence de classification internationale de ces modes de ventilation. Les modes à pression pré-régulée ont fait l'objet de beaucoup d'études qui ont tenté sans succès de démontrer leur supériorité sur les modes à débit pré-régulé. L'absence de différence était liée au fait que le critère de jugement retenu dans la majorité de ces études était l'amélioration des gaz du sang⁴⁹. La reconnaissance des effets iatrogènes de la ventilation mécanique a mis en valeur d'autres critères tels que le retentissement hémodynamique, la durée de la ventilation et les infections nosocomiales.

Les effets iatrogènes de la VM

À partir des années 1980 sera franchi le dernier grand pas avec la description des effets indésirables de la ventilation mécanique, barotraumatisme, volotraumatisme, retentissement circulatoire et risque infectieux. La toxicité de l' O_2 reconnue depuis les années 1960 fut longtemps avec le barotraumatisme les seules complications redoutées⁵⁰. Le barotraumatisme était décrit⁵¹ comme l'ensemble des complications résultant d'une augmentation de la pression alvéolaire responsable de ruptures de la paroi avéolopillaire et du passage de l'air dans l'espace pleural. La sédation profonde et souvent la curarisation étaient le moyen de limiter le barotraumatisme en adaptant le malade à sa machine. En 1984, Bolton fournit une explication aux difficultés de sevrage rencontrées chez beaucoup de malades en décrivant les neuropathies de réanimation⁵². Dreyfuss, Soler et al. démontrèrent en 1988 le lien entre les hauts volumes courants et lésions pulmonaires⁵³. Reprenant les travaux de Cournaud, Motley et al. en 1948⁵⁴, puis Jardin, Farcot et al. documentèrent le retentissement hémodynamique, bénéfique ou délétère, des hautes pressions endothoraciques⁵⁵. Enfin, curieusement, la complication la plus fréquemment observée, l'infection pulmonaire nosocomiale ne fut rattachée à la durée de la ventilation mécanique

ad Carestream



Figure 7 De toute petite taille, le Bird Mark 8™ a été l'un des premiers ventilateurs barométriques. À débit préréglé, initié et cyclé sur la pression, il disposait d'un système de déclenchement de l'insufflation sur l'effort du malade, réalisé par une technologie simple et robuste constituée d'un aimant et d'un mandrin mobile qui ouvrait l'insufflation. (Photographie C. Chopin, association du musée du CHR de Lille).

qu'en 1999⁵⁶. Dès lors l'objectif prioritaire de la ventilation mécanique devint de ne pas nuire au malade. L'hypoventilation contrôlée *Without attempting to restore an adequate alveolar ventilation*, fut préconisée par Darioli en 1984⁵⁷ dans l'état de mal asthmatique et devint «l'hypercapnie permissive» dans le SDRA⁵⁸. C'est de cette idée de «stratégie ventilatoire protectrice»⁵⁹ que découleront toutes les recommandations actuelles, du décubitus ventral⁶⁰ qui permet l'amélioration des échanges au prix d'une ventilation moins agressive, à la ventilation non invasive⁶¹ durant laquelle est appliquée ce qui est devenue une «assistance inspiratoire au masque»⁶², en passant par le retour au sevrage sur pièce en T qui permet de réduire la durée de la ventilation⁶³.

Le futur

De quoi le futur sera-t-il fait ? Il est difficile de répondre à cette question tant les progrès technologiques ont été et seront encore rapides et du fait que l'histoire nous apprend que l'innovation technologique a souvent précédé l'expression du besoin clinique. L'informatique permet l'implémentation facile de boucles de rétrocontrôle et elles se sont donc multipliées sans réelle évaluation de leur pertinence clinique⁶⁴. Une seule a fait l'objet aujourd'hui d'une validation probablement parce qu'elle répond à un besoin évalué et à un objectif précis⁶⁵.

Une pause technologique serait probablement la bienvenue qui permettrait d'identifier les problèmes qui se posent avec une acuité croissante. Parmi ceux-ci, le problème éthique nous renvoie singulièrement cinq siècles en arrière à A. Vésale à qui la menace du bûcher refusa le pouvoir de rendre la vie. Si les formidables progrès de la VM permettent aujourd'hui de prolonger toute vie, la question posée n'est plus du pouvoir de réanimer mais de savoir quand ne plus le faire^{66,67}. La réponse ne sera pas technologique. 🦋

Remerciements

Je remercie pour leur aide et assistance dans la recherche des articles, documents et illustrations ayant servis de support à ce travail : Roger Gay, professeur honoraire de réanimation médicale (Limoges), Philippe Scherpereel, professeur d'anesthésie-réanimation (Lille), Marie-Christine Chambrin, chercheur à l'Inserm et Patrick Kemp, association du musée du CHU de Lille.

Références

- ENGSTRÖM CG. Treatment of severe cases of respiratory paralysis with the Engström universal ventilator. *BMJ* 1954; 2: 666-9.
- GAY R. Réanimation et ventilation artificielle. *Survivance historique jusqu'en 1950*. *Cah Anesthesiol* 2005; 53: 231-48.
- HOOKE R. An account of an experiment made by Mr Hooke of preserving animals alive by blowing through their lungs with bellows. *Phil Trans Roy Soc (London)* 1667; 2: 539-40.
- COLICE GL. Historical perspectives on the development of mechanical ventilation. In: TOBIN MJ, editor. *Principles and practise of mechanical ventilation*. New York: McGraw-Hill; 1994. p. 1-36.
- LAVOISIER LA. Expériences sur la respiration des animaux et sur les changements qui arrivent à l'air en passant par leur poulmon. *Hist Acad Roy Sci (Paris)* 1780: 185-94.

- MÖRCH ET. History of mechanical ventilation. In: KIRBY RR, SMITH RA, DESAUTELS DA, editors. *Mechanical ventilation*. New York: Churchill Livingstone; 1985. p. 1-58.
- LEROY D'ETIOLLES J. Second mémoire sur l'asphyxie. *J Physiol Exper Path* 1828; 8: 97-135.
- FELL GE. Forced respiration. *JAMA* 1891; 16: 325-30.
- WOILLEZ EJ. Note sur le spiroscope, appareil destiné à l'étude de l'auscultation, de l'anatomie et de la physiologie du poulmon. *Bull Acad Med (Paris)* 1875; 4: 441.
- WOILLEZ EJ. Du spiropore, appareil de sauvetage pour le traitement de l'asphyxie et principalement de l'asphyxie des noyés et des nouveau-nés. *Bull Acad Med (Paris)* 1876; 5: 611-27.
- DRINKER P, SHAW LA. An apparatus for the prolonged administration of artificial respiration. *J Clin Invest* 1929; 1: 229-41.
- IBSEN B. The anaesthetist's point of view on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen, 1952. *Proc R Soc Med* 1954; 47: 72-4.
- TODISCO T, BAGLIONI S, ESLAMI A, SCOSCIAE, TODISCO C, BRUNI L, et al. Treatment of acute exacerbations of chronic respiratory failure: integrated use of negative pressure ventilation and noninvasive positive pressure ventilation. *Chest* 2004; 25: 2217-23.
- MAGNUS HG. De la présence de l'oxygène, de l'azote et l'acide carbonique dans la théorie de la respiration. *Ann Sci Nat* 1837; 8: 79-96.
- ROSTÈNE W, PAUL BERT. Précurseur de la médecine des mers et des airs. *Pour la Science* 2006; 346: 7-11.
- ALLUAUME R. Le Pulmotor: un appareil pour la respiration assistée et contrôlée. *Anesth Anal* 1951; 8: 42-6.
- Historical background to automatic ventilation. In: MUSCHIN VVV, RENDELL-BACKER L, THOMPSON PW, MAPLESON VVV, editors. *Automatic ventilation of the lung*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1980. p. 184-249.
- BÉNICHOU G, BLECHELER F, CUPAM. Relaxateur de volume: le RPR. In: *Anesthésie Réanimation. Travaux pratiques de physique*. Maloigne; 1973. p. 125-49.
- CHOPIN C, DUROCHERA, WATTEL F. Aspects techniques de la réanimation des états d'insuffisance respiratoire aiguë. In: *Encyclopédie médicochirurgicale*, Paris: 1978. 29-40.
- CARDINAUD JP, DUMAZEAUD MM. Recherche des pressions optimales en ventilation artificielle. *Agressologie* 1971; 12: 141-6.
- COURNAND A, MOTLEY HL, WERKO L, RICHARDS DW. Physiological studies of the effects of intermittent positive pressure breathing on cardiac output in man. *Am J Physiol* 1948; 152: 162-79.
- CARAMEZ MP, BORGES JB, TUCCI MR, OKAMOTO VN, CARVALHO CR, KACIMAREK RM, et al. Paradoxical responses to positive end-expiratory pressure in patients with airway obstruction during controlled ventilation. *Crit Care Med* 2005; 33: 1519-28.
- TRÉMOLIÈRES F. Critères de choix d'un respirateur. Principes généraux et éléments de décision. In: SRLF, editor. *Réanimation Médecine d'urgence*. Paris: Expansion Scientifique Française; 1983. p. 255-89 (Éditeur).
- SEVERINGHAUS JW, ASTRUP PB. History of blood gas analysis. *Int Anesthesiol Clin* 1987; 2: 1-224.
- ASTRUP P. Laboratory investigations during treatment of patients with poliomyelitis and respiratory paralysis. *BMJ* 1954; 62: 780-6.
- BARACHAL, MARTIN J, ECKMAN M. Positive pressure respiration and its application to the treatment of acute pulmonary edema. *Ann Intern Med* 1938; 17: 754-95.
- JENSENS NK. Recovery of pulmonary function after crushing injury of the chest. *Dis Chest* 1952; 22: 319-46.
- FRUMIN MJ, BERGMANNA, HOLADAY DA, RACKOW H, SALNITREE E. Alveolar-arterial difference during artificial respiration in man. *J Appl Physiol* 1959; 14: 694-700.
- HASHBAUGH DG, PETTY TL, BIGELOW DB, HARRIS TM. Continuous-positive pressure breathing (CPPB) in adult respiratory distress syndrome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1969; 57: 31-41.
- SUTTER PM, FAIRLEY B, ISENBERG MD. Optimum end-expiratory airway pressure in patients with acute pulmonary failure. *N Engl J Med* 1975; 292: 284-9.
- THOMAS L, ROBERT D, GÉRARD M. Routine use of pressure-volume loops during mechanical ventilation. Determination of optimal combination of flow, tidal volume, and positive end-expiratory pressure. *Chest* 1979; 75: 743-5.
- ROBERT D, LEMAIRE F, HOLZAPFEL L, HARFA A, AMAMOU A, BLANC PL, et al. Rapport pression/volume thoracopulmonaire en condition statique chez les patients sous ventilation assistée. *Agressologie* 1980; 21: 105-12.
- OTIS AB, FENN OW, RAHN H. Mechanics of breathing in man. *J Appl Physiol* 1950; 2: 592-607.

- 34 RAHN H. A concept of mean alveolar air and the ventilation-blood relationships during pulmonary gas exchanges. *Am J Physiol* 1949; 158: 21-30.
- 35 RILEY RL, COURNANDA, DONALD KW. Analysis of factors affecting partial pressures of oxygen and carbon dioxide in gas and blood of lungs; methods. *J Appl Physiol* 1951; 4: 102-20.
- 36 WEST JB, FOWLER KT, HUGH-JONES P, O'DONNELL TV. Measurement of the ventilation-perfusion ratio inequality in the lung by the analysis of a single expirate. *Clin Sci* 1957; 16: 529-47.
- 37 The Siemens-Elma Servo ventilator 900. In: MUSCHIN WW, RENDELL-BACKER L, THOMPSON FW, MAPLESON WW, editors. *Automatic ventilation of the lung*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1980. p. 770-5.
- 38 CHOPIN C, CHAMBRIN MC, GOSSELIN B, DUROCHER A, WATTEL F. Définition et réalisation d'un système informatisé de monitoring de la ventilation artificielle. *Anesth Analg* 1979; 36: 417-21.
- 39 Korkela J. How to get the Engstrom respirator to sigh during anesthesia. *Anesthesiology* 1968; 29: 148-9.
- 40 HOUSLEY E, LOUZADAN, BECKLADE NR. To sigh or not to sigh. *Am Rev Respir Dis* 1970; 101: 611-4.
- 41 FAIRLEY HB. The mechanical ventilation sigh is a dodo. *Respir Care* 1976; 2: 1127-30.
- 42 DOWNS JB, KLEIN EF, DESAUTELS D, MODELL JH, KIRBY RR. Intermittent Mandatory Ventilation: a new approach to weaning patients from mechanical ventilation. *Chest* 1973; 64: 31-5.
- 43 HEVLETT AM, PLATT AS, TERRY VG. Mandatory minute volume. A new concept in weaning from mechanical ventilation. *Anaesthesia* 1977; 32: 163-9.
- 44 CHOPIN C, CHAMBRIN MC, MANGALABOYI J, LESTAVEL P, FOURRIER F. Carbon dioxide mandatory ventilation (CO₂ MV): a new method for weaning from mechanical ventilation. Description and comparative clinical study with IMV and T. tube method in COPD patient. *Int J Clin Monit Comput* 1989; 6: 11-9.
- 45 CAMPBELLE M. *The respiratory muscle and the mechanics of breathing*. London: Lloyd-Luke Medical Book; 1958.
- 46 ROUSSOS CS, MACKLEM PT. Diaphragmatic fatigue in man. *J Appl Physiol* 1971; 43: 89-97.
- 47 BROCHARD L, HARFA A, LORINO H, LEMAIRE F. Inspiratory pressure support prevents diaphragmatic fatigue during weaning from mechanical ventilation. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139: 513-21.
- 48 BROCHARD L, RAUSS A, BENITO S, CONTI G, MANCEBO J, REKIK N, et al. Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilatory support during weaning from mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 896-903.
- 49 CAMPBELL RS, DAVIS BR. Pressure-controlled versus volume-controlled ventilation: does it matter? *Respir Care* 2002; 47: 416-24.
- 50 NASH G, BLENNERHASSETT JB, PONTOPPIDAN H. Pulmonary lesions associated with oxygen therapy and artificial ventilation. *N Engl J Med* 1961; 276: 368-74.
- 51 KUMARA, PONTOPPIDAN H, FALKE K J, WILSON RS, LAVERMB, FALKE K. Pulmonary barotrauma during mechanical ventilation. *Crit Care Med* 1973; 1: 181-6.
- 52 BOLTON CF, GILBERT JJ, HALN AF, SIBBALD WJ. Polyneuropathy in critically ill patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 1223-31.
- 53 DREYFUSS D, SOLER P, BASSET G, SAUMON G. High inflation pressure pulmonary edema. Respective effects of high airway pressure, high tidal volume and positive end-expiratory pressure. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: 1159-64.
- 54 COURNANDA, MOTLEY HL, WERKO L, DICKINSON W, RICHARDS JR. Physiological studies of the effect of intermittent positive pressure breathing on cardiac output in man. *Am J Physiol* 1948; 152: 162-74.
- 55 JARDIN F, FARCOT JC, BOISANTEL, CURIEN N, MARGAIRAZA, BOURDARIAS JP. Influence of positive end-expiratory pressure on left ventricular performance. *N Engl J Med* 1981; 304: 387-9.
- 56 COOK DJ, WALTER SD, COOK RJ, GRIFFITH LE, GUYATT GH, LEASAD, et al. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med* 1998; 129: 433-40.
- 57 DARIOLIR, PERRET C. Mechanical controlled hypoventilation in status asthmaticus. *Am Rev Respir Dis* 1984; 129: 385-7.
- 58 HICKLING KG, HENDERSON SJ, JACKSON R. Low mortality associated with low volume pressure limited ventilation with permissive hypercapnia in severe adult respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med* 1990; 16: 372-7.
- 59 AMATO MB, BARBAS CS, MEDEIROS DM, MAGALDI RB, SCETTINO GP, LORENZIFILHO G, et al. Effect of a protective-ventilation strategy on mortality in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338: 347-54.
- 60 ALBERT RK, LEASAD, SANDERSON M, ROBERTSON HT, HLASTALA MP. The prone position improves arterial oxygenation and reduces shunt in oleic-acid-induced acute lung injury. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 628-33.
- 61 LEGER P, JENNINEQUIN J, GAUSSORGUES P, ROBERT D. Acute respiratory failure in COPD patients treated with non invasive intermittent ventilation with nasal mask. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: A63.
- 62 BROCHARD L, ISABEY D, RIQUET J, AMAROP, MANCEBO J, MESSADIAA, et al. Reversal of acute exacerbations of chronic obstructive lung disease by inspiratory assistance with a face mask. *N Engl J Med* 1990; 323: 1523-30.
- 63 ELY EW, BAKERAM, DUNAGAN DP, BURKE HL, SMITH AC, KELLY PT, et al. Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N Engl J Med* 1996; 335: 1864-9.
- 64 BRUNER JX. Principles and history of closed-loop controlled ventilation. *Respir Care Clin N Am* 2001; 7: 341-62.
- 65 DOJAT M, HARFA A, TOUCHARD D, LEMAIRE F, BROCHARD L. Clinical evaluation of a computer-controlled pressure support mode. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 1161-6.
- 66 SNIDER GL. Historical perspective on mechanical ventilation. From life support system to ethical dilemma. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: S2-7.
- 67 FERRAND E, ROBERT R, INGRAND P, LEMAIRE F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001; 357: 9-14.



Les avantages

- ✓ **Aucun contrat** d'exclusivité exigé
- ✓ **Une agence établie** depuis plus de 7 ans
- ✓ Présente dans **plus de soixante établissements** à travers le Québec
- ✓ Orientation et encadrement
- ✓ **Formation continue** offerte à tous les employés
- ✓ **Flexibilité** d'horaire
- ✓ Conciliation travail-études ou travail-famille
- ✓ Assurances collectives
- ✓ Fonds de pension
- ✓ REER collectif

Un employeur
à votre écoute,
il y a de quoi **mieux respirer!**

www.agencemsante.com
Sans frais: 1 877 / 450 713 1145



Conditions météorologiques et santé, faut-il s'en soucier?

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

Le temps pluvieux fait souffrir vos articulations? Coïncidence? Aucunement, puisque plusieurs études scientifiques prouvent qu'il existe bel et bien une corrélation entre la santé et le temps qu'il fait dehors.

La biométéorologie, science étudiant les effets de la météo sur les êtres vivants a, en effet, permis d'établir des liens de causalité entre les conditions météorologiques et notre santé. Ainsi, il semble que le climat québécois est l'un de ceux dont les effets sur la santé sont les plus importants, en raison des brusques variations de température en été comme en hiver.

Il faut comprendre que ce n'est pas vraiment le temps qu'il fait qui nous rend malades, mais plutôt qu'il influence et exacerbe certains symptômes chez des clientèles vulnérables comme les personnes âgées, les bébés, les jeunes enfants et les personnes atteintes de maladies chroniques. Prenons cet exemple courant, une personne porteuse d'une affection respiratoire telle que l'asthme, sera plus sensible aux effets de la pollution atmosphérique et au taux d'humidité en période de chaleur accablante.

Quels sont les impacts des changements climatiques sur nous?

Nous le savons, le réchauffement de la planète et les changements climatiques préoccupent les gouvernements, les collectivités, les industries tout autant que l'individu. Bien que les changements climatiques peuvent engendrer certains effets favorables pour la santé étant donné que des hivers plus chauds pourraient réduire la mortalité hivernale, il n'en demeure pas moins que, dans l'ensemble, les effets négatifs des changements climatiques tendent à être plus prononcés que les effets positifs¹. Or, selon Paul R. Epstein, du Centre pour la santé et l'environnement global à l'Université Harvard de Boston, il semble que « dans l'ensemble, nous avons sous-estimé l'ampleur de la réponse biologique aux changements climatiques ». On s'est préoccupé des systèmes de prévision climatique, on a beaucoup réfléchi à la réduction des gaz à effet de serre pour sauver notre planète, mais on s'est peu soucié de l'impact des changements climatiques sur notre santé².



plan stratégique 2007-2011

À la croisée des chemins
Nos valeurs
L'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
veut être reconnu pour

Son intégrité...

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

Les événements météorologiques extrêmes augmentent en intensité et en fréquence. Rappelez-vous les ouragans Mitch et Katrina ou encore, la vague de chaleur qui frappa l'Europe en 2003 et causa plus de 25 000 décès en trois semaines. De fait, le nombre de catastrophes naturelles liées à la météorologie a plus que triplé depuis les années 1960. Chaque année, ces catastrophes provoquent plus de 60 000 décès, principalement dans les pays en développement.

Chaleur accablante

Au Canada, on définit une vague de chaleur comme trois journées ou plus de températures de 32 °C ou plus. Des études ont montré que les villes ont des « seuils de température », variables d'une ville à l'autre, qui déterminent le moment où le taux de mortalité commence à dépasser la normale³. Concrètement, ça veut dire que dans les villes où les vagues de chaleur sont rares, ces seuils sont inférieurs à ceux des endroits où les vagues de chaleur sont plus courantes, car si une population n'est pas acclimatée à des températures plus chaudes, les gens souffriront davantage des effets de la chaleur. Par exemple, à Toronto, le seuil de température est plus élevé (32 °C) qu'à Montréal (29 °C); cela signifie que les habitants de Montréal risquent davantage de souffrir d'effets indésirables lorsque surviennent des phénomènes météorologiques reliés à la chaleur. La cause de mortalité la plus courante (et la plus grave maladie reliée directement à la chaleur) est le coup de chaleur (voir encadré 1), c'est-à-dire lorsque la température du corps est supérieure à 40,6 °C. Les autres causes de mort reliées aux vagues de chaleur comprennent la cardiopathie ischémique, le diabète, les accidents vasculocérébraux, les maladies et les accidents respiratoires.

« À Montréal, on a connu cinq grands épisodes de chaleur accablante – en 1987, 1994, 1998, 2002 et 2005 –, où la température dépassait 35 °C le jour et 20 °C la nuit, indique le Dr Drouin, médecin responsable du secteur environnement urbain et santé à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Le taux de mortalité a alors augmenté de plus de 50 %. La détérioration des conditions médicales préexistantes – insuffisance cardiaque, maladie coronarienne (angine, infarctus, etc.), maladie rénale, diabète, etc. – a mené aux décès. Il faut dire aussi que les canicules ont un effet particulièrement dévastateur dans des îlots de chaleur urbaine. Quand il fait 30 °C à Dorval, il fait probablement 35 °C rue Saint-Denis et 42 °C au troisième étage d'une maison avec un toit de bardeaux noirs. Malheureusement, selon les prévisions, il y aura ces prochaines années une augmentation de la fréquence, de l'intensité et de la longueur de ces vagues de chaleur. »

encadré 1



Comment traiter une urgence due à la chaleur

Crampes de chaleur > Les crampes de chaleur sont des douleurs et des contractions musculaires causées par un grand effort. Bien que les crampes de chaleur soient le moins grave des troubles reliés à la chaleur, elles sont souvent le premier signe que le corps souffre de la chaleur. Il faut amener la personne dans un endroit plus frais et l'installer dans une position confortable. Étirez légèrement le muscle affecté et faites boire la personne. Donnez-lui un demi-verre d'eau fraîche toutes les 15 minutes. Ne donnez pas de liquides contenant de l'alcool ou de la caféine, puisqu'ils peuvent exacerber la déshydratation et aggraver la situation.

Épuisement dû à la chaleur > L'épuisement dû à la chaleur survient habituellement lorsque les gens font un exercice exigeant ou travaillent dans un lieu chaud et humide où ils perdent beaucoup de fluides corporels en raison d'une forte transpiration. La circulation sanguine vers la peau augmente, ce qui ralentit l'apport de sang aux organes vitaux. Cela engendre un léger choc. Si la victime n'est pas traitée, son état s'aggravera. La température du corps continuera d'augmenter et la victime pourrait souffrir d'un coup de chaleur. Amenez la personne dans un lieu plus frais pour lui permettre d'échapper à la chaleur. Retirez ou desserrez les vêtements serrés et appliquez un linge humide, comme une serviette ou un drap. Si la personne est consciente, donnez-lui à boire de l'eau fraîche. Assurez-vous que la personne boive lentement. Donnez-lui un demi-verre d'eau fraîche toutes les 15 minutes. Laissez la victime se reposer dans une position confortable et surveillez attentivement l'évolution de son état.

Coup de chaleur > Le système de contrôle de la température de la victime, qui produit de la sueur pour refroidir le corps, cesse de fonctionner. La température du corps peut augmenter au point de causer des dommages au cerveau ou la mort si le corps n'est pas rafraîchi rapidement. Il faut obtenir de l'aide sans tarder. Composez le 9-1-1 ou votre numéro d'urgence local. Amenez la personne dans un endroit plus frais. Rafraîchissez rapidement le corps. Immergez la victime dans un bain froid ou enroulez des draps mouillés autour du corps et éventez-le. Surveillez les signes de problèmes respiratoires. Gardez la personne couchée et continuez de rafraîchir le corps de toutes les façons possibles. Si la victime refuse de l'eau ou vomit, ou s'il y a des changements dans son état de conscience, ne lui donnez rien à boire ou à manger.

Source: *Pollution Probe. Abécédaire des changements climatiques et de la santé humaine.* Avril 2004, p. 18-20. [En ligne].

Protégez-vous contre les extrêmes de température

La meilleure façon de se prémunir contre les maladies reliées à la chaleur est la prévention – restez au frais à l'intérieur d'un immeuble climatisé, ne serait-ce que quelques heures par jour. Si votre maison n'a pas de climatisation, choisissez d'autres lieux où vous pouvez vous soulager de la chaleur (p. ex. centres commerciaux, bibliothèques ou cinémas).

Accroissez votre consommation d'eau même si vous n'avez pas soif (évités les boissons alcoolisées – elles ne font qu'accentuer la déshydratation). Si vous devez être à l'extérieur, restreignez vos activités et ne prévoyez pas les faire durant la partie la plus chaude de la journée (de 11 h à 16 h).

Portez des vêtements légers de couleur pâle. Les couleurs pâles réfléchissent davantage le rayonnement solaire que les couleurs foncées, qui absorbent les rayons. Protégez votre visage et votre tête en portant un chapeau à large bord. Un chapeau empêchera les rayons du soleil d'atteindre directement votre tête et votre visage.

Écoutez la météo pour prendre connaissance des avis d'humidex émis par Environnement Canada et modifiez votre comportement en conséquence (c.-à-d. évitez les activités non essentielles à l'extérieur lorsque l'humidex dépasse 40 °C). L'humidex est une mesure de la chaleur que nous ressentons qui prend en considération l'effet conjugué de la température et de l'humidité. Des avis sont émis lorsqu'on prévoit que les températures dépasseront 30 °C et que les valeurs d'humidex dépasseront 40 °C.

Source: *Pollution Probe. Abécédaire des changements climatiques et de la santé humaine.* Avril 2004, p. 22. [En ligne].

Santé Canada presse le gouvernement fédéral d'agir, afin de préparer les Canadiens à des conditions météorologiques exceptionnelles – les sécheresses, les violentes tempêtes, les vagues de chaleur accablante et d'humidité intense, les coups de froid, les redoux hivernaux – qui augmenteront partout au pays en raison des changements climatiques⁴. Dans son rapport, datant de juillet 2008, Santé Canada indique que des vagues de chaleur plus fréquentes entraîneront une augmentation de la teneur de l'air en ozone et d'autres polluants, qui exacerbent les maladies cardiovasculaires et respiratoires, augmentant ainsi les décès liés à ces maladies. La pollution de l'air urbain provoque environ 1,2 million de décès par an⁷.

Il souligne aussi que la pollution de l'air, l'augmentation de la fréquence et de la sévérité des périodes de smog et une augmentation de la production du pollen et de spores accentueront les symptômes d'allergies et d'asthme, une maladie dont souffrent environ 300 millions de personnes. L'accroissement des températures devrait augmenter cette charge de morbidité. Nous ferons aussi face, selon ce rapport, à une augmentation de certaines maladies à transmission vectorielle comme la malaria, la maladie de Lyme et le virus du Nil occidental. De plus, il y aura davantage de prolifération de pathogènes d'origine hydrique tels les coliformes, les cyanobactéries (algues bleues) contaminant les eaux de baignade et l'eau de consommation.

Que pouvons-nous faire?

Il faut avant tout que les personnes plus vulnérables soient informées de l'impact possible de certaines conditions météorologiques sur leur état de santé et adopte le comportement adéquat (*voir encadré 2*). Smog, pollen, humidité et chaleur accablante, pouvez-vous sortir en toute sécurité? C'est ici que la biométéorologie s'avère intéressante.

Un bulletin santé météo?

La communauté médicale européenne a une bonne longueur d'avance sur nous, en matière de biométéorologie. Bien sûr, MétéoMédia publie des Bulletins UV, Indice de grippe et Prévision pollen, mais nous pouvons aller plus loin, croit Denis Bourque, météorologue à Environnement Canada, et c'est pourquoi, il a développé, avec le Dr John Bart, l'indice MediClim[®] qui identifie les jours où les conditions météorologiques auront une incidence sur des maladies récurrentes ou chroniques (comme l'asthme, les maladies pulmonaires chroniques, l'arthrite, les maladies cardiovasculaires, mais également la migraine et le diabète). Tous les jours, à n'importe quel endroit en Amérique du Nord, un facteur MediClim[®] peut être calculé. En vous inscrivant au *www.mediClim.com* (il s'agit d'un service gratuit), vous recevrez par courriel selon vos sensibilités, une alerte santé personnalisée. Il ne vous reste plus qu'à prendre les mesures nécessaires pour mieux gérer vos malaises et planifier votre quotidien en conséquence.

En conclusion, si la météo influence votre santé ou celle d'un proche, pensez-y avant de vous adonner à votre activité extérieure favorite cet été!



Références

- «Sommet de Copenhague 2009: le défi climatique», décembre 2009, RFI. [En ligne] [<http://www.rfi.fr/contenu/20091020-changement-climatique>]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- EPSTEIN, P. R. October 2005. "Climate Change and Human Health", *New England Journal of Medicine*, Vol. 353:1433-1436, N° 14. [En ligne] [<http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/14/1433?query=TOC>]. (Consulté le 22 janvier 2010)
- «Abécédaire des changements climatiques et de la santé humaine», avril 2004, *Pollution Probe*. [En ligne] [[http://www.pollutionprobe.org/Reports/climatechangeprimer\(fr\).pdf](http://www.pollutionprobe.org/Reports/climatechangeprimer(fr).pdf)]. (Consulté le 22 janvier 2010)

Autres documents de référence

- SIMONEAU, J. «Quand la météo rend malade», avril 2009 (mise à jour). *Le bel âge*. [En ligne] [http://www.lebelage.ca/sante_et_mieux_ete/traitement_et_prevention/quand_la_meteo_rend_malade-complet.php]. (Consulté le 18 janvier 2010)
- «La santé des changements climatiques», novembre 2005, Agence Science-Presses. [En ligne] [<http://www.sciencpresse.gc.ca/archives/2005/cap3110057.html>]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- «Comment contrer les effets des changements climatiques sur la santé? En s'y préparant bien...» *Santé Canada*. [En ligne] [<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2005-climat/2005-climat-6-fra.php>]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- «Santé Canada publie un nouveau rapport sur les changements climatiques», *Santé Canada*. [En ligne] [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2008/2008_122-fra.php]. (Consulté le 18 janvier 2010)
- VAN COTTHEM, W. Mars 2009. «OMS: des experts soulignent les effets du changement climatique sur la santé», *Wordpress*. [En ligne] [<http://secheresse.wordpress.com/2009/03/17/oms-des-experts-soulignent-les-effets-du-changement-climatique-sur-la-sante-unnews/>]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- «Changement climatique et santé», août 2007. OMS. [En ligne] [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/fr/index.html>]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS POUR L'ASTHME ET LA MPOC. [En ligne] [http://www.rqam.ca/pros/accueil_pro.php]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- MEDICLIM, [en ligne] [<http://mediclim.com/fr/about-us>]. (Consulté le 16 janvier 2010)
- «Changement climatique et santé - Rapport du Secrétariat», mars 2009. OMS. [En ligne] [<http://www.who.int/globalchange/fr/>]. (Consulté le 22 janvier 2010)



Commissaire aux plaintes institué par le Projet de loi n° 53

par M^e **Andrée Lacoursière**, adjointe à la direction générale

Le 4 décembre dernier, l'Assemblée nationale adoptait le Projet de loi n° 53, Loi instituant le poste de Commissaire aux plaintes concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles.

Cette nouvelle loi crée au sein de l'Office des professions du Québec, un poste de commissaire aux plaintes, chargé de recevoir et d'examiner toute plainte d'une personne formée à l'étranger et qui souhaite exercer une profession au Québec, contre un ordre professionnel concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnels mis en place au sein des ordres professionnels. Ce commissaire sera aussi appelé à vérifier le fonctionnement de ces mécanismes. Par ailleurs, la loi confie à l'Office la responsabilité, en concertation avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de prendre les mesures visant à favoriser la collaboration entre les établissements d'enseignement et les ordres professionnels afin que, lorsqu'un ordre professionnel exige d'une personne qu'elle acquiert une formation d'appoint, cette formation soit offerte par un établissement d'enseignement.

L'Office devra produire annuellement un rapport au gouvernement sur les mesures prises et y formuler les recommandations qu'il juge appropriées.

Selon les statistiques, depuis 2000-2001, le nombre de demandes de reconnaissance d'une équivalence a augmenté au Québec de plus de 500 %. Or, la préoccupation du gouvernement du Québec qui s'exprime à travers le Projet de loi n° 53 est de permettre à une personne formée à l'extérieur du Québec de pouvoir faire part, à une instance extérieure à l'ordre professionnel concerné, de ses difficultés de reconnaissance de ses compétences¹.



¹ CIQ, Mémoire sur le Projet de loi n° 53, *Loi instituant le poste de Commissaire aux plaintes concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles*, présenté à la Commission des institutions de l'Assemblée nationale du Québec, p. 7.

L'Ordre y était



- Colloque *Internet et santé: nouvelles pratiques, nouveaux enjeux* présenté dans le cadre des journées annuelles de santé publique (JASP) par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et le Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)
- Rencontre du comité des directeurs de l'inspection professionnelle du Conseil interprofessionnel du Québec
- Rencontre du Conseil d'administration Conseil québécois sur le tabac et la santé
- Colloque du réseau RISQ+H
- Conférence de presse pour la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac
- Rencontre d'information relative à la mise en œuvre de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
- CIQ: assemblée des membres
- Rencontre avec le D^r Alain Beaupré, président de l'Association des pneumologues du Québec
- *World Health Professions Conference on Regulation 2010*
- Rencontre avec l'Office des professions, le Collège des médecins et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
- Comité directeur sur la mobilité de la main d'œuvre/ Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Comité directeur sur la révision du profil national des compétences/Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Comité directeur sur la gouvernance/Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Rencontre d'information sur le programme de formation d'appoint offert au Collège de Rosemont à l'intention des personnes formées à l'étranger



Une bouffée d'air frais

contre les nausées et les vomissements postopératoires?

par **Philippe Desjardins, Amélie de Varennes, Karine Fillion**, résidents 1
Université Laval en collaboration avec la **D^{re} Valérie Milot-Roy**

Source: *L'actualité médicale*, novembre 2009. [En ligne] [<http://www.professionssantequebec.ca/medecins/infos-cliniques/une-bouffee-dair-frais-contre-les-nausees-et-les-vomissements-postoperatoires-3360/1>]. (Consulté le 5 janvier 2010)

résumé

Objectifs

Évaluer l'efficacité d'un supplément d'oxygène à forte concentration en peropératoire pour réduire les nausées et les vomissements postopératoires (NVPO).

Conception

Revue systématique avec métaanalyse.

Source des données

La stratégie de recherche visait à recenser les essais cliniques comparant l'effet d'une prophylaxie d'oxygène ($FiO_2 = 80\%$) à une oxygénothérapie standard ($FiO_2 = 30-40\%$) pendant l'anesthésie générale sur l'incidence de NVPO. Les bases de données *MEDLINE* (depuis 1996), *Science Citation Index* et *Cochrane Library* (2004) ont été exploitées sans restriction de langue. Toutes les références des études identifiées ont été révisées. La recherche a été mise à jour en mars 2006.

Sélection des études

De façon indépendante, les trois auteurs ont parcouru les essais cliniques identifiés par la stratégie de recherche ($n = 11$). Les études répondant aux critères d'inclusion ($n = 10$) ont été évaluées sur le plan méthodologique à l'aide de l'échelle de Jadad.

Extraction des données

Pour chaque étude, le type de chirurgie, les facteurs de risque de NVPO, l'intervention (incluant la concentration et la durée de l'oxygénothérapie) ainsi que l'incidence de NVPO ont été relevés. Les NVPO ont été définis comme la présence de toute nausée, effort de vomissement ou vomissement pendant les 24 heures suivant la chirurgie.

Synthèse des données

Dix essais cliniques randomisés pour un total de 1729 patients ont été inclus dans la métaanalyse: 869 pour le groupe $FiO_2 = 80\%$ et

860 pour le groupe $FiO_2 = 30$ à 40% . Le risque relatif a été calculé à l'aide d'un modèle à effet aléatoire en raison de l'hétérogénéité des essais cliniques. Chez les patients ayant reçu un supplément d'oxygène à forte concentration, le risque relatif de NVPO a été de 0,91 (IC: 0,77-1,06). Les résultats se sont avérés similaires dans les sous-analyses pour le type de chirurgie (abdominale versus non abdominale) et le moment de survenue (précoce versus tardive) des NVPO.

Conclusion

L'administration d'un supplément d'oxygène à forte concentration lors de l'anesthésie générale ne réduit pas l'incidence des nausées et des vomissements postopératoires.

commentaire



décision

Pertinence de l'étude

Les NVPO sont très fréquents en pratique (jusqu'à 30 % des patients)¹ et ils constituent un problème que l'anesthésiste doit gérer chaque jour. La plupart des patients, surtout ceux qui subissent une chirurgie électorale, reçoivent d'emblée un ou plusieurs agents antiémétiques pendant et après l'opération. L'administration d'un supplément d'oxygène à haute concentration durant l'anesthésie générale est-elle efficace?

Importance des résultats

Cette étude démontre que l'administration prophylactique d'une forte concentration d'oxygène (80 %) lors d'une anesthésie générale ne réduit pas de façon statistiquement significative l'incidence de nausées ou de vomissements durant les premières 24 heures postopératoires, quel que soit le type de chirurgie, avec un risque relatif de 0,91 (IC 95 % 0,77-1,06) par rapport à l'administration d'oxygène à la concentration usuelle (30 % à 40 %). Les auteurs n'ont pas évalué l'innocuité d'une forte concentration d'oxygène dans ce contexte clinique pouvant causer, par exemple, des convulsions, de la fibrose pulmonaire et des troubles de la vision.



points forts

Critique de la méthodologie

Cette métaanalyse comporte plusieurs points forts. Elle traite d'une question clinique précise, bien définie et quantifiable. Les études sélectionnées semblent être de bonne qualité méthodologique, puisqu'elles ont presque toutes obtenu un score de Jadad de 3 sur 5 ou plus. Seule une étude a obtenu un score de 2. Les critères d'évaluation primaire sont clairement définis et leur analyse, selon une forme dichotomique, permet une comparaison valable entre les études. La décision d'intégrer les données quantitativement en une métaanalyse était appropriée, malgré une certaine hétérogénéité des résultats. Les résultats ont également été analysés en sous-groupes selon le nombre d'heures après la chirurgie ainsi que selon le type de chirurgie. Enfin, les différences entre les études ont été explorées par une analyse de sensibilité: seules deux études réalisées au début des années 2000 ont démontré une certaine efficacité de l'intervention lors de la chirurgie abdominale.

Quelques lacunes méthodologiques subsistent. D'abord, la sélection des articles aurait pu être approfondie; seulement trois bases de données ont été fouillées. Par exemple, EMBASE, une base de données qui devrait être considérée pour tout article de synthèse, a été omise dans cette revue. Également, les



points faibles

critères d'inclusion et d'exclusion n'étaient pas clairement définis, une représentation graphique aurait permis de mieux clarifier tout le processus de sélection des articles. Par ailleurs, la présence potentielle d'un biais de publication dans la collecte des articles n'a pas été évaluée. Bien que la validité de chaque article ait été évaluée selon le score de Jadad par trois auteurs différents, on ne mentionne pas le degré d'accord entre les chercheurs.

Mise en perspective selon l'état des connaissances

Le supplément d'oxygène se voulait jusqu'à tout récemment une option prophylactique, et ce, depuis les premières études positives à son égard^{2,3}. Par exemple, les plus récentes lignes directrices de la Société d'obstétrique et gynécologie du Canada⁴, ainsi qu'un guide de pratique américain publié dans la revue *Anesthesia analgesia*¹, incluent l'oxygène dans un schéma prophylactique, sans toutefois en faire une recommandation formelle. Toutefois, à la lumière de cette métaanalyse de bonne qualité méthodologique, cette intervention est vraisemblablement inefficace pour prévenir les nausées et les vomissements postopératoires.

Contribution à la prise de décision clinique

L'administration d'une forte concentration d'oxygène pendant une opération n'est pas une stratégie efficace en vue de réduire les nausées et les vomissements postopératoires. 

Article de référence

ORHAN-SUNGUR M, KRANKE P, SESSLER D, APFEL C. Does supplemental Oxygen Reduce Postoperative Nausea and Vomiting? A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesia Analgesia*, June 2008; 106: 1733-8.

Références

- 1 GONZALES D, FENNARD SI, NIDES MA, ONCKEN C, AZOULAY S, BILLING CB, GAN TJ, MEYER T, APFEL CC, et coll. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2003; 97: 62-71.
- 2 GREIF R, LACYNIS S, PAPP B, HICKLEERS, SESSLER DI. Supplemental oxygen reduces the incidence of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 1999; 91: 1246-52.
- 3 GOLL V, AKCA O, GREIF R, FREITAG H, ARKILIC CF, SCHECK T, ZOEGGELER A, KURZ A, KRIEGER G, LENHARDT R, SESSLER DI. Ondansetron is no more effective than supplemental intra-operative oxygen for prevention of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2001; 92: 112-7.
- 4 MCCracken G, HOUSTON P, LEFEBVRE G. Guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *JOGC* 2008; 209: 600-7

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL	BM enr.
<h2 style="color: #006633;">Perfectionnement en milieu hospitalier</h2>	
<p style="color: #006633;">Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.</p> <p style="color: #006633;">Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps.</p> <p style="color: #006633;">Nous traitons des sujets variés, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémodynamie et monitoring • Mise à jour en anesthésie • Intubation difficile. <p style="color: #006633;">N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser.</p> <p style="text-align: center; color: #006633; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Brigitte Morin</p> <p style="text-align: center; color: #006633;">Inhalothérapeute</p> <p style="text-align: center; color: #006633;">Bac en enseignement professionnel</p> <p style="text-align: center; color: #006633;">Tél. : (418) 824-3430</p> <p style="text-align: center; color: #006633;">morin.brigitte@videotron.ca</p>	



plan stratégique
2007-2011

À la croisée des chemins
Nos valeurs
L'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
veut être reconnu pour

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



Une étude populationnelle pour souligner le 2^e anniversaire du *campus orléans*

par **Marise Tétreault**, inh., coordonnatrice au développement professionnel



Parce que septembre 2009 allait marquer le deuxième anniversaire du *campus orléans*, une vaste étude populationnelle a été réalisée entre les mois de juillet et août derniers. Ayant comme objectif premier de mieux connaître les inhalothérapeutes qui visitent et utilisent le *campus orléans* pour leurs activités de formation, de communication et de collaboration, nous sommes heureux de vous présenter ce portrait de notre grande communauté.

Le *campus orléans* en chiffres (au 31 août 2009)

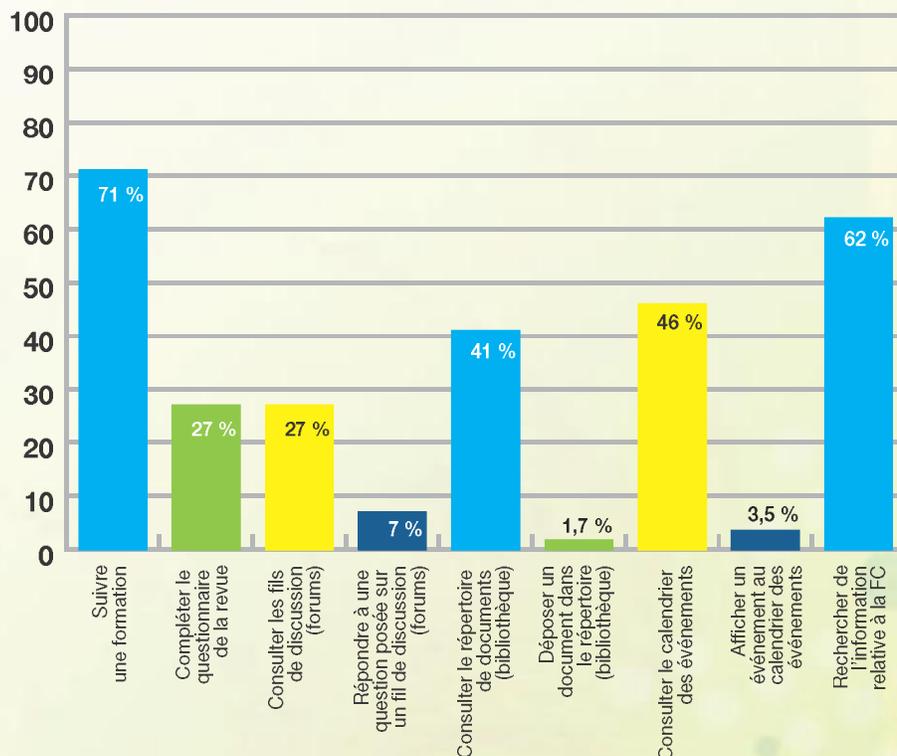
- 984 inhalothérapeutes membres;
- 21 formations disponibles (excluant les questionnaires de la revue *l'inhalo*);
- 40 heures de formations disponibles (excluant les questionnaires de la revue *l'inhalo*);
- 1214 inhalothérapeutes inscrits à l'une ou l'autre des formations (excluant les questionnaires de la revue *l'inhalo*).

Portrait de la grande communauté du *campus orléans*

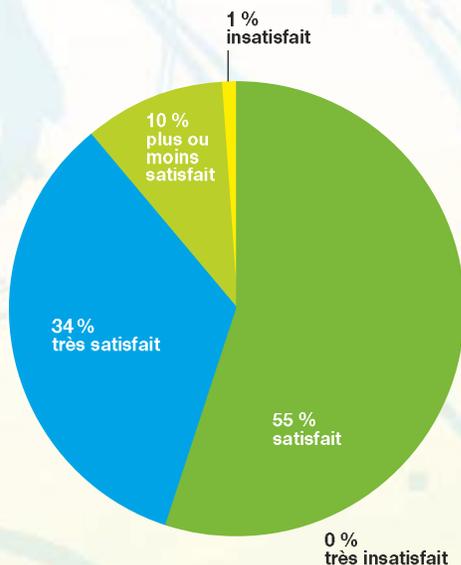
Qui sont les utilisateurs ?

- 40% des répondants ont plus de 20 années d'expérience comme inhalothérapeute et 28% des répondants ont entre 5 et 10 années d'expérience;
- les répondants exercent principalement dans la région de Montréal (26%), Montérégie (18%) et Québec — Chaudière-Appalaches (17%);
- les répondants exercent principalement aux secteurs des soins cardiorespiratoires généraux (59%), des soins critiques (50%), de l'assistance anesthésique (31%) et des épreuves de la fonction respiratoire (26%);
- 79% des répondants exercent en établissement de soins de courte durée (hôpital) et 14% au sein d'un CLSC;
- 88% des répondants travaillent sur le quart de jour.

Pour quelles raisons, utilisent-ils le *campus orléans* ?



Pour l'ensemble des services offerts, à combien évaluent-ils leur satisfaction à l'égard du *Campus OPIQ* ?



Réponses à vos questions et commentaires

Cet exercice fut également l'occasion de recevoir vos questions et commentaires. Si de nombreux répondants ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard du *Campus OPIQ*, d'autres semblent démontrer un certain degré de méconnaissance quant à la vocation, le fonctionnement ou les possibilités qu'offre le *Campus OPIQ*. Profitant du présent article, voici quelques réponses aux questions et commentaires reçus.

À propos de la vocation du Campus OPIQ :

Question ou commentaire	Réponse
« Il serait bien que l'OPIQ réponde aux questions posées sur les fils de discussions publiques. »	Le Campus OPIQ est d'abord un outil de formation pour les membres et, parallèlement, un outil de communication et de collaboration entre les membres de l'OPIQ. Le Campus ne peut être un moyen de communication pour les avis ou les positions officielles de l'Ordre. Par conséquent, si vous avez une question à adresser à l'OPIQ, nous vous prions de nous contacter directement.
« Je trouve le site un peu dépourvu d'informations sur la réglementation de notre métier. »	Les informations à ce sujet se retrouvent sur le site Web OPIQ, lequel se veut un outil de communication à l'intention des membres et du public. Conséquemment, tous les documents (règlements, normes de pratique, guides, etc.) sont disponibles pour consultation en ligne via le site Web OPIQ (www.opiq.qc.ca)
« J'aimerais qu'il y ait en ligne des protocoles que l'on pourrait adapter pour notre centre. »	De tels documents sont déjà présents. En effet, quelques protocoles, procédures ou techniques ont été généreusement offerts par certains membres et ceux-ci sont disponibles dans le répertoire (bibliothèque) du Campus OPIQ. De plus, d'autres documents ont déjà fait l'objet d'un partage entre membres et ceux-ci peuvent être consultés via les différents messages déposés par les membres.

À propos du fonctionnement du Campus OPIQ

Question ou commentaire	Réponse
« J'utilise le Campus OPIQ depuis très peu de temps, je suis peu familière avec l'informatique et j'ai parfois du mal à m'y retrouver. »	Au fil du temps, différents articles sur ces sujets ont été publiés dans la revue <i>l'inhalo</i> . Ainsi, vous pouvez consulter certaines éditions antérieures de la revue ou nous contacter directement si vous avez une question plus spécifique. Prendre note que les éditions antérieures de la revue <i>l'inhalo</i> sont disponibles en ligne à partir du site Web OPIQ (www.opiq.qc.ca)
« Je n'ai pas encore réussi à répondre à mes confrères dans le fil des discussions. »	<ul style="list-style-type: none"> • Forum de discussions : <i>l'inhalo</i> – Vol. 24, N° 4 (janvier 2008) • Formation : <i>l'inhalo</i> – Vol. 25, N° 1 (avril 2008) • Répertoire (Bibliothèque) : <i>l'inhalo</i> – Vol. 25, N° 2 (juillet 2008) • Calendrier communautaire : <i>l'inhalo</i> – Vol. 25, N° 3 (octobre 2008)
« Comment fait-on pour suivre une des formations offertes ? »	Vous pouvez suivre les formations en tout temps, en tous lieux et à votre rythme. Par conséquent, une fois inscrit à une formation, vous pouvez débiter au moment qui vous convient le mieux et compléter au même moment ou à une date ultérieure.
« Est-ce qu'on peut suivre une formation quand bon nous semble ou selon des journées spécifiques ? »	Tous les membres sont invités à créer une communauté de pratique et à communiquer via leur propre forum de discussions.
« Il devrait y avoir des sections pour assistant-chef, coordonnateur et chef de service pour que l'on puisse discuter entre regroupements de titres d'emploi sur des sujets plus spécifiques. »	Au fil du temps, de telles communautés ont vu le jour dans la région de Montréal, Québec et en Montérégie notamment. Différents types de regroupement sont possibles, dont ceux d'assistants-chefs, de coordonnateurs ou chefs de service. Pour plus d'information à ce sujet, nous vous invitons à consulter la revue <i>l'inhalo</i> , volume 25, N° 4 (janvier 2008) ou à nous contacter à l'OPIQ.

À propos du coût des formations en ligne

Question ou commentaire	Réponse
« C'est vrai qu'il y a beaucoup de formations disponibles sur le site, mais je les trouve dispendieuses surtout qu'avec l'informatique vous avez moins de manipulations à faire que lorsque c'était sur papier. »	Effectivement, le format papier est moins utilisé pour ce type d'activité de formations et le besoin de réserver une salle est moindre. Cependant, chaque formation en ligne requiert un formateur (qui recevra une rétribution), un temps de préparation et de captation, suivi de nombreuses heures de production (adaptation en format Web, division de la formation en séances, élaboration du questionnaire d'évaluation, préparation de documents pour la bibliothèque, etc.). Évidemment, tout cela nécessite du temps et de l'investissement d'où des frais d'inscription.
« Je trouve que les formations sur le Campus OPIQ sont quand même dispendieuses. Il n'y a pas un conférencier à payer, ni une salle, donc les coûts pourraient être moindres pour les membres. »	Le Campus OPIQ a tout de même permis de réduire le coût de 50 % pour les inhalothérapeutes. Cette réduction du coût à l'inscription s'explique notamment par le soutien à la formation continue offert par les partenaires Privilège du Campus OPIQ.

Dans un tout autre ordre d'idée, certains répondants ont noté avec justesse quelques écueils sur lesquels nous tentons de trouver une solution,

Question ou commentaire	Réponse
« J'ai déjà essayé d'aller lire les discussions sur le forum, mais tout y est tellement... péle-mêle. »	Effectivement, un ménage s'est imposé et c'est pourquoi nous avons mis en place des BAQ (boîtes à questions) afin de faciliter la consultation des messages.
« Je trouve qu'on reçoit beaucoup trop de messages. »	Mis à part les notifications destinées à l'ensemble des membres (bulletins mensuels, avis, invitations sondage...), vous pouvez gérer vous-même la réception de vos messages. Pour ce faire, il vous suffit de modifier la configuration de vos annonces, et ce, à partir de votre profil.

Source : OPIQ — étude de populationnelle — 2009, Taux de participation à l'étude (26,5 %)

Conclusion

À l'aube de la prochaine année, nous ne ménages aucun effort pour améliorer la qualité des services offerts par le *campus oriq*. De même, ayant lu avec intérêt vos suggestions de formation, nous travaillons très fort afin de vous offrir des formations qualifiantes et à la hauteur de vos attentes. Parallèlement, quelques projets stimulants se pointent aussi à l'horizon. Parmi ceux-ci, notons celui de lier chaque compétence du profil d'entrée dans la pratique à chaque formation offerte en ligne. S'inscrivant dans une logique de démarche réflexive, l'objectif d'une liaison Compétence/Formation est d'assister l'inhalothérapeute, qui désire consolider une ou des compétences du profil d'entrée dans la pratique, dans son choix d'inscription à une formation.

Concurremment, nous demeurons toujours à proximité des nouvelles tendances en matière de technologie de l'information et de gestion des connaissances et, à cet égard, nous sommes toujours heureux de recevoir vos commentaires constructifs puisqu'ils nous permettent de progresser ensemble. À ce sujet, l'OPIQ tient à remercier sincèrement chaque inhalothérapeute qui a pris quelques minutes de son précieux temps pour répondre à notre étude populationnelle l'été dernier.

S'inscrivant dans une logique de démarche réflexive, l'objectif d'une liaison Compétence/Formation est d'assister l'inhalothérapeute, qui désire consolider une ou des compétences du profil d'entrée dans la pratique, dans son choix d'inscription à une formation.

En terminant, bien que cette deuxième année d'exploitation ait permis au *campus oriq* de solidifier ses bases et de poursuivre sa progression, il a été reconnu pour sa grande originalité et son utilité dans la transmission des savoirs professionnels. Ainsi, il a attiré les regards de plus d'une institution telle que les autres ordres professionnels et institutions universitaires. Évidemment, tout ce succès n'aurait pu être tel sans le support de nos précieux partenaires. Privilège que nous remercions sincèrement : Covidien, Masimo, AstraZeneca et La Capitale assurances générales ainsi que GlaxoSmithKline, GE Santé et Biron Soins du sommeil pour leur fidèle soutien à la formation continue des inhalothérapeutes.

Partenaire Platine :  COVIDIEN



Partenaire Or : AstraZeneca 

Partenaire Argent :  La Capitale ASSURANCES GÉNÉRALES

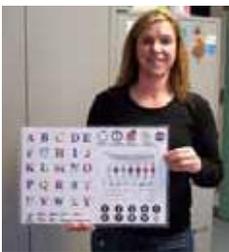
actualités

Des inhalothérapeutes se démarquent !

Un tableau pour mieux communiquer avec les patients intubés

Caroline Cleary, inhalothérapeute à l'hôpital Général de Montréal, a créé une charte de symboles bilingues afin que les patients intubés puissent communiquer aisément et se faire comprendre par le personnel soignant. Nous savons tous comment il est ardu de comprendre une personne intubée, ça devient frustrant et pour le patient et pour nous. Caroline a effectué des recherches afin de créer un tableau adéquat pour ce type de patient. Elle a consulté tous les professionnels des soins intensifs pour s'assurer de ne rien oublier. Ses collègues trouvent cette initiative formidable et désiraient la souligner.

Bravo Caroline pour ton implication !



Caroline Cleary posant fièrement avec la charte de symboles bilingues pour les patients intubés

Nicole Lemieux reçoit le prix Reconnaissance Claude-Lanthier 2009

C'est à Nicole Lemieux qu'à été décernée l'an dernier le prix *Reconnaissance Claude-Lanthier*. Inhalothérapeute à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, elle s'est distinguée à la fois pour la qualité des soins qu'elle prodigue au quotidien et pour son apport à la formation des professionnels de la santé.

Le prix d'excellence — Centre d'enseignement en asthme 2009 remis au CEA Rimouski-Mitis

Le CEA Rimouski-Mitis compte sur une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin, de cinq infirmières, de trois inhalothérapeutes, d'une pharmacienne, en plus des éducatrices issues de différents services qui œuvrent constamment en collégialité.

Félicitations à tous!





**toujours
en
mouvement!**

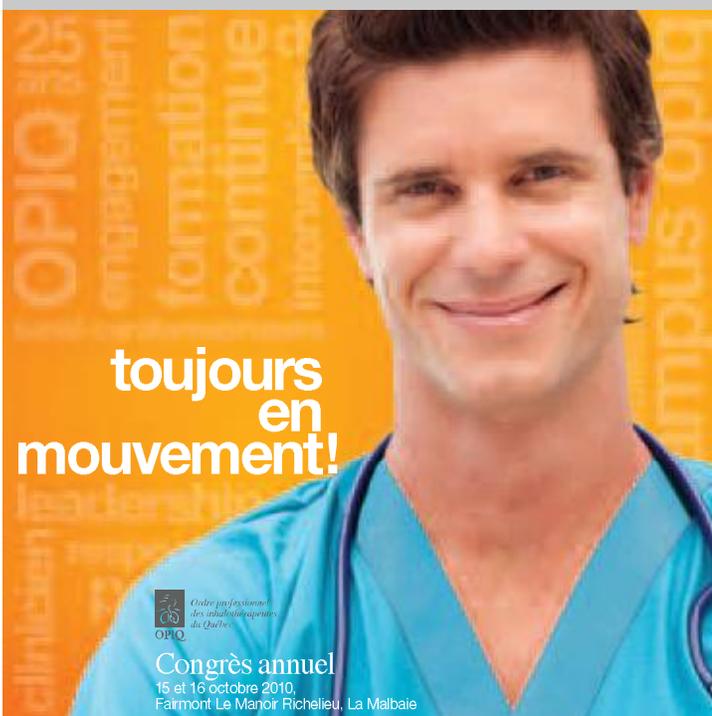
Congrès annuel
15 et 16 octobre 2010,
Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie



Congrès annuel



15 et 16 octobre 2010,
Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie



**toujours
en
mouvement!**



Congrès annuel
15 et 16 octobre 2010,
Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie

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 (hiver 2010)
- 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 www.uqat.ca



Calendrier des événements

- Salon Emploi de la santé et des services sociaux, 7 et 8 avril 2010, Palais des congrès de Montréal
- 3^e Congrès canadien sur la santé respiratoire « Une bouffée d'air frais », 29 avril au 1 mai 2010, *World Trade and Convention Centre*, Halifax, Nouvelle-Écosse
- Journée mondiale de l'asthme, le 5 mai 2010
- Congrès éducatif annuel et salon professionnel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, du 13 au 16 mai 2010, à l'Hôtel Delta St. John's, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
- 51st Annual McGill Anesthesia Update, 21-23 mai 2010
- Mise à jour en anesthésie pour inhalothérapeutes; ce cours dédié à la mémoire du D^r Richard Wahba se tiendra, en anglais, le samedi 22 mai et en français, le dimanche 23 mai 2010
- 2010 Mount Sinai Hospital OB Anesthesia Conference & Workshop, 24 et 25 septembre 2010 à l'Auditorium Ben Sadowski de l'Hôpital Mont-Sinaï
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 3 au 9 octobre 2010
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 15 et 16 octobre 2010, au Fairmont Le Manoir Richelieu, La Malbaie
- Journée mondiale de la MPOC, le 18 novembre 2010



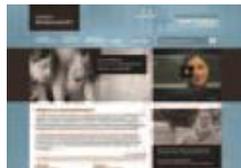
Sondage sur les pratiques de counseling en abandon du tabac

Plusieurs d'entre vous recevrez, au cours des prochaines semaines, un questionnaire portant sur les pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé du Québec. Il s'agit de la 2^e phase de l'étude amorcée en 2004-2005, dont l'objectif consiste à identifier les pratiques de counseling en abandon du tabac de plusieurs groupes de professionnels. Plus spécifiquement cette 2^e phase permettra de suivre dans le temps l'évolution des pratiques cliniques des professionnels de la santé depuis la mise en place d'activités et d'outils de formation au cours des cinq dernières années.

L'étude en cours est financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et réalisée conjointement par l'Institut national de santé publique et l'Université de Montréal, en partenariat avec l'OPIQ et cinq autres ordres professionnels soit les médecins, pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires et infirmières.

Nous vous encourageons donc à prendre quelques minutes de votre temps pour compléter le questionnaire afin que les résultats obtenus soient représentatifs de la pratique des inhalothérapeutes. Nous comptons sur votre habituelle collaboration et nous vous en remercions.

Lien Internet



<http://www.maisonmonbourquette.com/>

Organisme à but non lucratif en activité depuis 2004, la Maison Monbourquette offre des ressources et du soutien aux personnes vivant un deuil par décès, avec:

- le développement et la mise en place de services destinés au grand public, partout au Québec;
- la formation de bénévoles, spécialisés dans le suivi de deuil et la relation d'aide;
- la formation de professionnels de la santé et des personnes qui côtoient des endeuillés, comme des aidants naturels ou des proches;
- la sensibilisation du grand public au sujet du deuil et du suivi de deuil, que ce soit par le biais d'événements, de publicité ou de relations publiques.



Une nouvelle formation est maintenant disponible

- Prise en charge de l'asthme en situation réelle (OPIQ-307) / *Real World Asthma Management* (OPIQ-308) par D^r Pierre Ernst, pneumologue, Hôpital général juif de Montréal et professeur de médecine, Université McGill

Une formation de grande qualité est en projet

- Intervenir auprès du patient fumeur: le rôle de l'inhalothérapeute (OPIQ-310) par l'OPIQ en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Surveillez les annonces courriels du **Campus OPIQ**, le nouveau bulletin mensuel **l'Ordonné** ou sur le site Web pour connaître la date de mise en ligne de ses nouvelles formations.

**THÈMES
ET DATES DE TOMBÉE**
L'infarctus du myocarde
1^{er} avril 2010
Nouveaux modes de ventilation
1^{er} août 2010
Les vaccins du futur
1^{er} octobre 2010

Erratum

Un problème a engendré une erreur dans l'éditorial de la directrice générale. En effet, en page 3 de l'édition précédente de janvier 2010, il aurait fallu lire le titre comme suit: Suspendre le temps...

Également, dans l'avis de décès en page 40, il s'agit de Lyne Laplante.

Toutes nos excuses pour les désagréments encourus.

Devenez cybermentor!



Souvenez-vous... Choisir une carrière, c'est tout un défi!

À quoi ressemble une journée dans la vie d'un inhalothérapeute?

Quelle est la différence entre un

inhalothérapeute et un anesthésiste? Suis-je fait pour ce métier? Depuis 1999, Academos aide les jeunes de 14 à 30 ans à répondre à ces questions entre autres. La procédure est simple et branchée sur leurs intérêts: ils communiquent par courriel via le www.academos.qc.ca, un site Web sécurisé, avec des bénévoles qui les guident et les informent sur leur métier. C'est ce qu'on appelle du cybermentorat.

Moi, devenir cybermentor, pourquoi?

- Pour que les jeunes connaissent les réalités, les succès et les défis du métier qui les intéresse.
- Pour donner un sens à l'école en créant un lien entre le monde du travail et les apprentissages.
- Pour mettre en valeur votre expérience professionnelle.

Il a été prouvé scientifiquement qu'Academos aide à la motivation des jeunes à l'école. Votre vécu est important! Vous pouvez être une ressource précieuse. Devenir cybermentor sur le site www.academos.qc.ca, c'est facile.

1. Remplissez le formulaire d'inscription
2. Suivez une courte formation en ligne
3. Inspirez la relève par des rencontres virtuelles

Quelques minutes par semaine suffisent pour faire la différence!

À paraître bientôt

Guide de pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes – prise en charge du patient adulte ventilo-assisté

S'adressant à l'inhalothérapeute clinicien qui souhaite parfaire son bagage de connaissances ou réviser les éléments essentiels à une prise en charge optimale du patient ventilo-assisté, ce guide de pratique clinique peut être utilisé comme:

- un outil d'aide à la pratique clinique et à la formulation de recommandations;
- un outil pédagogique et de développement professionnel;
- un complément à la documentation existante.

Au nombre des sujets traités:

- la visite au chevet du patient ventilo-assisté;
- la communication;
- les signes vitaux et les observations cliniques;
- les paramètres ventilatoires;
- les courbes et les boucles ventilatoires;
- le sevrage ventilatoire;
- les effets et complications possibles de la ventilation mécanique;
- la ventilation à pression positive non effractive;
- rappel théorique: le système respiratoire, la mécanique respiratoire et la ventilation mécanique;
- les modes ventilatoires et fonctionnalités.

Surveillez l'arrivée de ce guide sur notre site Web www.opiq.qc.ca ou notre bulletin mensuel *L'Ordonné*

babillardopiq



Faire son deuil, vivre un chagrin

MANU KEIRSE, février 2006, De Boeck, 2^e édition, ISBN: 9782804150082 (2804150089). Prix: 39,95 \$

En proposant des réflexions et des repères pour l'accompagnement du deuil et des situations de détresse, cet ouvrage s'adresse non seulement à un public professionnel psycho-médico-social, mais aussi à la famille et à l'entourage de personnes éprouvées. Issu des questions rencontrées par l'auteur dans son travail d'accompagnement des personnes en deuil et de supervision des soignants, l'ouvrage aborde également d'autres situations de crise comme la santé fragilisée ou la perte d'un emploi. Il s'intéresse aussi à la question de la mort dans notre société. Véritable aide pour un réel soutien dans des situations (trop) souvent déroutantes pour les proches, les soignants, les enseignants, les employeurs, ce livre fourmillant d'exemples concrets, écrit dans un style direct et pragmatique, est accessible à un large public.



Hommes et femmes face au deuil - Regards croisés sur le chagrin

NADINE BEAUTHÉAC, octobre 2008, Albin Michel, ISBN: 9782226187420. Prix: 29,95 \$

Lorsque la mort survient dans la famille, hommes et femmes ont souvent du mal à se comprendre. Couples, pères et filles, mères et fils, frères et sœurs, ami/es partagent la douleur de la perte mais s'éloignent. Contenir ses émotions ou laisser couler ses larmes, exprimer sa peine ou rester silencieux, penser ou ressentir, se projeter dans le futur ou être en lien avec le passé, sont des différences d'attitude qui peuvent ajouter de la souffrance à la souffrance. Nadine Beauthéac, psychothérapeute, spécialisée dans l'accompagnement du deuil, aborde la manière masculine et féminine d'y faire face. En s'appuyant sur la parole des endeuillés, forte, juste, courageuse et lucide, l'auteur montre que si la perte d'un être cher peut séparer les couples et les familles, elle permet également de resserrer les liens. Car apprivoiser lentement l'absence conduit à la redécouverte de la valeur de l'amour.



Sur le chagrin et le deuil

DAVID KESSLER et ELISABETH KÜBLER-ROSS, janvier 2010, Lattes, ISBN: 9782709630344 (2709630346). Prix: 34,95 \$

Présentation des cinq étapes du deuil: déni, colère, marchandage, dépression et acceptation, avant une analyse de cette théorie. Les auteurs abordent ainsi divers aspects du deuil: la tristesse, les hallucinations, les rêves, les enfants, la guérison, l'isolement, les relations sexuelles.

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



Questions relatives au texte *Le deuil d'un patient vécu par les professionnels de la santé* (pages 8-14).

1) **VRAI OU FAUX**

Face au deuil, le professionnel de la santé ressentira, dès le début, une profonde tristesse intérieure et un sentiment de responsabilité.

2) **Quelle est la plus grande peur qu'un être humain peut ressentir?**

- a) la peur d'être jugé s'il pleure devant des gens
- b) la peur de perdre le contrôle
- c) la peur de mourir
- d) la peur de manquer d'argent

3) **Quelle est la meilleure façon de sortir de l'impasse après un deuil?**

- a) accepter la réalité dans laquelle on se trouve
- b) vivre seulement notre rôle d'inhalothérapeute
- c) être dans le déni, prétendre ne ressentir aucune émotion
- d) vivre dans la peur sans être là ni pour nous, ni pour les autres

4) **Nous empruntons le chemin de la santé dans le but de sauver des vies, consciemment ou non. Parmi les affirmations suivantes, laquelle s'avère être une fausse croyance?**

- a) on aide les gens à se sauver eux-mêmes
- b) on aide les gens à se guérir eux-mêmes
- c) on aide les gens à récupérer l'énergie qui va leur permettre de s'aider eux-mêmes
- d) on a le pouvoir de maintenir la vie

5) **Les émotions non vécues peuvent mener à toutes ces possibilités, sauf une. Laquelle?**

- a) la stratégie de responsabilité
- b) l'abandon du travail
- c) la stratégie de contrôle
- d) l'épuisement professionnel, la dépression
- e) la sérénité

Les questions 6 à 8 (inclusivement) réfèrent à la définition de l'humilité. L'humilité se traduit en trois étapes simples.

6) **La première étape consiste à se percevoir tel qu'on est, ni plus ni moins.**

- a) si plus: on s'octroie des responsabilités qui ne sont pas les nôtres
- b) si moins: on sous-estime l'importance de notre rôle d'aidant
- c) si moins: on sous-estime ce que ça implique d'être une personne aidante
- d) toutes ces réponses

7) **La deuxième étape consiste à reconnaître la réalité, sans chercher à mettre en doute la valeur de notre personne.**

D'après cette affirmation, toutes ces réponses sont valables, sauf une. Laquelle?

- a) reconnaître la réalité de la fin d'une vie
- b) reconnaître la tristesse que cela représente
- c) reconnaître la perte et toute la valeur de la perte
- d) reconnaître que nous demeurons une personne aidante, même si on n'a pu empêcher le décès
- e) reconnaître qu'il est préférable de fuir la réalité

8) **La troisième étape consiste à être authentique avec soi-même par rapport à ce qu'on ressent. Quel énoncé décrirait le mieux ce conseil?**

- a) on est obligé d'être en accord avec ce qui se passe
- b) si on ressent de la tristesse, on doit faire taire ce sentiment
- c) si on ressent de la colère, on doit le crier sur les toits
- d) s'accorder le droit, au cas par cas, de ressentir les émotions qui se présentent à nous
- e) se mentir à soi-même en espérant ainsi sortir de l'impasse

9) **VRAI OU FAUX**

Le professionnel de la santé a besoin de se sentir proche de lui-même et en paix avec lui-même. Il ne trouvera cependant pas cette paix dans la parfaite application de son travail mais bien en étant authentique avec ce qu'il vit et avec ce qu'il ressent.

10) **VRAI OU FAUX**

En fait, par le métier que nous exerçons, nous avons la chance d'être plus conscients de la réalité de la mort. Nous sommes donc davantage conscients de l'importance de la vie.

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1^{er} juin 2010

Nom: _____

Prénom: _____

N° de membre: _____

Adresse: _____

Signature: _____

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à:

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

réponses:

- 1 VRAI FAUX
- 2 a. b. c. d.
- 3 a. b. c. d.
- 4 a. b. c. d.
- 5 a. b. c. d. e.
- 6 a. b. c. d.
- 7 a. b. c. d. e.
- 8 a. b. c. d. e.
- 9 VRAI FAUX
- 10 VRAI FAUX

La solution pour des soins *intensif* de qualité



HAMILTON·C2

L'UN DES VENTILATEURS LES PLUS PERFECTIONNÉS DU MONDE,
EXPRESSÉMENT CONÇUS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

« VENTILATION COCKPIT », UN SYSTÈME DE COMMANDE RÉVOLUTIONNAIRE INSPIRÉ
PAR LA SÉCURITÉ AÉRIENNE QUI PROCURE UN AFFICHAGE INTUITIF METTANT L'ACCENT SUR LES
PARAMÈTRES DE VENTILATION ESSENTIELS

VENTILATION À BOUCLE FERMÉE POUR UNE VENTILATION À AIDE ADAPTATIVE À
LA FINE POINTE QUI OPTIMISE LA VENTILATION GRÂCE À L'ANALYSE CYCLE À CYCLE

TECHNOLOGIE INTELLITRIG QUI OPTIMISE LA RÉACTION À LA VARIABILITÉ DANS LA VENTILATION NON
INVASIVE CAUSÉE PAR LA MODIFICATION DU PROFIL RESPIRATOIRE OU DES FUITES DANS LE CIRCUIT

COMPREND LES MODES NORMALISÉS INVASIF ET NON INVASIF

ÉCRAN TACTILE POUR UNE VISUALISATION FACILE DES DONNÉES ET ZONE LUMINEUSE D'ALARME TRÈS
VISIBLE POUR ATTIRER RAPIDEMENT L'ATTENTION SUR UN VENTILATEUR EN ALARME, MÊME À DISTANCE

BATTERIE DE SECOURS LONGUE DURÉE QUI LAISSE TOUT LE TEMPS VOULU
POUR LE TRANSPORT DES PATIENTS

TURBINE ULTRA SILENCIEUSE À HAUT RENDEMENT QUI PRODUIT DES DÉBITS ALLANT JUSQU'À 240 L/MIN,
CE QUI ÉVITE LES RESTRICTIONS IMPOSÉES PAR L'ALIMENTATION EN GAZ

CONCEPTION ÉVOLUTIVE AVEC INTÉGRATION FACULTATIVE DES SYSTÈMES
DE GESTION DES DONNÉES DES PATIENTS.

plus leoni

POUR LA VENTILATION À LONG TERME DES PRÉMATURÉS, DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS

COMPREND LES MODES DE VENTILATION CONVENTIONNELS AVEC DÉFINITION DE VOLUME

AVEC VENTILATION OBLIGATOIRE INTERMITTENTE SYNCHRONISÉE ET VENTILATION À AIDE EN PRESSION
(PSV) PERFECTIONNÉ, PARFAITEMENT CONÇU POUR LE SEVRAGE

HAUTE FRÉQUENCE PAR OSCILLATION AVEC DÉFINITION DE VOLUME ET RECRUTEMENT DES ALVÉOLES
PULMONAIRES CONFIGURABLE – FACULTATIF

AFFICHAGE COULEUR TACTILE 12 POUCES INTUITIF POUR DES COMMANDES ET UNE VISUALISATION
AMÉLIORÉES

CONCEPTION DE L'INTERFACE AXÉE SUR LES BESOINS CLINIQUES POUR TOUS LES PARAMÈTRES, LES
VALEURS MESURÉES ET LES VALEURS RELATIVES AUX ALARMES, POUR UN APPRENTISSAGE
ET UNE UTILISATION FACILES

FORMES D'ONDE ET COURBES GRAPHIQUES QUI FACILITENT L'ANALYSE ET L'ÉTABLISSEMENT DU PROFIL
DES DONNÉES VITALES



CANADA
96, PLACE TERRACON
WINNIPEG (MANITOBA)
CANADA R2J 4G7

RENSEIGNEMENTS
TÉL. 1 800 667 6276
TÉLÉC. : 1 877 435 6984
COURRIEL : Info@bomimed.com

www.bomimed.com

Innovation en ventilation non invasive



Grâce au Carina® de Dräger, accompagnez vos patients sur la voie de la guérison.

Le Carina®, intelligent et compact, est un ventilateur VNI hautes performances. Grâce à sa fonction SyncPlus® perfectionnée, sa convivialité et sa portabilité, Carina® vous permet d'accompagner vos patients sur la voie de la guérison, rapidement et confortablement.

POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE, CONTACTEZ-NOUS SUR WWW.DRAEGER.COM

Dräger. La technologie pour la vie.