

# l'inhalo

Revue de  
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
volume 26, numéro 4, janvier 2010



dossier **le diabète**

**Le collègue difficile. C'est lui ou moi le problème?**

# Même si vous quittez la chambre, nous sommes présents<sup>MS</sup>



## Système Patient SafetyNet™ 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](http://www.masimo.com).





## À quand les décisions?

**V**ous le savez aussi bien que moi, le temps passe à une vitesse incroyable. Notre vie est devenue une véritable course contre la montre. Ainsi, je relisais mon texte de la précédente édition et je me disais à quel point l'être humain est contradictoire... À certains moments, le temps nous paraît long... surtout en période d'attente, que ce soit une décision dans un dossier, l'appel d'un être cher ou encore l'arrivée tardive de notre ado, le samedi soir. À d'autres moments, on souhaiterait justement suspendre le temps!

Nous vivons tous, à un moment ou l'autre de notre vie ce besoin. Besoin que le temps s'arrête un peu. Habituellement, cela arrive quand on vit quelque chose d'unique et de magique. C'est un peu ce que nous avons vécu cette année au congrès. Je me permets ici de parler au nom de mes collègues, car je sais que tout comme moi, ils ont vécu un beau congrès. D'abord, par la participation record des inhalothérapeutes, mais aussi par les instants de purs délices que nous ont apporté le concours *Place à la relève*, la soirée Latino et le Match des étoiles, la remise du prix *Mérite du CIQ* et le soulèvement des dix années à la présidence de madame Céline Beaulieu.

En effet, si vous n'êtes pas déjà au courant, sachez que madame Beaulieu assume cette fonction depuis dix ans déjà. Ces années ont passé à la vitesse de l'éclair, un dossier n'attendant pas l'autre. Imaginez, semaine après semaine depuis dix ans, elle vit dans ses valises entre Montréal et Trois-Rivières. Certes, elle en a traversé des épopées et tout n'a pas toujours été au rythme qu'elle souhaitait. Mais, madame Beaulieu a toujours fait preuve de persévérance, de conviction et de passion dans tout ce qu'elle a entrepris, avec le sourire en plus. Bien qu'on reconnaisse en elle les qualités du leader, Céline est avant tout une femme de cœur. Sa générosité n'a d'égal que le temps qu'elle met à nous soutenir et à nous encourager, tant dans notre vie professionnelle que personnelle. Côté cette femme, c'est vouloir se surpasser!

C'est pourquoi, je profite de ces quelques lignes pour lui redire, en mon nom, celui des administrateurs, de la permanence et de tous les inhalothérapeutes, MERCI CÉLINE pour ces dix années de dévouement, de professionnalisme et de purs plaisirs. Puisse-tu, aux cours des deux années à venir, réaliser le rêve que tu chéris pour la profession, soit celui du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes. Mais de toute façon, tu pourras toujours te dire « mission accomplie », car sous « ton règne » nul doute que l'Ordre a évolué et la profession aussi, et ce, toujours en gardant le cap sur notre mission première!

Voilà un de ces moments où je voudrais suspendre le temps... pour que tu puisses rester avec nous encore longtemps.

En terminant, quoi de plus magique que la période des Fêtes! Alors, profitez bien de ces moments pour vous reposer et partagez les joies de la vie en agréable compagnie! Joyeuses Fêtes et une année 2010... à la hauteur de vos désirs les plus chers. ❄️

Josée Prud'Homme  
Directrice générale et Secrétaire

## sommaire

- 3 Éditorial
- 4 Avant-propos
- 6 Mot de la présidente
- DOSSIER LE DIABÈTE
- 8 Le diabète et l'inhalothérapeute : des soins critiques aux soins à domicile
- 12 Nouvelles lignes directrices sur le diabète : viser le dépistage de la maladie cardiaque
- 14 LE CONGRÈS EN IMAGES  
Les moments forts du congrès 2009
- 16 FINANCES  
Que signifie la reprise mondiale pour le Canada
- ACTUALITÉS
- 17 Profession : inhalothérapeute
- 18 Présentation d'un jeu éducatif en inhalothérapie *Inhalo Pro*
- 20 Le collègue difficile.  
C'est lui ou moi le problème?
- 26 Initiez un changement de comportement en trois minutes : brisez les barrières!
- 28 Un regroupement de chercheurs québécois contribue à faire progresser les connaissances sur le virus de la grippe A (H1N1)
- 30 Le *Trophée Rose des Sables*, véritable aventure humaine
- 32 Des iPS à partir de la graisse de liposuction
- 36 Du nouveau dans le traitement de la bronchiolite chez les bébés
- 38 Semaine québécoise pour un avenir sans tabac
- 40 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 Fillion, inh.,  
Francine Gagnon, inh., Mylène Gauthier, inh., Mély 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<sup>re</sup> vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

#### 2<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> 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

D<sup>r</sup> Stéphane P. Ahern, Sophie Gauthier, inh., Joanny Gosselin, inh.,  
M<sup>re</sup> 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



**A**u cours de la dernière année, une de mes cousines est décédée à 54 ans, des suites de plusieurs complications causées par le diabète dont elle était atteinte depuis son très jeune âge. On estime qu'environ 650 000 Québécois sont atteints de diabète et que de ce nombre, quelque 200 000 personnes l'ignorent!

40 % des diabétiques présenteront des complications débilantes, voire mortelles. Le diabète est l'une des principales causes de cécité, d'amputations non traumatiques, d'insuffisance rénale et est un facteur important de maladies cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux. On peut facilement s'imaginer quel fardeau économique et social cela représente. Mais qu'en est-il des implications pour l'inhalothérapeute? Le D<sup>r</sup> Stéphane Ahern, interniste intensiviste à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont nous en dresse un bref portrait en page 8. En complément, je vous invite à prendre connaissances des *Nouvelles lignes directrices sur le diabète* visant plus précisément le dépistage de la maladie cardiaque en page 12.

Nous vous proposons aussi un article sur *Le collègue difficile* qui, même s'il a été rédigé par un médecin pour les médecins, est des plus pertinents pour les inhalothérapeutes car il se transpose facilement dans nos secteurs d'activité et tous et toutes connaissons un collègue avec qui la « cohabitation » au travail est problématique.

Le congrès 2009 fut, sans conteste, un immense succès! Merci d'être au rendez-vous année après année, vous êtes les artisans de ce succès! Pour les nostalgiques, jetez un coup d'œil en pages 14-15 pour y découvrir les moments forts de cette rencontre annuelle.

Permettez maintenant que je fasse ma montée de lait annuelle! En me dirigeant vers la station de métro ce matin, je passe au travers d'un centre d'achat et au détour d'une allée... le Village du Père Noël! Le 28 octobre! Sorcières, vampires et autres créatures du même acabit n'ont même pas encore effectué leur ronde nocturne que l'on nous prépare déjà pour son grand retour, plus de deux mois avant la date prévue! Et on se demande pourquoi Noël a perdu de sa magie d'antan. Bien tiens, peut-être parce que, quand arrive finalement le 24 décembre, on est juste tanné d'en entendre parler! Sans parler de la musique de Noël dès le 15 novembre! Nous sommes bombardés de messages de toutes parts! Ici, le cadeau idéal, là la meilleure recette de farce ou la mise en place parfaite et originale qui nous vaudra mille compliments! Bref, de la promotion à outrance depuis l'Action de grâce! *Exit* la dinde, vive la dinde!

Alors, cette année, pour la saison des Fêtes, je vous souhaite de savourer pleinement ce moment de l'année. Prenez plaisir aux discussions animées autour d'une table bien garnie, retrouvez vos proches et jouissez du moment présent... Parce que bientôt, ce sera la St-Valentin!

Joyeuses Fêtes à tous!



Line Prévost, inh.  
Coordonnatrice aux communications

## index des annonceurs

Association pulmonaire	27	CSSS Pierre-Boucher	29
Biron	19	Devlbiss	43
BM enr.	35	Maquet-Dynamed	5
Carestream Medical Ltd.	44	Masimo	2
Covidien	11	UQAT	23
CSSS de Rivière-du-Loup	25		

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



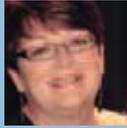
Le contrôle neural de la ventilation mécanique (NAVA)

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

## mot de la présidente



# Nous voilà repartis...

**E**n ce temps de réjouissance et à l'aube de l'année 2010, permettez-moi de vous souhaiter mes meilleurs vœux. Espérons que cette année sera plus décisive pour l'évolution des dossiers qui traînent en longueur, mais qui demeurent prioritaires pour l'OPIQ. Nous comprenons que le ministère de la Santé et des Services sociaux a dû mettre les bouchées doubles, voire triples, pour gérer la pandémie de grippe<sup>1</sup>, mais nous osons espérer que 2010 sera l'année où une décision en lien avec le dossier de la formation initiale en inhalothérapie sera finalement prise.

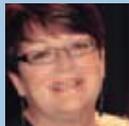
Permettez-moi de revenir à l'automne 2009, période où se tenait le 36<sup>e</sup> congrès de l'OPIQ, quel franc succès! D'année en année, le livre *Guinness* de l'inhalothérapie voit les records s'accumuler. Je tiens à remercier le comité organisateur ainsi que la permanence de l'OPIQ pour l'excellence de leur travail ainsi que nos précieux partenaires qui participent fidèlement à cet événement d'envergure. Merci également aux 750 congressistes qui ont assisté aux différentes sessions de formation ainsi qu'aux événements sociaux. Ce qui m'amène à vous parler d'une situation qui semble se répéter de plus en plus.

Lors de la tenue du banquet, j'ai eu le plaisir de rencontrer D<sup>r</sup> Alain Beaupré, président de l'Association des pneumologues du Québec. Ce dernier m'a informée qu'il recevait de plus en plus d'appels de ses confrères et conseurs qui relataient

des faits liés aux cliniques de dépistage des MPOC ou asthme, soit en pharmacie ou lors d'événements sociaux pour la promotion de la santé. Ce qui a été porté à mon attention est que certains inhalothérapeutes auraient soit posé un diagnostic ou soit modifié l'ordonnance médicale lors de ces « fameux » événements.

Je suis convaincue que ces cliniques sont utiles, voire même nécessaires, car elles contribuent à la prévention et à la promotion de la santé cardiorespiratoire. Rappelons-nous que l'inhalothérapeute est un professionnel de la santé qui est régi par le *Code des professions*, lequel décrit le champ de pratique ainsi que les activités qui lui sont réservées. **Mais, en aucun cas, l'inhalothérapeute ne peut diagnostiquer ou modifier une ordonnance médicale.** Lorsqu'on effectue une spirométrie, surtout dans un contexte de prévention ou en cliniques d'enseignement et que l'on obtient des résultats sous-optimaux, il est de notre responsabilité d'orienter le patient. Ainsi, nous pouvons lui suggérer de rencontrer son médecin, lui remettre un rapport des résultats obtenus, nous informer de la médication prescrite, laquelle peut être validée en appelant à la pharmacie, nous informer s'il a un plan d'action, l'orienter dans la prise de sa médication (horaire, alternance, dose), mais toujours selon l'ordonnance médicale. Donner un échantillon d'un inhalateur quelconque revient à prescrire cette médication. Ce qui n'empêche pas

## a message from the president



# Here we go again...

**I**n this time of joy and with 2010 just around the corner, allow me to offer you my best wishes.

Let's hope that the upcoming year will be more decisive for the evolution of the long-standing issues that still remain a priority for the OPIQ. We understand that the Health and Social Services minister had to double, if not triple, his effort to manage the flu pandemic<sup>1</sup>, but we dare hope that 2010 will be the year when a decision on the issue of the initial training in respiratory therapy will finally be made.

Allow me to go back to 2009, to OPIQ's 36<sup>th</sup> annual convention, what a great success! Year after year, the *Guinness* book of respiratory therapy sees the records stack up. I want to thank the organizing committee, as well as OPIQ's permanent staff, for the excellence of their work and also our esteemed partners for faithfully taking part in this important event. Thank you to the 750 participants that enlivened the many training sessions and social events. Which brings me to talk about a situation that seems to repeat itself more and more often.

At the banquet, I had the pleasure of meeting Dr. Alain Beaupré, the president of the *Association des pneumologues du Québec*. He informed me that he was getting more and more calls from his colleagues relating to him facts linked to COPD or asthma screening clinics, either in pharmacy or in social events promoting health issues. He brought

to my attention the fact that some respiratory therapists have either made a diagnosis or modified the medical prescription during these "infamous" events.

I am convinced that these clinics are useful, even necessary, because they help in the prevention and promotion of cardiorespiratory health. Let us remember that the respiratory therapist is a health professional bound by the *Code de professions* which describes the area of expertise as well as the range of activities related to it. **But, in no time, the respiratory therapist can make a diagnosis or modify a medical prescription.** When we do a spirometry test, especially in prevention or in teaching clinics and we get sub-optimal results, it is our responsibility to guide the patient. This way, we can suggest an appointment with a physician, provide the patient with a report showing the results, get the information about the prescribed medication, which can be validated by calling the pharmacy, check if there is an action plan, guide him/her in how to take the prescribed medication (schedule, alternation, dosage), but always abiding to the medical prescription. Giving an inhaler as a sample is like prescribing a medication. It doesn't prevent the respiratory therapist of expressing an opinion, of making suggestions to the attending physician, but at the risk of repeating myself,

l'inhalothérapeute d'émettre ses commentaires, de faire des suggestions au médecin traitant, mais au risque de me répéter, le diagnostic et l'ordonnance sont les activités exclusives du médecin.

Un dernier point d'information. Comme vous le savez déjà, depuis quelques années nos relations avec l'Association des anesthésiologistes du Québec sont plutôt mitigées, si vous me permettez l'expression. Récemment, nous avons rencontré D<sup>r</sup> Claude Trépanier, président de l'AAQ, et les échanges ont permis de mieux comprendre les agendas et de mieux délimiter les mandats de nos deux organismes. Nous maintiendrons des rencontres d'information avec l'AAQ, lorsque nos dossiers le demanderont. Nous sommes heureux que le pont soit rétabli et que nos relations soient plus respectueuses.

En espérant que ces éléments soient précurseurs d'une année des plus fructueuses. ❄️



Céline Beaulieu, inh., B.A.  
présidente

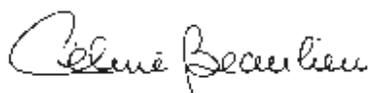
<sup>1</sup> Au moment d'écrire ces lignes, nous n'en sommes qu'au début de la vaccination, 30 octobre 2009.



diagnosis and prescription are exclusive activities of the physician.

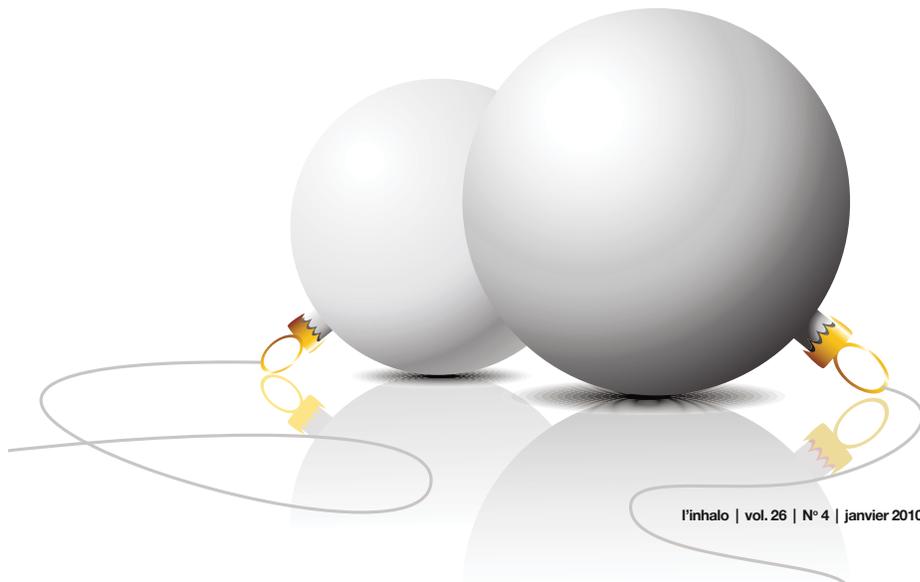
A last point of information. As you know, for many years now our relations with the *Association des anesthésiologistes du Québec* have been rather lukewarm, if I may say so. We have recently met with Dr. Claude Trépanier, the AAQ's president, and the exchange has allowed us to better understand the agenda and to better outline the mandate of both associations. We will keep up our information meetings with the AAQ, when the issues demand it. We are glad that we have bridged the gap separating us and that our relations have become more respectful.

Hoping that these items will be precursory to a most fruitful year. ❄️



Céline Beaulieu, inh., B.A.  
president

<sup>1</sup> As I write, the flu vaccination campaign is beginning, October 30<sup>th</sup>, 2009.





## Le diabète et l'inhalothérapeute : des soins critiques aux soins à domicile

par **Stéphane P. Ahern**, M.D., FRCPC, Ph.D. Interniste intensiviste, professeur adjoint de clinique, Département de médecine, Faculté de médecine, Université de Montréal. Codirecteur, Secteur Évaluation, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

*Le diabète est une maladie fréquente affectant des personnes de tous âges. C'est une maladie chronique qui impose un lourd fardeau de morbidité-mortalité pour les individus qui en sont affligés. Dans une perspective sociétale, le diabète est une épidémie qui représente environ 15 % des soins de santé dans les différentes juridictions nord-américaines. Ces considérations, qu'elles soient considérées dans une perspective individuelle ou dans une approche sociétale, témoignent que chaque professionnel de la santé sera interpellé par cette maladie et qu'il est crucial qu'il soit sensibilisé à plusieurs considérations particulières. L'inhalothérapeute n'y échappe pas; et ce, sur l'ensemble du spectre de sa pratique. Mon objectif aujourd'hui est de survoler, avec vous, les éléments importants du diabète.*

### Les formes de diabète

**N**aguère étaient distingués les patients avec les diabètes de type I (insulinodépendant) et ceux de type II (insulinorésistant). Aujourd'hui, bien que nous distinguions, pour des fins cliniques, les diabètes requérant ou non de l'insuline, il existe plusieurs différents types de diabète. Il est important de comprendre que les frontières qui existaient jadis ont bien démontré leurs incapacités à distinguer les différentes présentations cliniques. Cependant, rappelez-vous

que les patients qui prennent des médicaments par la bouche ont moins de chance de faire des acidocétoses. D'ici quelques années, il y aura probablement des avancées thérapeutiques novatrices pour certaines formes. Restez à l'affût.

### Les soins critiques et le diabète

Le diabète peut tuer, soit par des affections aiguës qui lui sont propres, soit par l'impact qu'il a sur la présentation de maladies aiguës (infarctus, infections). Parmi les affections aiguës propres

*« L'acidose métabolique profonde qui peut accompagner le diabète exige de se rappeler qu'il faut maintenir la ventilation minute que les patients avaient avant de recevoir une sédation ou de tomber dans le coma profond. Un pH inférieur à 6,8 est difficilement compatible avec la vie et s'associe à des arythmies majeures et à un choc réfractaire aux vasopresseurs. »*

au diabète, notons l'acidocétose, à savoir un état d'insulinopénie si profonde que le corps n'est plus en mesure d'utiliser le glucose ; et employant alors les acides gras, il produit des déchets (les corps cétoniques). Les corps cétoniques peuvent être rapidement mesurés dans les urines. Ils accroissent la charge ionique du corps, conduisant au développement d'une acidose métabolique. Ces perturbations entraînent des changements de la kaliémie du même souffle et de l'état hydrique du patient.

Cette affection peut être rapidement traitée avec de l'administration d'insuline. Des algorithmes existent pour la prise en charge de ces patients et doivent être suivis ; ils identifient les cibles pour le glucose, le potassium, les bicarbonates et la réplétion liquidienne. Cependant, **advenant que le patient doit être intubé, il faudra tenir compte de l'acidose métabolique, souvent sévère.** Attention ! Vous n'avez pas toujours le gaz artériel sous la main. Il faut y penser et l'identifier : y avait-il une respiration de Kussmaul (rapide et profonde) avant que le patient ne se détériore rapidement ? Un patient en acidocétose devrait rarement être intubé, s'il l'est, hyperventilez-le pour quelques minutes jusqu'à ce que vous obteniez votre gazométrie. Advenant que le patient soit intubé, il faut s'assurer qu'il n'y a pas un diagnostic que nous manquons : intoxication autre, infection du système nerveux central, infections sévères et choc sous-jacent, autres affections du système nerveux central, etc. Soyez systématique, cela est crucial.

Le coma hyperosmolaire est aussi une préoccupation importante, mais qui ne tue pas dans les minutes qui suivent. Il s'agit d'un déficit insuliniqumodéré, lequel s'associe avec une élévation progressive de la glycémie sanguine. Les patients pourront avoir un état de conscience plus sévèrement altéré, exigeant parfois l'intubation. Il est crucial d'avoir un diagnostic différentiel élargi, puisque ces patients ont parfois des copathologies qui les affligent. Dans les jours qui suivent, par contre, il est important de se rappeler que ces patients peuvent développer de l'œdème cérébral, lequel est secondaire aux échanges osmolaires et aux anomalies de la natrémie. Dans le cas, rare, mais potentiellement fatal, où le patient développe une asymétrie pupillaire rapide, l'hyperventilation de sauvetage peut être considérée de façon temporaire.

Quant aux enjeux en soins critiques du diabète, le dernier élément qu'il faille soulever est celui du masque que crée le diabète chronique sur la présentation usuelle de plusieurs pathologies aiguës, dont l'infarctus du myocarde, l'ischémie intestinale et les infections. Ainsi, devant un patient diabétique de longue date, faites attention : il peut tout vous cacher ! Cela est aussi important dans le contexte périopératoire. À l'étage, le seul signe de l'ischémie aiguë peut être l'œdème aigu des poumons, sans qu'il y ait de douleur rétrosternale.



Organes	Complications liées au diabète	Options thérapeutiques
Système nerveux central	Accident cérébrovasculaire (atteinte microvasculaire et macrovasculaire)	Réduction des lipides, contrôle glycémique, aspirine
Yeux	Rétinopathie diabétique	Contrôle glycémique, thérapie au laser, autres thérapies médicamenteuses selon la sévérité
Thyroïde, glandes surrénales	Pathologies associées à la forme auto-immune : thyroïdite, maladie d'Addison	Support hormonal
Cœur	Atteintes macro et microvasculaires	Réduction des lipides, contrôle glycémique, aspirine
Foie	Association avec la stéatohépatite et la cirrhose non associée à l'alcool	Contrôle du poids, des lipides et du profil glycémique
Reins	Néphropathie diabétique et microalbuminurie	Contrôle glycémique et inhibiteur de l'enzyme de conversion, bloqueur des récepteurs de l'angiotensine et bloqueurs calciques si contre-indications
Système nerveux périphérique	Neuropathie diabétique sous forme de polyneuropathie (douleurs dans les jambes et pertes de sensation) et de mononeuropathie (atteinte d'un nerf segmentaire)	Difficile ! Contrôle glycémique pour la prévenir ; gabapentin.
Système nerveux autonome	Hypotension orthostatique	Contrôle de l'état liquidien, florinef, amantadine

••• **Les soins chroniques et le diabète**

Votre rôle à titre d'inhalothérapeute, par contre, est encore plus grand en ce qui a trait à la prise en charge chronique de ces patients. Je vous propose une petite liste de problèmes qui fait état des conséquences du diabète (j'ai omis les problèmes cutanés qui sont aussi nombreux). En fait, si vous êtes l'intervenant pivot dans un dossier dans une unité de soins ambulatoires, vous avez un rôle clé pour vous assurer de l'adhérence de vos patients à leur thérapie. Qui plus est, par exemple, chez un patient qui a un diabète compliqué, plusieurs éléments méritent d'être observés :

- 1 **Est-ce que le patient a un bon contrôle glycémique selon les cibles souhaitées avec le médecin ?** Le contrôle glycémique a été démontré pour réduire les affections microvasculaires, mais a un impact mitigé pour les atteintes macrovasculaires. Il faut normalement viser des glycémies inférieures à 9. Avec des glycémies supérieures à 10, il y a de multiples dysfonctions endothéliales qui expliquent les complications.
- 2 **Est-ce que le patient a des épisodes d'hypoglycémie, sait-il les reconnaître, les ressent-il ?** Parfois, les patients avec des atteintes dysautonomiques ne sont plus aptes à ressentir leurs épisodes. Cela peut être associé à des chutes, à la non-adhérence thérapeutique, voire à de la confusion. Une prise en charge rapide est souhaitable.



- 3 **Est-ce que le patient fait des chutes et a-t-il une hygiène acceptable ?** Les complications microvasculaires causent beaucoup de perte de sensation, pouvant être associées aux chutes (lesquelles peuvent causer des fractures) et au développement de plaies — lourd fardeau de morbidité-mortalité tant pour le patient que pour la société. Il faut aussi éliminer l'hypotension orthostatique, laquelle peut aussi contribuer aux chutes. Regardez aussi l'environnement. Les tapis chez les patients avec une neuropathie importante sont meurtriers (le patient a l'impression de marcher sur de la mousse, seulement, il ne perçoit pas les différences de relief).
- 4 **Est-ce que, advenant qu'il y ait des pathologies associées, les symptômes sont bien contrôlés ?** Rappelez-vous qu'il est essentiel de demeurer critique. Ces patients ont parfois des présentations vagues et très atypiques. Vous devez rester très critiques.

### Conclusion

Bien qu'il puisse être possible de discuter longuement du traitement du diabète, cela excède un peu la portée de cet article. Il faudrait distinguer les traitements oraux de l'insulinothérapie. Il existe aussi plusieurs contre-indications relatives. Néanmoins, je crois qu'il faut surtout saisir l'essentiel. Le diabète est une pathologie omniprésente et qui a un impact majeur sur la pratique de l'inhalothérapeute. Que vous soyez dans une unité de soins ambulatoires, à l'urgence, à l'étage et aux soins intensifs, vous devez demeurer à l'affût des complications propres au diabète!



### Référence

- 1 KRONENBERG, H., et al., Ed. (2008). *Williams Textbook of Endocrinology*, 11<sup>e</sup> ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 1936 p.



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.



VOUS VIVEZ ET RESPIREZ L'EXCELLENCE

Nellcor<sup>MC</sup>  
Mon-a-therm<sup>MC</sup>  
Puritan Bennett<sup>MC</sup>  
Airox<sup>MC</sup>  
Mallinckrodt<sup>MC</sup>  
DAR<sup>MC</sup>  
Shiley<sup>MC</sup>  
Sandman<sup>MC</sup>

**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.





## Nouvelles lignes directrices sur le diabète : viser le dépistage de la maladie cardiaque

Source : *L'actualité médicale* - Supplément, décembre 2008. [En ligne]  
 [http://www.lactualitemedicale.com/actualites/supplements/article.jsp?content=20081223\_135533\_19236]. (Consulté le 27 octobre 2009).

*Des changements intégrés aux lignes directrices 2008 de l'Association canadienne du diabète donnent aux médecins plus d'information sur la meilleure façon de dépister la maladie cardiaque chez les diabétiques.*

*« Les événements coronariens, sont responsables de plus de 75 % des décès chez les diabétiques. »*

Ces lignes directrices reflètent la recherche des cinq dernières années qui montre que le diabète accroît la prévalence de la coronaropathie d'environ deux à trois fois chez ces derniers comparativement aux personnes non diabétiques. Elles décrivent quelles évaluations périodiques de la coronaropathie devraient être faites chez les diabétiques et soulignent l'âge comme un déterminant significatif pour déterminer quels patients ont un risque élevé d'événements coronariens.

Cet accent mis sur les événements coronariens, qui sont responsables de plus de 75 % des décès chez les diabétiques, représente « le plus grand développement des lignes directrices 2008 », a dit le Dr Gillian Booth, professeur adjoint au département de médecine de l'Université de Toronto, qui a présidé le comité d'experts qui a mis au point ces lignes directrices.

Selon lui, on devrait estimer que les diabétiques ont un risque élevé à 10 ans d'événements coronariens s'ils sont âgés de 45 ans et

plus pour les hommes, ou de 50 ans et plus s'il s'agit de femmes. Dans la population générale, l'homme moyen aura un risque à 10 ans de 20 % de coronaropathie à 60 ans et la femme moyenne à 65 ans, ce qui indique que le diabète entraîne un risque qui équivaut à un vieillissement d'environ 15 ans.

Les hommes et les femmes diabétiques âgés de moins de 45 ou 50 ans respectivement devraient aussi être considérés comme à risque élevé de maladie cardiaque s'ils ont une maladie macro ou microvasculaire; des facteurs de risque multiples (particulièrement des antécédents familiaux de coronaropathie précoce ou de maladie vasculaire cérébrale chez les parents du premier degré); un niveau très élevé d'un seul facteur de risque (p. ex. : un taux de cholestérol des lipoprotéines de basse densité plus élevé que 5,0 mmol/L ou une tension artérielle systolique de plus de 180 mmHg); ou un diabète diagnostiqué il y a plus de 15 ans et un âge de plus de 30 ans.

Les nouvelles lignes directrices de l'Association canadienne du diabète sont accessibles à l'adresse [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca).





VIE

EMPATHIE SOINS

PAIX BONHEUR

RESPIRATION ESPOIR JOIE

CŒUR AMOUR RESPECT  
AIR POUMONS ÉCOUTE

INSPIRATION COLLEGIALITÉ  
PROFESSIONNEL

TRAVAIL PROSPÉRITÉ

ÉQUITÉ FAMILLE AMITIÉ MÉDICAL  
RIRE COLLABORATION SOLIDARITÉ

PASSION ÉQUIPE AMIS  
COMPASSION SOURIRE ■■

JOYEUX NOËL

BONNE  
ANNÉE



Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

OPIQ

# Les moments forts

1

Lors de l'ouverture du congrès 2009, nous avons tenu à souligner les 10 années passées à la présidence de M<sup>me</sup> Céline Beaulieu en lui remettant une médaille symbolique



## Bourses CAREstream/CSRT

Lors du banquet de clôture, il y a également eu la remise du Prix d'excellence CAREstream/CSRT allant aux étudiant(e)s s'étant illustrés par l'excellence de leur parcours académique. M<sup>me</sup> Christiane Ménard, directrice générale, SCTR, M. Alain Jacob, gérant de territoire, CAREStream Medical et M<sup>me</sup> Josée Prud'Homme, directrice générale et Secrétaire, OPIQ, entourent les gagnants qui se sont mérités une bourse de 500 \$, un trophée ainsi qu'un certificat d'excellence.



3

La gagnante du concours *Place à la relève* 2009 (voir p. 18), Sophie Gauthier, représentant le Cégep de Chicoutimi s'est également méritée une bourse CAREstream/SCRT.



4

M<sup>me</sup> Roxanne Picard du Cégep de Ste-Foy, a reçu la bourse CAREStream/SCRT.

# du congrès 2009

## 2

### Mention d'honneur pour la Semaine de l'inhalothérapeute 2008

aux inhalothérapeutes du CHU Sainte-Justine. Dans l'ordre habituel, Nadine Lambert vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires FSSS-CSN, Isabelle Fleury et Nicole Laberge, inhalothérapeutes, Line Prévost, coordonnatrice aux communications et Josée Prud'Homme directrice générale et Secrétaire.



## 5

Représentant le Cégep de Sherbrooke, M<sup>me</sup> Cynthia Dodier a reçu son prix des mains de M. Jacob.

## 6

M. Jocelyn Vachon, professeur et coordonnateur des stages du Département de techniques d'inhalothérapie au Collège de Rosemont accepte le prix en l'absence de M<sup>me</sup> Marie Pier Venne, gagnante pour ce cégep.

# Que signifie la reprise mondiale pour le Canada

par **Warren Jestin**, vice-président principal et économiste en chef, Groupe Banque Scotia

**M**ême si la performance de l'économie canadienne a été peu reluisante au premier semestre de 2009, le Canada a été partiellement épargné du repli plus profond enregistré aux États-Unis et dans d'autres pays développés du fait de la résilience de son système bancaire, de la solidité financière relative du gouvernement et des ménages, et de la forte injection de revenus des marchés des produits de base en plein essor. Notre pays est entré pleinement dans la récession mondiale uniquement quand les économies émergentes en déclin ont engendré l'effondrement des prix

demande de la Chine et d'autres pays, mais la croissance mondiale en 2010 sera trop modeste pour compenser la chute sans précédent de l'an dernier. La reprise aux États-Unis soutiendra les exportations vers ce pays, mais les gains seront atténués si, comme nous l'anticipons, le huard revient à parité avec le dollar américain sous l'effet du renforcement des marchés des produits de base et des pressions subies par le billet vert sur les marchés des changes mondiaux. Les prix du pétrole et de la plupart des minéraux devraient grimper sous l'effet de la reprise de la croissance mondiale, même si les ventes de gaz naturel et de

*« 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 bénéfices 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. »*

des ressources et des bénéfices 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. Fait plutôt rare, le taux de chômage global au Canada reste inférieur d'environ un point de pourcentage à celui aux États-Unis. Par ailleurs, le déficit de 50 milliards de dollars prévu par Ottawa pour l'exercice 2009-2010 représente moins d'un tiers du déficit comparable des États-Unis mesuré en pourcentage du PIB.

Comme aux États-Unis, l'activité intérieure du Canada reprendra dans les prochains mois, à mesure que les consommateurs recommenceront à fréquenter les centres commerciaux en plus grand nombre et qu'une myriade de projets en attente financés par le gouvernement seront enfin mis en œuvre. La Banque du Canada devrait relever les taux d'intérêt quand l'économie se redressera en 2010, mais les coûts d'emprunt n'empêcheront pas la relance de la demande intérieure. Cependant, les ventes à l'étranger représentant un tiers du PIB du Canada, la vigueur de la reprise sera liée aux marchés des produits de base et inversera la récente chute des ventes aux États-Unis.

Le Canada bénéficie déjà de la hausse des prix des produits de base engendrée par la

produits forestiers aux États-Unis seront restreintes à la fois par le faible rythme d'expansion du pays et la concurrence d'autres sources. Les exportations d'automobiles seront aussi perturbées, le secteur entrant dans une phase prolongée de restructuration.

En somme, nous sortirons bientôt de l'une des pires périodes de recul économique que nous ayons connues. Nous devons néanmoins nous montrer patients, car la route vers la reprise sera longue et tortueuse. ❄️





M. Sylvain Morneau,  
inhalothérapeute,  
CHU Sainte-Justine et  
M<sup>me</sup> Céline Beaulieu,  
présidente de l'OPIQ

## Profession : inhalothérapeute

### Sylvain Morneau honoré du prix *Mérite du CIQ* 2009

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

C'est avec grand plaisir que nous saluons le récipiendaire du prix *Mérite du CIQ* 2009: M. Sylvain Morneau, inhalothérapeute au CHU Sainte-Justine. Après l'obtention de son diplôme du Collège de Rosemont en 1989, Sylvain s'est intéressé tout de suite à la clientèle néonatale et pédiatrique, particulièrement au domaine de la recherche en ventilation et soins critiques. Ainsi, il participe au projet de recherche sur la ventilation mécanique liquide et à plusieurs autres projets importants, notamment la calorimétrie chez les usagers souffrant d'acidose lactique et le surfactant dans l'ARDS, pour ne nommer que ceux-là.

Il est un des rares inhalothérapeutes en recherche appliquée. Il a, de plus, collaboré à la publication ou publié lui-même de nombreux articles scientifiques.

Depuis 20 ans maintenant, Sylvain participe activement à l'avancement de la profession, et au rayonnement de l'établissement pour lequel il travaille, par son implication à titre d'expert sur plusieurs comités spécialisés, notamment auprès du syndic et du comité d'inspection professionnelle, ainsi que pour le rehaussement de la formation initiale.

Pionnier en matière de formation universitaire des autres professionnels: il a développé le programme de circulation extracorporelle à membrane oxygénante, communément appelé

ECMO, dont il a été le coordonnateur de 1999 à 2007 et qui a reçu l'accréditation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il a aussi participé au développement de nouvelles pratiques pour l'hôpital et pour les inhalothérapeutes. Il a par ailleurs élaboré un programme reconnu de formation sur la ventilation mécanique aux soins intensifs pédiatriques et néonataux à l'intention des spécialistes et des intensivistes.

Innovation, implication, rayonnement et dépassement sont les raisons de cette reconnaissance pleinement méritée. Félicitations Sylvain et continue d'être une source d'inspiration pour tes pairs et pour la relève! ❄️



**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 active-  
ment à la réalisation de sa mission.



La gagnante du concours *Place à la relève* 2009, Sophie Gauthier, représentant le Cégep de Chicoutimi s'est également méritée une bourse de 2000 \$ offerte par la FIQ

## Concours *Place à la relève* 2009

# Présentation d'un jeu éducatif en inhalothérapie *Inhalo Pro*

par **Sophie Gauthier**, inhalothérapeute, CSSS Marie-Chapdelaine

*Le concours Place à la relève m'a permis de faire découvrir à l'ensemble des inhalothérapeutes du Québec le fruit de mon travail. Je fus agréablement surprise par tous les bons commentaires reçus suite à la présentation de mon projet. Permettez-moi maintenant de vous faire connaître davantage mon jeu éducatif et ses quelque 750 questions.*

Chaque invention naît d'un besoin et ce projet ne fait pas exception à la règle. Posséder encore plus d'outils et d'exemples de questions pour renforcer le degré de motivation à l'étude constitue une demande répétée de la part des étudiants. Ainsi, le jeu éducatif *Inhalo Pro* les aide à compléter leur formation tout en s'amusant. L'utilisation de cet outil pédagogique permet d'évaluer nos connaissances sans pour autant se soumettre à une évaluation officielle comme un examen. Ce qui est très avantageux pour tous.

Le principal objectif du jeu *Inhalo Pro* est de préparer les futurs inhalothérapeutes à leurs examens et à leurs stages. En s'amusant seul, à deux ou en équipes, ils acquièrent des connaissances utiles. Les joueurs doivent répondre à une multitude de questions de chaque catégorie (inhalothérapie générale, pédiatrie, anesthésie, etc.) pour gagner. En fait, c'est un excellent moyen de révision interactif. Ce jeu représente un outil pédagogique unique s'ajoutant

à ceux déjà offerts dans les maisons d'enseignement, pour préparer les étudiants à leur future carrière.

De plus, il peut parfaitement servir aux professionnels en poste dans les centres hospitaliers.

### Comment ça fonctionne ?

Le jeu se présente sous la forme d'une planchette en bois évoquant les poumons, percés de plusieurs trous qui correspondent à diverses matières enseignées dans le programme d'inhalothérapie. Avant de commencer la partie, les joueurs ou équipes choisissent la couleur de leurs billes à jouer (bleu = départ dans le coin inférieur gauche, vert = départ dans le coin inférieur droit). Les participants décident eux-mêmes qui amorcera son ascension le premier. Ils jouent ensuite à tour de rôle. Le joueur doit choisir une catégorie de questions. Chaque catégorie correspond à une couleur illustrée sur le jeu en bois. C'est l'autre joueur qui pose la question. Si le participant trouve la bonne réponse, il dépose une bille à jouer de



couleur. S'il échoue, il doit déposer une bille beige qui bloque son chemin. Au prochain tour, il devra changer sa stratégie c'est-à-dire qu'il devra modifier son chemin dans le but de se rendre jusqu'aux bronches. Il est important de mentionner qu'un trajet continu de dix billes de couleurs (dix bonnes réponses) est nécessaire pour entrer dans les bronches. Lorsqu'un joueur arrive dans les bronches et qu'il échoue une question, il ne dépose pas de bille beige, mais il attend son tour pour tenter sa chance une autre fois. Le premier à atteindre le sommet du jeu gagne la partie.

Lorsqu'ils se trouvent dans la partie poumon, au début de leur tour, les joueurs peuvent utiliser la question blocus (catégorie blanche : gaz sanguins artériels). S'ils répondent correctement à la question, ils peuvent ajouter une bille beige dans le jeu de l'autre pour l'obliger à modifier sa stratégie. Toutefois, un joueur peut se prévaloir de cette tactique qu'une seule fois pendant la partie.

Le jeu est séparé en trois sections. La première, les poumons, correspond aux catégories suivantes : bleue (inhalothérapie

générale), rose (ventilation artificielle prolongée), verte (néonatalogie-pédiatrie), jaune (anesthésie). La seconde, les bronches, comprend les questions sur les médicaments, les formules et les valeurs normales. La dernière étape, quant à elle, consiste à analyser un tracé d'ECG ou un test de fonction respiratoire. ❄

*J'adresse mes sincères remerciements à tous les inhalothérapeutes rencontrés lors du congrès en octobre dernier, pour les encouragements et les bons commentaires reçus. Je suis également heureuse d'annoncer qu'à la demande de plusieurs inhalothérapeutes, il est possible de se procurer un exemplaire du jeu ou simplement les questions, pour ceux qui désirent se perfectionner et se mettre à jour.*

**Pour plus d'informations, me rejoindre par courriel: [sophie617@hotmail.com](mailto:sophie617@hotmail.com)**



**Un emploi chez nous vous intéresse ?**




**Biron Soins du sommeil, chef de file dans le diagnostic et le traitement de l'Apnée du sommeil au Québec est à la recherche constante d'inhalothérapeutes motivés à joindre son équipe afin d'offrir des services intégrés en soins du sommeil.**

Vous avez le goût de vous joindre à une équipe dynamique en pleine croissance et vous détenez les qualifications requises pour exercer ce rôle ? Faites-nous parvenir votre curriculum vitae et il nous fera plaisir de vous contacter.

**Qualifications requises**

- Diplôme d'études collégiales en inhalothérapie et anesthésie
- Membre de l'Ordre professionnel des Inhalothérapeutes du Québec
- Posséder un permis de conduire valide
- Expérience dans les tests diagnostiques et les soins des troubles du sommeil (un atout)

À noter que nous offrons la possibilité aux inhalothérapeutes motivés et intéressés par le sommeil à suivre une formation complète en apnée du sommeil à nos points de services afin de se qualifier pour des postes.

Pour connaître votre qualification de cette offre et une de nos offres d'emploi, veuillez nous parvenir la CV au service des ressources humaines, 4425F boul. Marie-Eugène QC J4R 3J4, 442-2222 ou par courriel à [rh@bironsoins.com](mailto:rh@bironsoins.com)

[www.groupebiron.ca](http://www.groupebiron.ca)



# Le collègue difficile. C'est lui ou moi le problème ?

Par **D<sup>re</sup> Anne Magnan**, omnipraticienne, directrice générale du Programme d'aide aux médecins du Québec

Source : Magnan, A. « Le collègue difficile. C'est lui ou moi le problème ? »  
Le Médecin du Québec 2009; 44 (9) : 49-54. © FMOQ. Reproduction autorisée

*En regardant la radio d'un patient polytraumatisé à l'urgence, je réalise que je vais avoir besoin de l'avis d'un consultant. J'appelle la téléphoniste pour savoir qui est de garde aujourd'hui. « C'est le Docteur X, me dit-elle, dois-je le faire signaler ? ». « Heu... non. » Le souvenir de ma dernière conversation avec lui me revient. Il m'avait alors demandé, sur son ton « bête » habituel : « Coudon, as-tu trouvé ton diplôme de médecine dans une boîte de Cracker Jack ? ». Et moi de penser : « Tu parles d'un #! @\*?! ». Comme il serait réconfortant (et facile !) de répondre à notre question titre en disant que le problème, c'est « l'autre » ! Malheureusement, la présence d'un collègue difficile au sein d'une équipe est l'affaire de tout le monde.*

## summary

*The difficult colleague: Who's the problem, him or me? Whether he is the explosive type or, on the contrary, being less and less visible, the difficult colleague's attitude is a source of problems. For different reasons, such as reluctance to talk about another physician's mental health, the first reaction from other colleagues is not to meddle. For Quebec Physician's Health Program, experience tells us this attitude is a mistake. In fact, the problem will most probably amplify and reach a crisis level sooner or later. This article describes the colleague with difficulties and shows the importance of the problem. The author, relying on her experience with peers' sufferings, describes the common behaviour of doctors with difficulties. She also explains the sources and suggests solutions to help intervene adequately in these delicate situations, while aiming towards healing of the colleague's suffering and of those around him. When being faced with a difficult colleague, above all, don't do nothing!*

### Qui est « tout le monde » ?

**C**e « tout le monde », c'est d'abord, bien sûr, la personne difficile, mais aussi son supérieur hiérarchique, celui ou ceux qui subissent ses comportements de même que ceux qui en sont les témoins et tous les autres qui en ont conscience, tout en estimant que ça ne les regarde pas.

### Qu'entend-on par « difficile » ?

Selon nous, il existe deux types de collègues difficiles. Il y a celui qui saute aux yeux. Son passage s'apparente à celui d'une tornade tant dans l'intensité sonore que dans les objets qu'il déplace ou lance. Impossible de l'ignorer ! Un collègue difficile peut aussi être celui qui s'isole, qu'on ne voit plus, qui n'est que travail et qui, forcément, ne dérange pas. Nous qualifions ce dernier de difficile parce que cette personne, qui évolue dans notre entourage immédiat, peut

« Chez le collègue en difficulté (difficile ou non), l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est **le changement de comportement**, le plus souvent observé d'abord par la famille. L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être. »

être en grand danger sans que l'on s'en soit aperçu. L'un explose, l'autre implose. Dans les deux cas, le problème concerne tous ceux qui les côtoient.

Mentionnons que la culture médicale a traditionnellement non seulement accepté les comportements explosifs, mais les a aussi parfois favorisés. Nous connaissons tous un médecin explosif d'une compétence irréprochable, sommité dans son domaine, qui devient le modèle à suivre pour la relève<sup>1</sup>.

La communauté médicale :

1. a accepté ces comportements ;
2. nous a conduits à les ignorer ;
3. et ne nous a donc pas fourni les outils pour y mettre un terme.

Cependant, la société a changé, et la communauté médicale a évolué. Les comportements qui étaient depuis longtemps jugés inacceptables ailleurs commencent, en médecine, à être plus dérangeants qu'auparavant. La volonté d'y mettre fin se fraie inéluctablement un chemin.

### À quoi reconnaît-on le collègue difficile ?

La littérature et l'expérience des intervenants du *Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)* le confirment : parmi les différents volets de la vie d'un médecin en difficulté, et même en très grande difficulté, le dernier qui sera touché est... le travail<sup>2</sup> ! Le collègue difficile, dans la grande majorité des cas, reste médicalement compétent, même si de sérieux problèmes l'accablent depuis longtemps. Comment l'aborder s'il est professionnellement irréprochable ?

Selon un consensus implicite, un bon médecin doit posséder à la fois des compétences scientifiques, cliniques et relationnelles.

Chez le collègue en difficulté (difficile ou non), l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est **le changement de comportement**, le plus souvent observé d'abord par la famille. L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être. De plus, ce changement n'est généralement que la pointe de l'iceberg. Lorsqu'il devient visible au travail, c'est que le processus évolue depuis plusieurs mois, voire des années.

### L'implosif

Un médecin qui fait face à des problèmes conjugaux ou familiaux optera souvent pour la fuite dans le travail comme « solution » de prédilection. Pour faire taire sa douleur, il performera à l'excès. Il est donc important d'être vigilant en présence d'un confrère qui accepte tous les remplacements de garde ou qui travaille sept jours sur sept. L'isolement, l'hypertravail<sup>2</sup> ou la perturbation du fonctionnement d'une équipe peuvent tous traduire un problème de fond qui risque de progresser.

### L'explosif

Nous connaissons tous des gens bourrus de nature, dont le comportement n'est généralement pas adéquat, mais qui ne sont pas malades pour autant (et nous faisons avec...). Néanmoins, ces personnes peuvent aussi avoir des problèmes personnels ou devenir malades. Leurs comportements inappropriés peuvent devenir de plus en plus fréquents, plus intenses, jusqu'à être intolérables pour les collègues.

Les comportements difficiles sont rapidement catalogués dans les troubles de personnalité, devant lesquels la communauté médicale, en général, se sent impuissante. En raison de ce réflexe des pairs, la personne devient stigmatisée<sup>3</sup>. Et si ces conduites étaient d'abord vues comme des comportements à changer plutôt qu'une personnalité à modifier... ?

### Les comportements observés

Qu'un médecin traverse une période difficile ou qu'il soit malade, les comportements observés sont toujours les mêmes (tableau I).

TABLEAU 1

Comportements auxquels on doit être attentif
<b>Les comportements qui dérangent</b>
Irritabilité
Cynisme
Agressivité : sautes d'humeur graves, crises de colère, dénigrement
Dégradation dans la tenue des dossiers
Organisation déficiente : dossiers non remplis, retard à remplir les formulaires
Perte de fiabilité, manque de ponctualité
Diminution de la participation aux activités et aux comités
Demandes de diminution de la tâche
Pleurs (rares et plus souvent auprès du chef)
Abandon de la médecine
Arrêt de travail
Suicide
<b>Les comportements qui ne dérangent pas</b>
Isolement
Vie personnelle chaotique
Hypertravail

### Le déni

Collègue difficile disions-nous ? Et si le déni s'ajoutait à tout le reste ?

Dans l'imaginaire collectif, un médecin ne peut être malade. Les médecins eux-mêmes sont habités par cette croyance, tout comme leurs collègues. Le déni prend une ampleur insoupçonnée chez un médecin malade parce que ce dernier<sup>3</sup> :

...

« Les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité, les questionnaires des ordres professionnels sur les problèmes de santé mentale des médecins (lors d'un renouvellement de permis), la crainte d'une suspension, de mesures disciplinaires ou de poursuites, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, etc. sont autant d'obstacles qui favorisent l'omerta, de la part du médecin comme de la communauté. »

- • •
- manque de temps<sup>4</sup>;
- estime que sa souffrance est moins importante que celle de son patient;
- craint de perdre son permis d'exercice;
- vit un sentiment d'échec et de honte<sup>3,5</sup> devant sa propre maladie;
- craint de déranger un collègue;
- dissimule ses difficultés pour ne pas avoir de dossier médical;
- a du mal à accepter de ne plus avoir la capacité d'en faire autant qu'avant;
- a la ferme conviction qu'il est le seul à vivre une telle situation<sup>4</sup>.

Une personne en difficulté peut ne pas être consciente de son état ou, si elle l'est, ressentir un important sentiment de honte. Dans la communauté médicale, la maladie mentale stigmatise le soignant, qui est alors perçu comme un être faible et devient victime de rejet<sup>3</sup>.

#### Demander de l'aide : pourquoi est-ce si difficile ?

Au déni, à la honte<sup>3,5</sup>, au sentiment d'échec et au jugement appréhendé de la communauté médicale s'ajoute un ensemble de facteurs qui fait que demander de l'aide exige parfois un courage hors du commun.

#### Les enjeux individuels

Au départ, le médecin a une propension naturelle à nier ou à ne pas tenir compte de ses besoins de base. Concentré sur la souffrance du patient, il ne ressent plus la sienne qui lui semble de moindre importance<sup>2,3</sup>.

Pour un médecin, reconnaître qu'il est malade peut signifier un arrêt de travail avec toutes les conséquences qui s'ensuivent. Ses patients ne pourront recevoir les soins dont ils ont besoin et ses collègues devront absorber une surcharge de travail. La culpabilité s'installe alors.

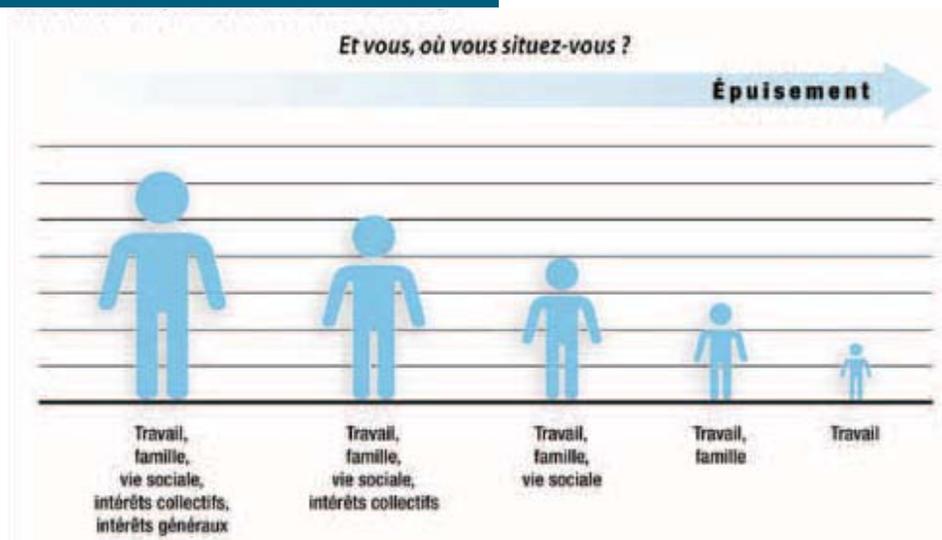
Afin d'éviter à tout prix l'arrêt de travail, un médecin s'adaptera à ses difficultés. Par exemple, si sa concentration diminue, il compensera en contre-vérifiant tout ce qu'il fait et, en conséquence, investira encore plus de temps dans son travail. Il soustraira alors de sa vie tout ce qui le ressource et qui l'aiderait à préserver sa santé ou à la recouvrer plus rapidement (musique, activités culturelles, sports). Plusieurs médecins ont construit leur identité autour de leur travail. L'arrêt devient alors un enjeu de vie et une perte totale de sens (voir figure 1).

#### Les enjeux culturels

Les barrières individuelles sont amplifiées par la rectitude de la culture médicale. La stigmatisation culturelle, nourrie par le jugement, l'ignorance et les attitudes discriminatoires vis-à-vis les médecins ayant un problème de santé mentale, augmente la souffrance et l'isolement<sup>3</sup>. Elle favorise le déni de la maladie, retarde indéfiniment le moment d'aller chercher de l'aide, mène à l'autotraitement<sup>6</sup> et augmente le risque de suicide. Ainsi, certains médecins souffrent d'une maladie psychiatrique non reconnue, non diagnostiquée, autotraitée ou sous-traitée.

Les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité<sup>4</sup>, les questionnaires des ordres professionnels<sup>4</sup> sur les problèmes de santé mentale des médecins (lors d'un renouvellement de permis), la crainte d'une suspension, de mesures disciplinaires ou de poursuites, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, etc. sont autant d'obstacles

Figure 1. Identité rétrécie (réaliser le travail ou se réaliser)



Source: VÉZINA M, COUSINEAU M, MERGLER D, et coll. *Pour donner un sens au travail : bilan et orientation du Québec en santé mentale au travail*. Montréal : Gaëtan Morin ; 1992. Reproduction autorisée.



qui favorisent l'omerta, de la part du médecin comme de la communauté.

La protection du public et le droit du médecin d'être malade peuvent coexister à condition que la maladie soit dissociée de la qualité de l'exercice<sup>3,4</sup>. Dans ce contexte, les organismes qui encadrent la pratique ont un rôle capital à jouer.

### Intervenir: qui le fait, quand et comment ?

Qu'il s'agisse d'un médecin qui nous fait souffrir ou d'un médecin qui souffre (notons que le premier peut souffrir aussi), on doit intervenir le plus tôt possible après avoir observé le changement de comportement<sup>7</sup>. Intervenir ne signifie pas « régler le problème », mais amorcer le processus consistant à nommer le malaise et à voir quelle action peut être entreprise, tout en se respectant dans ce qu'il est possible de faire.

Qu'on ait affaire à une tornade ou à un collègue silencieux qui s'isole, on doit garder en tête:

- qu'en tant que personne ou équipe, on ne peut laisser la situation perdurer, car faire l'autruche conduira, tôt ou tard, à l'aggravation de la situation;
- qu'il se peut que le médecin concerné ne soit pas conscient de ses difficultés;
- qu'il est possible que le médecin concerné soit conscient de ses difficultés et qu'il croit à tort que rien ne paraît;
- qu'en intervenant, on fera parfois face au déni et que pour le contourner, on devra s'appuyer sur des faits.

L'intervention n'est facile pour personne. Les craintes de celui qui intervient sont légitimes et les problèmes sont les mêmes pour tous:

- nous avons peu de modèles;
- nous vivons un malaise lorsque nous intervenons;
- nous sommes tentés par la fuite;
- nous anticipons presque toujours le pire scénario.

L'intervention peut prendre la forme d'une discussion constructive avec un autre collègue sur la façon d'aider le médecin de notre équipe qui nous dérange ou qui nous inquiète. Si la conversation se solde par: « Il paraît que le PAMQ peut nous épauler, je vais m'informer... », déjà le processus est bien amorcé.

### Comportements inappropriés: guide 101

Nous avons établi que le collègue difficile peut être autant celui qui s'isole et qui fuit dans l'hypertravail<sup>2</sup> que celui qui explose.

Il est plus facile de dire à un confrère: « Ça fait des semaines que tu ne manges plus avec l'équipe, que la porte de ton bureau est fermée et que tu travailles sans arrêt. Je m'inquiète et je voulais savoir si tu veux prendre une pause pour qu'on en jase ensemble... » que d'aborder celui qui explose à tout propos.

Voyons d'abord ce qu'est un comportement inapproprié. Selon la définition de la *Loi sur les normes du travail*, le harcèlement

## 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

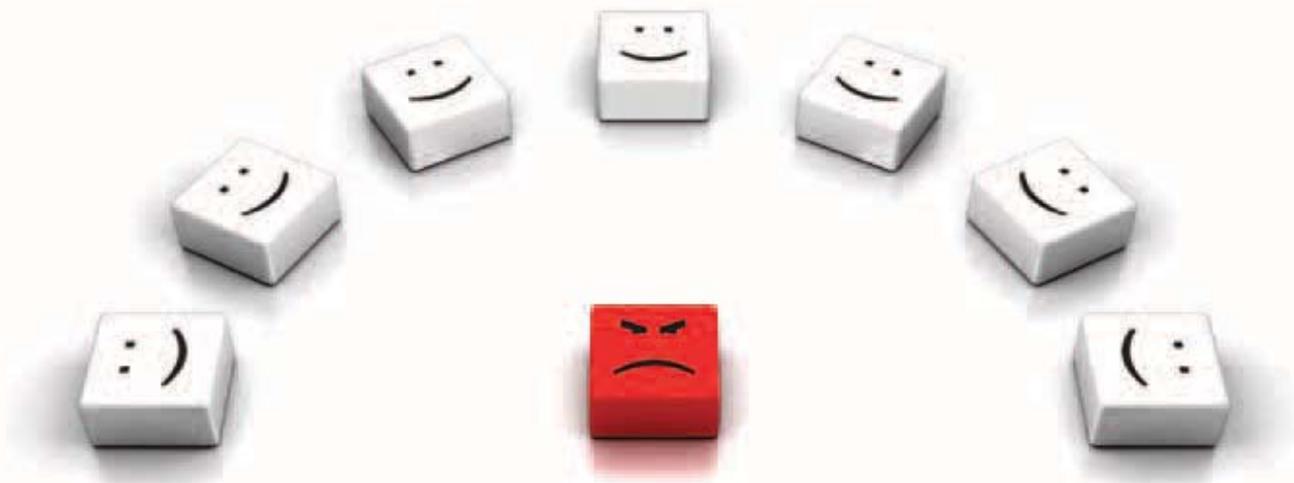
2 cours optionnels (ces cours peuvent faire l'objet d'une reconnaissance des acquis à partir des cours de votre DEC)



Université du Québec  
en Abitibi-Témiscamingue

**Renseignez-vous!**

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



psychologique est « une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste ».

La Loi précise également qu'une « seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié<sup>8</sup> ».

Il faut savoir que :

- l'intention du présumé harceleur n'a pas à être prise en considération ;
- les paroles, les gestes, les actes ou les comportements du harceleur n'ont pas à être dits ou faits dans l'intention de nuire ;
- ce sont les effets sur la personne visée qui sont pris en compte.

#### Que faire si je subis des comportements inappropriés ?

Dans notre société, quels que soient notre âge, notre sexe, notre travail ou notre statut, nous devrions tous apprendre comment exprimer correctement à l'autre que le geste qu'il vient de poser nous a blessé, offensé, vexé, effrayé, etc. Cette règle devrait être incontournable pour chacun de nous afin que toute conduite inacceptable soit mise en échec dès sa première manifestation.

La personne qui a subi un comportement inadéquat devrait le faire savoir calmement, mais clairement, à celui qui a posé le geste (ou prononcé les paroles vexantes). Elle peut le faire verbalement ou par écrit<sup>10</sup>.

Voici l'exemple d'une approche adéquate : « D' Bougon, le ton que vous utilisez pour me parler m'affecte et nuit à ma performance. Comme il interfère dans l'accomplissement de notre travail, j'aimerais que vous me parliez sans hausser le ton et sans utiliser un langage offensant. »

Si le comportement perdure et que la personne doit redemander que cesse la conduite, elle pourra ajouter : « Si votre attitude à mon égard ne change pas, je prendrai les mesures qui s'imposent. »

Dans cette mise en situation, la personne :

- indique le comportement inapproprié ;
- décrit ce qu'elle ressent face au comportement qu'elle juge inacceptable ;
- décrit l'effet sur son travail ;
- demande l'arrêt de cette conduite ;
- annonce des conséquences s'il n'y a pas de correctifs.

Un comportement inapproprié se produisant une fois, dans le feu de l'action, peut se régler devant un café. Pour des situations

plus sérieuses ou répétitives, une demande d'entretien dans un cadre formel (ex. : un bureau) sera plus indiquée et devra reprendre les cinq éléments décrits plus haut. Si un médecin juge qu'il n'est pas le mieux placé pour intervenir parce qu'il s'agit de son supérieur ou d'un médecin très qualifié et admiré de tous, il peut consulter une autre personne, le PAMQ ou les deux.

#### Que faire si je suis témoin de comportements inappropriés ?

Parce qu'ils sont moins touchés sur le plan émotif, les témoins ont un rôle important à jouer dans ce genre de situations. On ne doit jamais perdre de vue que si rien n'est fait, le problème ne se corrigera pas.

Si des comportements sont ignorés, ils deviennent alors tolérés et banalisés, et tous risquent alors de les subir. Les interventions des témoins sont importantes pour faire prendre conscience au collègue difficile que sa conduite est dérangeante. Le témoin interviendra avec calme et respect (il n'imitera pas le comportement qu'il demande de corriger), rapportera les faits, la façon dont la conduite a été perçue et les répercussions sur le travail du groupe (tableau II). Dans certaines situations, il est recommandé de faire l'intervention à deux. Il faut prendre soin d'écouter la version de notre interlocuteur, car certains admettent qu'ils ne réalisaient pas qu'ils bousculaient tout le monde et indiquent qu'ils feront attention à l'avenir. Lorsqu'une personne nie ou réplique, par exemple, qu'elle ne croyait pas être entourée d'une équipe de « petites natures », les intervenants peuvent s'adresser à une instance supérieure. Dans certains milieux, un code de conduite facilite l'intervention auprès du collègue qui banalise ses comportements<sup>7,11</sup>.

Tableau II

#### Éléments clés d'une rencontre avec un collègue difficile<sup>7</sup>

- Communiquer son inquiétude et son désir d'aider
- Reconnaître les mérites du travail de ce collègue
- Énoncer des faits précis qui posent problème
- Informar le collègue que certains comportements sont parfois le reflet d'un problème de santé, sans toutefois poser de diagnostic
- Parler de l'existence du PAMQ et de l'aide confidentielle qui y est offerte
- Exposer les conséquences possibles si rien n'est fait et les avantages d'aller chercher de l'aide
- Formuler clairement les changements attendus



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.

« La personne qui a subi un comportement  
inadéquat devrait le faire savoir calmement,  
mais clairement, à celui qui a posé le geste  
(ou prononcé les paroles vexantes).  
Elle peut le faire verbalement ou par écrit. »

Je réalise que les propos du Docteur X constituent du dénigrement. Je prends mon courage à deux mains et décide de mettre en pratique les étapes du « Guide 101 ».

À mon grand étonnement, mon interlocuteur s'est dit surpris que ses agissements aient un tel effet. Depuis, il me parle adéquatement.

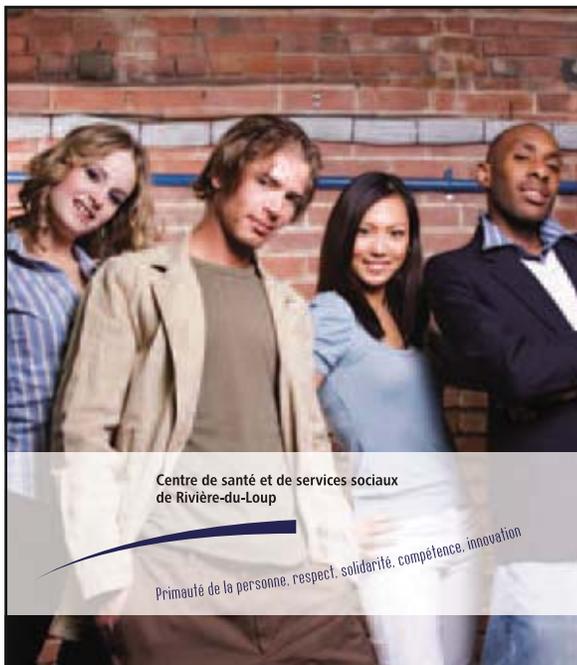
**Au départ, nous posions la question :** « Est-ce lui ou moi ? » Nous réalisons finalement que l'harmonie, c'est l'affaire de tout le monde!



La D<sup>re</sup> Anne Magnan n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

**Bibliographie**

- 1 KRISEK T.J. Ethics and Philosophy Lecture: Surgery... Is It an Impairing Profession? *J Am Coll Surg* 2002; 194 (3): 352-65.
- 2 VÉZINA M. MARANDA MF, GILBERT MA, ST-ARNAUD L. *La détresse des médecins: un appel au changement*. Québec: Presses de l'Université Laval; 2006.
- 3 MYERS MF, GABBARD GO. *The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2008. 242 p.
- 4 CENTER C, DAVIS M, DETRE T et coll. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA* 2003; 289: 3161-6.
- 5 TYSSSEN R, ROVIK JA, VAGLUM P et coll., Help-seeking for mental health problems among young physicians; is it the most ill that seeks help? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39 (12): 989-93.
- 6 KAY M, MICHELL G, CLAVARINO A et coll., Doctors as patients: a systemic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract* 2008; 5: 501-8.
- 7 SOTILE WM, SOTILE MO. The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations. Chicago: *American Medical Association*; 2002. 331 p.
- 8 Québec. *Loi sur les normes du travail du Québec*. LRQ c. N-1.1, paragraphes 81.18 à 81.20, à jour au 14 mai 2009. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- 9 Commission des normes du travail du Québec. *Guide de sensibilisation à l'intention des employeurs et des salariés*. Québec: La Commission; 2008. Site Internet: [www.cnt.gouv.qc.ca/fileadmin/pdf/publications/c\\_0246.pdf](http://www.cnt.gouv.qc.ca/fileadmin/pdf/publications/c_0246.pdf) (Date de consultation: le 5 mai 2009).
- 10 Bureau d'intervention et de prévention en matière de harcèlement. *Je pense être victime*. Montréal: UQAM. Mise à jour le 12 janvier 2006. Site Internet: [www.harcèlement.uqam.ca/victime.php?section=victime](http://www.harcèlement.uqam.ca/victime.php?section=victime) (Date de consultation: le 5 mai 2009).
- 11 College of Physicians and Surgeons of Ontario et Ontario Hospital Association. *Guidebook for managing disruptive physician behaviour*. Toronto: Le CPSO et l'OHA; avril 2008. Site Internet: [www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Disruptive%20Behaviour%20Guidebook.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Disruptive%20Behaviour%20Guidebook.pdf) (Date de consultation: le 5 mai 2009).



Centre de santé et de services sociaux  
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne. respect. solidarité. compétence. innovation

## Nous recherchons deux inhalothérapeutes

(Affectation à temps complet de 35 heures/semaine)

**Sommaire des responsabilités** • Sous l'autorité du chef des services d'inhalothérapie, vous appliquerez différentes techniques d'inhalothérapie à des fins diagnostiques ou de traitement des troubles respiratoires selon une prescription médicale incluant des épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire. Selon le cas, vous pourriez être appelé à travailler également au bloc opératoire.

**Avantages à travailler avec nous** • Équipe polyvalente et multidisciplinaire > encadrement professionnel pour les nouveaux employés > formation continue spécialisée > milieu de travail favorisant l'entraide et la coopération

**Les personnes intéressées sont priées de faire parvenir leur curriculum le plus tôt possible à l'attention de:**

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
Télécopieur : (418) 868-1890 • Courriel : [rh.cssrdl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:rh.cssrdl@ssss.gouv.qc.ca)

Nous favorisons l'équité en matière d'emploi.

# Initier un changement de comportement en trois minutes : brisez les barrières !

par **Jacques Bédard**, M.D., CSPQ, FRCP (C), médecine interne, professeur titulaire d'enseignement clinique, Faculté de Médecine de Sherbrooke

Source: *Les actualités du cœur*, Vol. 12, N° 1, hiver 2009, p. 4-5.

Les changements de comportement (sédentarité, alimentation, tabagisme, adhésion Rx...) constituent l'assise d'une prise en charge globale des patients à haut risque de problèmes cardiovasculaires. Habituellement, les professionnels de la santé utilisent une approche uniforme pour tous les patients en **identifiant** les comportements nuisibles, **informant** les patients du pourquoi et **donnant** des directives sur **comment** changer (**approche directive traditionnelle**).

## Cependant, les patients ne changent pas !

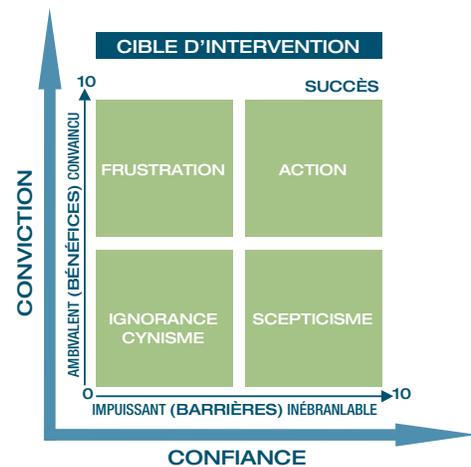
En réponse à cette problématique, nous présentons un outil d'intervention **universel** (le même pour **tous** les types de professionnels et tous les comportements), centré sur le patient, visant la **reconnaissance**, le **renforcement** et l'**accélération** du cheminement naturel menant aux changements de comportements.

Trois concepts, reposant sur des données probantes, ont été articulés dans un tout cohérent pour devenir un seul outil pratique d'intervention dans un intervalle court de trois minutes (correspondant au temps moyen alloué à chaque intervention par les médecins).

Le premier concept (*Étapes de changement de comportement, modèle Prochaska*) situe le clinicien à l'**étape** où le patient est rendu dans son cheminement. Il permet ainsi de planifier une intervention **individualisée** en fonction de cette étape, donc beaucoup plus efficace. Il définit aussi le but de chaque intervention, soit le passage d'une étape à l'étape suivante (voir figure 1).

Le deuxième concept (*Échelle Conviction - Confiance, modèle Miller et Rollnick*) définit la **cible** de l'intervention (voir figure 2). En effet, le passage à l'action de changer se fait uniquement lorsque la Conviction (perception des avantages à...) et la Confiance (perception dans notre capacité de...) sont, simultanément, très élevés.

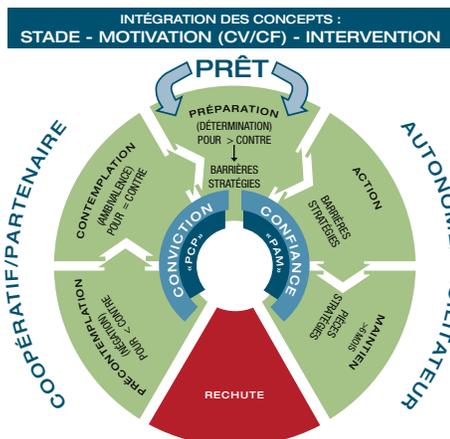
figure 2



L'intervention **ciblée** vise à augmenter **d'abord** la « Conviction » de façon à amener un patient **prêt** au changement (**motivé** à changer...) à l'étape de la Préparation puis la « Confiance » par l'identification des barrières et stratégies réalistes conduisant au passage à l'Action.

Le troisième concept introduit la technique propre de communication : **interview motivationnel** (Miller, Rollnick) qui, par l'utilisation habile de **questions ouvertes, provoque**, renforce et accélère le mouvement le long du sentier menant changement, **plutôt que de diriger** (méthode d'intervention habituelle). Les questions ouvertes, visent à augmenter la Conviction, dans un premier temps, en provoquant l'expression, par le patient, d'avantages personnels avec charge émotionnelle élevée (trois premières étapes de Prochaska : Précontemplation, Contemplation, Préparation) et dans un deuxième temps amènent le patient à identifier lui-même les barrières ainsi que les solutions (stratégies) menant au passage à l'Action. »

figure 1



«Trois concepts, reposant sur des données probantes, ont été articulés dans un tout cohérent pour devenir **un seul outil pratique** d'intervention dans un intervalle court de trois minutes (correspondant au temps moyen alloué à chaque intervention par les médecins).»

**Questions pour évaluer : stade – conviction – confiance**

**Stade** > « Qu'est-ce que vous penseriez de changer...?; Votre consommation de...?; Perdre du poids...? ».

**Conviction** > « Si vous décidiez de... qu'est-ce que ça pourrait vous apporter de bon...? ».

**Confiance** > « Si vous décidiez vraiment de... pensez-vous être capable de le faire...? ».

Ainsi, l'intervention **reconnait, accélère et renforce** le processus de cheminement naturel menant au changement.

Les avantages d'utilisation de cette technique d'intervention se mesurent à trois niveaux :

- 1 L'utilisation d'une telle technique de communication, par chaque professionnel, constitue le fondement d'une intervention individualisée, ciblée et efficace en identifiant le but (Étapes Prochaska) et la cible spécifique de chaque intervention (Conviction ou Confiance).

- 2 Le même outil fournit une grille d'évaluation objective, lors de visites subséquentes, sur le succès ou l'échec des interventions selon que le patient avance ou recule dans son cheminement et conduit à un réajustement conséquent des stratégies d'intervention.
- 3 Finalement l'utilisation de ce même outil (même langage, même technique...) par tous les à professionnels d'une même équipe thérapeutique (ex. : clinique Diabète, HTA, etc.) crée un effet de synergie qui augmente considérablement l'accélération du cheminement des patients qui passent d'un professionnel à l'autre. La puissance d'intervention est décuplée par le fait que les différents professionnels deviennent les maillons d'une même chaîne et que tous tirent dans la même direction!

Dans tout l'éventail des interventions médicales, nous insistons depuis plus de 30 ans sur le **pourquoi** provoquer des changements de comportement chez les patients: le temps est maintenant venu de promouvoir le **comment!** ❄️

## Un regroupement de chercheurs québécois contribue à faire progresser les connaissances sur le virus de la grippe A (H1N1)

**D**es membres d'un regroupement de chercheurs québécois ont présenté les résultats préliminaires de leurs travaux sur la grippe A (H1N1), dans le cadre de l'*Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, un prestigieux et important congrès international que l'Association américaine de microbiologie a tenu à San Francisco.

L'étude en question visait à évaluer la durée de la période de contagiosité des patients atteints par le H1N1. Elle a été menée auprès des membres de 65 familles québécoises, de mai à juillet 2009. Parmi les personnes infectées par le H1N1 tel que confirmé en laboratoire, environ 15 % étaient toujours contagieuses le huitième jour après le début des symptômes, mais aucune ne l'était après 10 jours. Ces résultats préliminaires seront complétés par des études en cours sur les prélèvements sanguins et comparés à ceux de différentes recherches menées ailleurs dans le monde. Par ailleurs, grâce à de nouvelles analyses des données récoltées et des prélèvements sanguins faits dans le cadre de cette étude, on procédera à d'autres recherches, dont une sur la réponse immunitaire des sujets infectés et une autre sur la proportion d'individus infectés par le H1N1 qui ne présentent pas de symptômes.

La recherche exposée au congrès a été menée par un regroupement interdisciplinaire d'une quinzaine de chercheurs provenant de plusieurs universités et centres de recherche à travers le Québec, sous la coordination des médecins et chercheurs Guy Boivin, du Centre hospitalier universitaire de Québec, et Gaston De Serres, de l'Institut national de santé publique du Québec.

Il s'agit d'une initiative de recherche unique, qui a été lancée par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) en étroite collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), grâce à un financement de plus de 250 000 \$ provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation.

La particularité de cette initiative est la vitesse à laquelle elle a été mise en place pour répondre à des questions pressantes de santé publique. « Tout le processus qui a conduit de la mobilisation et du regroupement de chercheurs, en passant par l'évaluation scientifique du projet de recherche jusqu'à son financement, a été mené extrêmement rapidement, en quelques semaines, grâce au leadership du FRSQ », a déclaré D<sup>r</sup> Boivin.

« Le FRSQ est fier de la célérité avec laquelle chercheurs et partenaires ont collaboré pour réagir avec rigueur et souplesse en proposant un projet de recherche en réponse à une importante question de santé publique », a déclaré M. Yves Joannette, président-directeur général du FRSQ. « Cette grande réactivité a aussi été rendue possible par la capacité remarquable des chercheurs québécois de travailler en réseau », a ajouté D<sup>r</sup> Howard Bergman, vice-président et directeur scientifique du FRSQ.

« Nous sommes très heureux et satisfaits de participer à cet effort collectif de recherche. Cette initiative de regrouper des chercheurs québécois a permis de faire progresser l'état des connaissances sur la grippe A (H1N1) », a conclu pour sa part D<sup>r</sup> Luc Boileau, président-directeur général de l'INSPQ. ❄️

### À propos du Fonds de la recherche en santé du Québec

Relevant du ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) a pour mission de soutenir la recherche en santé en vue de favoriser le mieux-être de la population québécoise. Il a pour mandat la promotion et le soutien financier de cette recherche, la diffusion des connaissances et la formation des chercheurs, l'établissement de partenariats nécessaires au développement du système québécois de la recherche et de l'innovation, et enfin, le rayonnement de la recherche en santé sur le plan international.

[www.frsq.gouv.qc.ca](http://www.frsq.gouv.qc.ca).

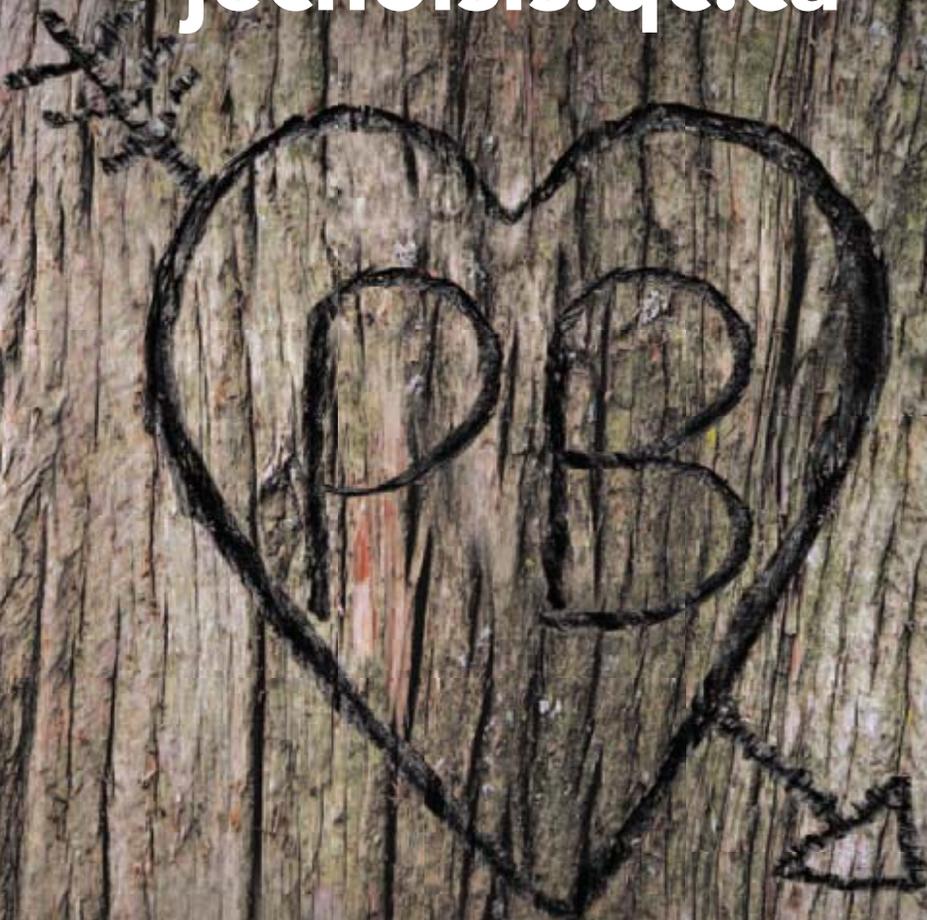
### À propos de l'Institut national de santé publique du Québec

Créé en 1998, l'INSPQ est un centre d'expertise et de référence qui fait progresser les connaissances et propose des stratégies pour améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise. Ses activités s'articulent autour de six fonctions : l'information, la formation, la recherche, la collaboration internationale, l'assistance conseil et les services de laboratoires spécialisés. L'INSPQ soutient, entre autres, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales en santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités.

# JE CHOISIS PIERRE-BOUCHER

Un climat de travail chaleureux et des équipes passionnées? J'aime ça!  
En plus d'un environnement exceptionnel, je sais que je trouverai au  
CSSS Pierre-Boucher le partage des connaissances, les pratiques  
d'avant-garde, les techniques de pointe et le soutien  
nécessaires à mon épanouissement professionnel.

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



Centre de santé et de services sociaux  
Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE



## Le Trophée Roses des Sables, véritable aventure humaine!

par Joanny Gosselin, inh.

**D**u 8 au 18 octobre dernier avait lieu la 9<sup>e</sup> édition du *Trophée Roses des sables*, rallye exclusivement féminin se déroulant dans le désert du Maroc. Le *Trophée* comporte plusieurs épreuves d'orientation et de franchissement des dunes où toute notion de vitesse est exclue et où l'objectif est de rallier l'étape du jour à l'aide d'un *road-book*, d'une carte et d'une boussole, en respectant les différents contrôles de passage. Un volet humanitaire à destination des enfants défavorisés y est également jumelé, car chaque équipage doit apporter 50 kg de produits d'hygiène, produits de puériculture, vêtements, matériel scolaire et divertissements, destinés aux populations du Sud marocain ou parrainer un enfant du désert. Les étapes se sont conclues le soir, par un bivouac organisé ou une nuit à l'hôtel pour le début et la conclusion du *Trophée*.

Joanny Gosselin, 24 ans et Lynda Crevier, 41 ans, toutes deux inhalothérapeutes, formaient l'équipe n° 32 nommée *Le Souffle du désert*. Elles racontent brièvement leur expérience.

« Une journée fut différente, l'étape des dunes... Cette étape fut la plus belle et en même temps, la plus éprouvante journée

du rallye... C'est indescriptible... Pleurs, rires, rage et épuisement... Bref, nous sommes passées par toute une gamme de sentiments ! Les paysages du Maroc sont magnifiques : les dunes, les levers et couchers de soleil, le ciel étoilé la nuit, les oueds, la montagne rocailleuse, les dromadaires... C'est splendide, à couper le souffle ! Faire le rallye, c'est visiter les garages marocains, les souks et se rapprocher des Berbères, ces habitants du désert pour partager le thé. De plus, nous avons pu vivre l'expérience du traditionnel hammam marocain.

Malgré quelques ennuis de santé et une mécanique parfois défaillante, nous avons complété toutes les étapes du rallye et terminé au 52<sup>e</sup> rang sur 60.

C'est grâce à nos familles et amis ainsi qu'à nos commanditaires (Biron, Citadelle, Sani-Thetford 2000, Créations Jules, Sports Riendeau) si nous avons pu de vivre cette expérience unique, enrichissante et inoubliable. Nous les remercions chaleureusement. »

Félicitations les filles, pour cet accomplissement! ❄️



# Projet de Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute en société

par M<sup>e</sup> Andrée Lacoursière, adjointe à la direction générale

**A**u cours des derniers mois, certains d'entre vous nous ont contactés afin de savoir si la réglementation de l'Ordre leur permettait d'exercer leur profession d'inhalothérapeute en société. La réponse, pour le moment, est non. Toutefois, nous travaillons depuis quelques mois à un projet de règlement qui permettra éventuellement aux inhalothérapeutes d'exercer leur profession au sein d'une société par actions (S.P.A.) ou encore d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (S.E.N.C.R.L.).

En effet, depuis le 21 juin 2001, date de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société*, les ordres professionnels sont autorisés à adopter un règlement afin de permettre à leurs membres d'exercer leurs activités professionnelles au sein de telles sociétés. On y détermine, s'il y a lieu, les conditions, modalités et restrictions suivant lesquelles ces activités peuvent être exercées par leurs membres.

Le Code prévoit donc dorénavant que les membres d'un ordre professionnel peuvent exercer leurs activités au sein d'une S.P.A. ou d'une S.E.N.C.R.L. si le Conseil d'administration de l'ordre a adopté un tel règlement, si les membres de l'ordre qui choisissent d'exercer leurs activités professionnelles au sein d'une telle société fournissent et maintiennent pour cette société une garantie contre leur responsabilité professionnelle, et s'ils produisent une déclaration annuelle à leur ordre professionnel.

Avant 2001, les seules formes de structures autorisées aux professionnels québécois étaient l'exercice au sein d'une entreprise individuelle non incorporée, au sein d'une société dite

nominale ou de dépenses, ou encore au sein d'une société en nom collectif (S.E.N.C.). Ils n'étaient pas autorisés à exercer leurs activités professionnelles au sein d'une société par actions, c'est-à-dire de ce que l'on désigne habituellement comme une « compagnie ». Bien que de telles structures offrent des avantages fiscaux ainsi qu'un mode d'organisation et de financement intéressant pour les professionnels, cette interdiction s'expliquait principalement par les préoccupations du législateur liées au maintien de la responsabilité professionnelle des professionnels en cas de faute et à la protection du public. On ne voulait pas qu'un professionnel puisse invoquer le « voile corporatif » afin de limiter ses obligations à l'égard de sa propre faute.

L'adoption de ce règlement nécessitera également des modifications au *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* afin d'adapter certaines règles déontologiques à la réalité de la pratique de l'inhalothérapie en société. Ainsi, l'on retrouvera de nouvelles dispositions notamment en matière d'intégrité, de conflits d'intérêts, de responsabilité civile, de secret professionnel et de rémunération.

Vous aurez compris à la lecture de ce qui précède que l'adoption d'un tel règlement est un travail de longue haleine. Plusieurs étapes ont toutefois déjà été franchies et un projet de règlement devrait vous être soumis pour consultation d'ici la fin de l'année, puisqu'en vertu des dispositions de l'article 95.3, ce projet doit être soumis aux membres pour consultation au moins 30 jours avant son adoption par le Conseil d'administration de l'Ordre. Je vous invite donc à nous faire parvenir vos commentaires le cas échéant. \*

## Liste des personnes radiées

**Lors de la réunion du Conseil d'administration du 1<sup>er</sup> octobre 2009, les personnes suivantes ont été radiées du Tableau pour avoir fait un arrêt de paiement sur le 2<sup>e</sup> versement de la cotisation annuelle**

- Madame Céline Brousseau (74060)
- Madame Josée Dubé (90015)
- Monsieur Pierre Perreault (74059)





## Des iPS à partir de la graisse de liposuction

Source : *L'actualité médicale*, Des iPS à partir de la graisse de liposuction, septembre 2009.

[En ligne] [[http://www.lactualitemedicale.com/actualites/actualites/article.jsp?content=20090915\\_144935\\_7900](http://www.lactualitemedicale.com/actualites/actualites/article.jsp?content=20090915_144935_7900)]. (Consulté le 27 octobre 2009).

**D**es graisses humaines prélevées lors de la liposuction cachent des cellules prêtes à être rapidement et facilement transformées en cellules souches pluripotentes induites (iPS), révèle une étude de l'École de Médecine de Stanford.

« Nous avons identifié une vaste source naturelle d'iPS », se félicitent Ning Sun, Michael Longaker et coll. qui soulignent qu'ils sont parvenus à leur fin, obtenir les iPS, avec 20 fois plus d'efficacité qu'à partir des fibroblastes cutanés utilisés par les

chercheurs. Et sans avoir été obligés d'ajouter des cellules nourricières murines, comme il est habituel de le faire avec les fibroblastes, « ce qui en fait un matériel idéal pour mettre en route des traitements humains ».

Les cellules souches des adipocytes sont plus *embryonic like* que les fibroblastes et elles peuvent se différencier en cellules des trois principaux tissus humains : neurones, muscle et épithélium digestif. ❄

## L'Ordre y était



- Conseil d'administration du CQTS;
- Comité des directeurs de l'inspection professionnelle du CIQ;
- Les entretiens d'Halifax 9, Le symposium sur la sécurité des soins de santé au Canada;
- Rencontre du Comité des experts du Réseau RISQ+H
- Rencontre du comité de travail sur le Cadre de référence en oxygénothérapie à domicile;
- CIQ: comité directeur du forum des syndicats;
- Comité consultatif sur la révision du cadre de référence en ventilation à domicile, MSSS;
- Journée de formation scientifique interdisciplinaire/ La pandémie: débriefing des urgences;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/réunion régulière et assemblée générale annuelle;
- Assemblée générale des délégués du Syndicat des intervenantes et intervenants de la santé du Nord-Est Québécois (CSQ);
- CIQ/formation sur la Loi d'accès;
- CIQ/assemblée des membres;
- 7<sup>e</sup> Colloque des conseils multidisciplinaires du Québec/ Le CM aux services de la qualité;
- Rencontre avec le président de l'AAQ, Dr Claude Trépanier;
- Colloque du RQAM: Les défis du travail interdisciplinaire;
- Colloque du Barreau de Montréal CAJ;
- Colloque Traitement des demandes d'accès à l'information



# UN PRO c'est un PRO

En matière de soins cardiorespiratoires, il n'y a pas de place pour l'improvisation...L'inhalothérapeute possède justement l'intégrité, la formation et la compétence qui les accompagnent. Membre de l'**Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec**, vous pouvez lui faire confiance.



*Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec*

**OPIQ**

[WWW.OPIQ.QC.CA](http://WWW.OPIQ.QC.CA)



## Adoption au Sénat du projet de loi C-32 : une immense victoire pour la santé des jeunes

**L**a Coalition québécoise pour le contrôle du tabac se réjouit aujourd'hui de l'adoption sans amendements et à l'unanimité du projet de loi C-32 par le Sénat du Canada. La législation interdit l'ajout d'additifs aromatisants dans tous les cigarillos et cigarettes, de même que la publicité en faveur du tabac dans les imprimés.

« Cette législation crée un précédent mondial à l'égard de l'aromatisation des produits du tabac. Aucun pays ne va aussi loin que le Canada pour éliminer l'usage d'additifs qui servent à aromatiser et à améliorer le goût du tabac. Le gouvernement du Canada a effectivement arraché à l'industrie une autre de ses stratégies pour attirer les jeunes vers une dépendance mortelle. Enfin, la mise en marché de produits mortels en mini paquets amusants et multicolores aux saveurs de chocolat et de fraises sera interdite », se réjouit Flory Doucas, porte-parole de la Coalition.

La *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* :

- ❶ interdit l'ajout de saveurs dans les cigarettes, les cigarillos et les tubes de tabac (*blunts*), à l'exception du menthol;
- ❷ impose un minimum de 20 cigarillos ou 20 tubes de tabac par emballage et
- ❸ interdit la publicité dans les imprimés.

Selon la Coalition, les mesures contenues dans le projet de loi C-32 s'attaquent de manière efficace au phénomène de la mise en marché des cigarillos aromatisés, un désastre de santé publique contre lequel la Coalition se bat maintenant depuis l'automne 2006. Introduits sur le marché il y a à peine quelques années, les cigarillos sont à eux seuls responsables de l'augmentation du tabagisme chez les jeunes Québécois. Selon les plus récentes données de l'Institut de la statistique du Québec, plus d'élèves du secondaire fument le cigarillo que la cigarette. Pour tout dire, les cigarillos sont devenus le produit d'initiation au tabac par excellence au Québec.

### Publicités

Il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'interdiction de la publicité dans les imprimés. « La législation fédérale amène le Québec à faire un pas de plus vers une interdiction totale de la promotion en faveur du tabac. Dorénavant, les compagnies de tabac ne pourront plus diffuser des publicités vantant les "bénéfices" de produits qui tuent la moitié de leurs consommateurs. » Au Québec, il ne restera à l'industrie que l'affichage aux points de vente et la promotion véhiculée par les emballages.

### Chantage

D'autre part, la Coalition a été profondément déçue par la rapidité et la facilité avec lesquelles certains politiciens se sont laissés

« *La Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes : interdit l'ajout de saveurs dans les cigarettes, les cigarillos et les tubes de tabac (blunts), à l'exception du menthol ; impose un minimum de 20 cigarillos ou 20 tubes de tabac par emballage et interdit la publicité dans les imprimés.* »

convaincre par l'industrie du tabac et ses partenaires. « Compte tenu de l'historique saturé de mensonges et d'autres manœuvres douteuses de l'industrie du tabac, il est épouvantable qu'il y ait encore des élus qui croient à son refrain de chantage économique », fait valoir madame Doucas. À cet égard, *Philip Morris* annonçait que le projet de loi C-32 forcerait la compagnie à fermer son usine à Québec et ce, alors que seule une piètre partie de sa production serait affectée par la loi (0,5 % du marché canadien des cigarettes est affecté par le projet de loi C-32). « Selon nous, le caucus des conservateurs du Québec a été aisément manipulé par *Philip Morris*. Heureusement, le gouvernement Harper n'est pas tombé dans le même piège, et la loi a pu être adoptée sans affaiblissements. »

#### La lutte se poursuit

Bien que la législation représente une immense victoire pour la santé publique, la question de l'aromatization des produits du tabac n'est pas réglée. En effet, pour des raisons plutôt nébuleuses, le projet de loi C-32 exempté le menthol et les produits du tabac sans fumée (tabac à chiquer, etc.). « Il ne faut pas attendre jusqu'à ce que la popularité de ces produits explose. Les principes de santé publique reposent justement sur la prévention. » Le projet de loi C-32 permet à Santé Canada, preuves à l'appui, d'inclure d'autres additifs dans la liste des aromatisants interdits.

#### Remerciements

La Coalition tient à remercier tous les partis politiques qui ont, à travers la Chambre des communes et le Sénat, voté de façon unanime en faveur de C-32. « Il est réjouissant de voir tous les partis s'unir pour faire front commun contre une industrie meurtrière.

Nous espérons pouvoir compter sur des collaborations similaires pour faire progresser davantage la lutte contre la plus importante cause de maladies et de décès évitables dans notre société », indique madame Doucas.

La Coalition tient également à souligner les efforts d'un ensemble de groupes et d'individus du Québec qui ont manifesté leur appui pour le projet de loi C-32 auprès des députés et des sénateurs. « Bien que cette loi soit entièrement justifiée d'un point de vue de santé publique, son adoption a toutefois nécessité une multitude de voix pour défendre la santé publique contre les pressions politiques de l'industrie et ses alliés. » ❄️



**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.

<b>ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL</b>	<b>BM enr.</b>
---------------------------------------	----------------

**Perfectionnement  
en milieu hospitalier**

Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.

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.

Nous traitons des sujets variés, par exemple :

- Hémodynamie et monitoring
- Mise à jour en anesthésie
- Intubation difficile.

N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser.

**Brigitte Morin**  
Inhalothérapeute  
Bac en enseignement professionnel  
Tél. : (418) 824-3430  
[morin.brigitte@videotron.ca](mailto:morin.brigitte@videotron.ca)



# Du nouveau dans le traitement de la bronchiolite chez les bébés

par **Georges Costan**, Ph. D.

Source: *L'actualité médicale*. Juin 2009. [En ligne]

[[http://www.lactualitemedicale.com/actualites/cliniques/article.jsp?content=20090528\\_111728\\_2180](http://www.lactualitemedicale.com/actualites/cliniques/article.jsp?content=20090528_111728_2180)] (Consulté le 2 juin 2009).

**U**n traitement combiné d'épinéphrine et de dexaméthasone peut réduire significativement les taux d'hospitalisation chez les bébés atteints de bronchiolite. Telle est la conclusion d'une étude canadienne (PLINT, AC et coll. *New Engl. J. Med.* 2009; 360 : 2079-89), multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, menée auprès de 800 enfants (âgés de 6 semaines à 12 mois) souffrant de bronchiolite.

Rappelons que la bronchiolite, une inflammation des petites voies respiratoires, affecte généralement les enfants de moins de deux ans, surtout ceux de trois à six mois. Habituellement causée par une infection virale, la bronchiolite cause la toux, la respiration sifflante et la difficulté à respirer chez les bébés.

Au Canada, on estime que 35 bébés sur 1000 sont hospitalisés pour ce problème chaque année et que le taux d'hospitalisation a presque doublé au cours des 10 à 15 dernières années.

Les nourrissons diagnostiqués avec une bronchiolite à l'urgence pédiatrique ont été répartis aléatoirement dans l'un ou l'autre des quatre bras de l'étude: épinéphrine + dexaméthasone (deux traitements d'épinéphrine nébulisée et six doses orales de dexaméthasone), épinéphrine + placebo (nébulisée et oral), dexaméthasone + placebo (orale et nébulisé), double placebo (nébulisé et oral).

Le critère principal d'évaluation était l'hospitalisation dans les sept jours suivant la visite initiale à l'urgence (jour de l'enrôlement dans l'étude).

## Une différence significative

Au septième jour après le début de l'étude, 34 enfants (17,1 %) dans le groupe épinéphrine + dexaméthasone, 47 (23,7 %) dans le groupe épinéphrine, 51 (25,6 %) dans le groupe dexaméthasone et 53 (26,4 %) dans le groupe placebo ont été hospitalisés.

L'analyse (non ajustée) a révélé une différence significative entre le groupe recevant le traitement combiné et le groupe placebo (RR: 0,65; IC 95 %: 0,45-0,95; p=0,02). Toutefois, après ajustement pour les comparaisons multiples, la différence n'était plus significative (p = 0,07). Aucun événement indésirable grave n'a été noté au cours de l'étude.

Les auteurs soulignent que, jusqu'à présent, il n'y avait pas d'autre option claire de traitement que l'administration d'oxygène si le niveau de celui-ci était bas, et de prise de liquides si les enfants ne s'alimentaient pas.

Par ailleurs, le traitement combiné a permis de soigner beaucoup plus d'enfants chez eux, et non à l'hôpital, ce qui représente un avantage indéniable.

Cette étude pourrait avoir des implications dans le traitement pédiatrique non seulement de la bronchiolite, mais aussi des épisodes multiples de respiration sifflante, un enfant sur trois ayant au moins un épisode de respiration sifflante avant son premier anniversaire de naissance. ❄️

# OPIQ CONGRÈS 2009

## MERCI À NOS PARTENAIRES

### COMPAGNIES

Associated Health Systems inc.  
Apnair  
Association pulmonaire du Québec  
AstraZeneca  
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée/  
Pfizer Canada Inc.  
BOMImed Inc.  
Cardinal Health Canada  
CAREstream Medical Ltd.  
Centre des troubles du sommeil OSR Médical  
Covidien  
Draeger Medical Canada Inc.  
Fisher & Paykel Healthcare  
Fresenius Kabi Canada  
GE Santé  
Girafe Santé  
GlaxoSmithKline  
Graceway Pharmaceutique Canada  
Grass Technologies  
IKARIA  
Invacare Canada

### COMPAGNIES

La Capitale assurances générales  
Maquet-Dynamed Inc.  
Masimo Canada Inc.  
McArthur Medical Sales Inc.  
Medigas  
OXYMED  
PendoPharm (Division de Pharmascience Inc.)  
Provincial Medical Supplies Ltd.  
Québec Transplant  
Radiometer Canada  
RESMED  
Respironics Inc.  
Roxon Medi-Tech Ltée  
Smiths Medical Canada Ltd.  
Southmedic Inc.  
Sunrise Medical Canada Inc.  
Trudell Medical Marketing Ltd.  
UQAT  
Vitaid  
VitalAire Canada Inc.

2-3 octobre 2009 :: Hôtel Delta Centre-Ville Montréal :: Québec



Semaine québécoise pour un avenir sans tabac du 17 au 23 janvier 2010

## Affichez votre désir de faire un monde sans fumée

La Semaine québécoise pour un avenir sans tabac se déroule du 17 au 23 janvier 2010. Avec son slogan *Par amour, je veux t'offrir un monde sans fumée*, la campagne de sensibilisation de cette année convie la population à afficher son désir de faire un monde sans fumée en se servant de feuillets adhésifs, plus communément appelés *Post-it*®.

Traitant de l'arrêt tabagique et de la fumée secondaire, la campagne invite les fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs à utiliser des feuillets adhésifs (*Post-it*®) pour y inscrire des messages personnels à remettre à un ami, un membre de la famille ou un collègue de travail. Cette action vise à souligner l'effort de ceux et de celles qui sont en processus d'arrêt tabagique, qui ont cessé de fumer ou qui essaient de ne pas exposer leurs proches à la fumée secondaire.

La campagne 2010 encourage également le public à faire preuve d'originalité en lui proposant de créer une œuvre composée de feuillets adhésifs multicolores sur un mur, au bureau, à la maison ou dans la voiture et à envoyer la photo de leur création afin qu'elle soit affichée sur le site [mondesansfume.ca](http://mondesansfume.ca). Le site officiel de la campagne se met à l'heure du Web 2.0 en diffusant un blogue sur les questions d'actualité concernant la lutte contre le tabagisme et invite les utilisateurs à faire part de leurs commentaires. On peut également expédier des feuillets adhésifs virtuels à partir du site

et, comme à l'habitude, les visiteurs auront accès à des renseignements divers sur le tabagisme, des informations sur les ressources disponibles pour cesser de fumer ainsi que la possibilité de visionner les messages publicitaires de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2010.

On peut aussi se procurer le matériel de la Semaine dans les pharmacies, bibliothèques, centres Énergie Cardio ou sur le site de la Semaine au [mondesansfume.ca](http://mondesansfume.ca).

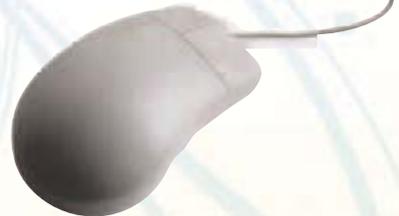
### Statistiques

Alors que certains croient la lutte contre le tabagisme déjà gagnée, le taux de tabagisme stagne au Québec à 19 % chez la population en général et à 31 % chez les jeunes de 20 à 24 ans. Comme une forte proportion de fumeurs souhaite arrêter de fumer, soit 24 % des 1,1 millions de fumeurs, la campagne 2010 de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac invitera les personnes qui désirent arrêter de fumer à mettre à profit la complémentarité des trois services de cessation tabagique qui leurs sont offerts gratuitement. Afin de maximiser les chances de réussite pour arrêter de fumer, la ligne *j'Arrête* (1 866 jarrete • 1 866 527-7383), les centres d'abandon du tabagisme ainsi que le site *j'Arrête*, sont des alliés incontournables dans la lutte contre le tabagisme. ❄️

Rappel ••• Disponibles en ligne sur le



campus opiq



**Des formations qualifiantes portant sur les arythmies cardiaques et la réanimation cardiorespiratoire avancée (ACLS)**

**Des formations complètes, uniques et exclusives aux inhalothérapeutes**

### OPIQ-303 Les arythmies cardiaques



**Description :** cette formation est l'occasion d'apprendre ou de réviser l'électrocardiographie et les arythmies cardiaques et de s'exercer en identifiant l'arythmie présentée dans plus de 40 tracés.

**Préalable :** aucun.

### OPIQ-304 Réanimation cardiorespiratoire avancée (volet arythmies)



**Description :** cette formation sera l'occasion d'apprendre ou de réviser notamment :

- les nouvelles normes ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*);
- les principales arythmies rencontrées;
- l'interprétation, la thérapeutique et les algorithmes d'intervention de la fibrillation ventriculaire, la tachycardie, la bradycardie, la dissociation électromécanique et l'asystolie.

**Préalables :**

- la participation à cette formation requiert une expérience clinique avancée dans le secteur des soins critiques et d'urgence ou en assistance anesthésique;
- la réussite de la formation *Les arythmies cardiaques* (OPIQ-303) est fortement suggérée;
- l'utilisation, en référence, du livre *Réanimation cardiorespiratoire avancée* du Dr Alain Labrecque est fortement suggérée.

### Scénario 3. Certification Réanimation cardiorespiratoire avancée (ACLS) de la FMCQ.



**Description :** session de pratique et de certification comprenant révision théorique, périodes de pratique et de certification.

Le contenu théorique ajouté traite notamment des sujets suivants :

- intubation difficile;
- syndrome coronarien aigu;
- hypothermie et noyade;
- choc anaphylactique;
- le brûlé et intoxication au CO.

Lieu et date : une journée à Montréal ou à Québec, à déterminer.



**Préalables :**

- la réussite de la formation OPIQ-304 (Réanimation cardiorespiratoire avancée (volet arythmies)) est obligatoire;
- détenir une certification (ou recertification) en réanimation cardiorespiratoire de base valide au moment de l'inscription;
- la lecture du livre *Réanimation cardiorespiratoire avancée* de Dr Alain Labrecque est obligatoire;

Le livre *Réanimation cardiorespiratoire avancée* de Dr Alain Labrecque est disponible au coût de 40 \$ (transport et manutention inclus). Pour le commander, veuillez contacter M<sup>me</sup> Marie Andrée Cova : info@opiq.qc.ca ou 514.931.2900 (1 800 561.0029) au poste 21.



- Semaine nationale sans fumée, du 17 au 23 janvier 2010
- Mercredi sans tabac, le 20 janvier 2010
- 13<sup>e</sup> Journées annuelles de santé publique, du 9 au 12 mars 2010, au Fairmont Le Reine Elizabeth à Montréal
- Colloque Internet et santé: nouvelles pratiques, nouveaux enjeux, les 11 et 12 mars 2010 au Fairmont Le Reine Elizabeth à Montréal
- 51<sup>st</sup> Annual McGill Anesthesia Update, 21-23 mai 2010
- Mise à jour en anesthésie pour inhalothérapeutes; ce cours dédié à la mémoire du D<sup>r</sup> Richard Wahba, en français seulement, se tiendra le dimanche 23 mai 2010
- 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



### 11<sup>e</sup> ÉDITION DU TOURNOI DE GOLF DE L'OPIQ

L'OPIQ tenait, le 24 septembre dernier, la 11<sup>e</sup> édition de son tournoi de golf annuel sur le parcours «Irlande» du Club de golf de l'île de Montréal. Cette année, l'événement a réuni une soixantaine de golfeurs et a permis de recueillir la somme de 800 \$, qui a été versée à la Fondation l'Air d'Aller.

Ainsi les profits réalisés sur les commandites des tertres de départ ont été remis à cette œuvre caritative dont le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes fibrokystiques adultes. Fondée en juin 2004 par quatre personnes ayant dans leur famille immédiate une personne atteinte de fibrose kystique, la fondation s'est donné pour mission d'amasser des fonds pour mettre sur pied différents programmes d'aide ciblés dont notamment un programme d'encouragement aux études ainsi qu'un programme d'aide psychologique.

Toute personne intéressée à en savoir plus sur la fondation est invitée à communiquer avec Mesdames Suzanne Maheux ou Marie-France Tessier à l'adresse: [fondationlairdaller@sympatico.ca](mailto:fondationlairdaller@sympatico.ca).

En terminant, nous tenons à féliciter les membres du quatuor gagnant, soit messieurs Martin Pilon, Yanik Préfontaine, Christian Renaud et Hubert Richer qui ont remis une carte de 64, soit six coups sous la normale du parcours.

Puisqu'il s'agissait de la dernière édition de notre tournoi, je tiens à remercier tout particulièrement, au nom de la directrice générale et en mon nom personnel, monsieur Jean-Claude Roy pour son enthousiasme, sa persévérance et sa générosité de temps. Sans lui, cet événement aurait cessé d'exister depuis bien longtemps.

**Andrée Lacoursière, avocate**  
Adjointe à la direction générale

THÈMES  
ET DATES DE TOMBÉE

**Le deuil**  
1<sup>er</sup> février 2010

### LES INHALOTHÉRAPEUTES SE DÉMARQUENT!

Depuis la dernière édition, plusieurs membres se sont démarqués, donnant ainsi à la profession une visibilité accrue et des plus méritées. Nous tenons à vous les présenter:

- M<sup>me</sup> Denise Boulanger, inhalothérapeute au CLSC St-Hubert, a accordé une entrevue radiophonique pour expliquer ce qu'était la profession. À écouter sur <http://www.opiq.qc.ca/inhalotherapie/profession.htm>;
- M. Dominique Hébert, inhalothérapeute au CHU Ste-Justine et membre du comité pour la Semaine de l'inhalothérapeute, a «prêté» son visage à la campagne de recrutement de l'hôpital dont les publicités ont paru dans plusieurs quotidiens francophones;
- L'équipe de Comité de pairs en inhalothérapie du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, a reçu une nomination lors de l'assemblée générale de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec, après avoir remporté le prix du Meilleur projet avec leur Programme d'appréciation de la qualité de l'acte (PAQA) dans leur centre hospitalier;
- M<sup>me</sup> Anny Berthiaume, inhalothérapeute à l'Hôtel-Dieu de Montmagny, a publié *Une étincelle de vie qui relate son histoire*, voir page 41;
- Nathalie Bouthillier et Stéphane Delisle, inhalothérapeutes à l'Hôpital Sacré-Cœur ont publié *La petite mémoire des soins critiques*, voir page 41;
- Deux inhalothérapeutes ont participé au rallye *Trophée Roses des Sables*, voir page 30;
- M. Sylvain Morneau, inhalothérapeute au CHU Ste-Justine, a remporté le Prix *Mérite du CIQ 2009*, voir page 17;
- Deux inhalothérapeutes se sont prêtés au jeu des mannequins et sont devenus les visages de la profession (voir page 33), merci à Rita Troini et Jean-François Trudel;
- Et finalement, M<sup>me</sup> Franceen Browman, inhalothérapeute assistante-chef au CUSM – Institut thoracique de Montréal a reçu le prix du Directeur général du CUSM.

**Merci et félicitations à toutes et à tous!**

### AVIS DE DÉCÈS

Nous désirons vous informer du décès de madame Sylvie Laplante, inhalothérapeute diplômée du Cégep de Rosemont en 1982. Nos sincères condoléances à sa famille, ses amis et collègues de travail de l'hôpital Ste-Croix de Drummondville.



## Une nouvelle formations s'est ajoutée sur le



- *Charting notes to the medical file.* Adaptation de la formation OPIQ-209: La rédaction de notes au dossier, par M<sup>me</sup> Brigitte Fillion, inh.

Surveillez les annonces courriels du



ou sur notre site Web ([www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca)) pour connaître la date de mise en ligne des nouvelles formations.

## SALON NATIONAL DE L'ÉDUCATION 2009

La 14<sup>e</sup> édition s'est tenue du 14 au 16 octobre dernier, à la Place Bonaventure.

Le Salon national de l'éducation permet à des milliers de jeunes et d'adultes de poursuivre leurs études, de choisir une carrière à la hauteur de leurs aspirations pour ensuite se trouver un emploi qui leur permettra de mettre leur talent à profit, de réaliser leur plein potentiel et de s'épanouir dans leur vie professionnelle. L'édition 2009 s'est surpassée, enregistrant un total de 26 500 visiteurs, soit quelque 4000 visiteurs (18 %) de plus qu'en 2008.

À l'invitation du ministère de la Santé et des Services sociaux, nous y tenions un kiosque dans l'**Avenue des professions**, qui a été mise sur pied avec l'implication du Conseil interprofessionnel du Québec, dans la foulée de la campagne *Un pro, c'est un pro* et où, seize ordres professionnels ont pris place pour faire connaître les professions réglementées auprès du grand public.

L'OPIQ tient à souligner l'implication des inhalothérapeutes qui ont donné quelques heures de leur temps et les remercie chaleureusement pour leur dynamisme et leur enthousiasme: Jessica Énéa, Johanne Fillion, Francine Picotin ainsi que Marie Andrée Cova, secrétaire à l'accueil et au service aux membres de l'OPIQ pour son aide précieuse.

# babillard opiq



## des livres et vous



### *Causons diabète et santé... tout simplement*

RAJOTTE, S. 2009, Les Éditions de l'Homme, Montréal, 220 p. Prix: 24,95 \$

Le diabète connaît une croissance alarmante et peut causer des dommages importants. Cependant, il est possible de limiter les effets grâce à une meilleure compréhension de la maladie et un soutien adéquat. Voici un livre à mettre entre les mains de tous les diabétiques et de leurs proches. Par sa simplicité et sa convivialité, il ne ressemble à aucun autre ouvrage sur le sujet. L'auteure, diabétique depuis 19 ans, y partage ses connaissances personnelles et diverses anecdotes en lien avec la santé. Vous y trouverez une foule de trucs et de conseils pour mener une vie saine et active, tout en préservant et en faisant fructifier votre capital santé. Enfin, un livre complet et facilement compréhensible qui améliorera considérablement votre qualité de vie!



### *L'étincelle de vie*

BERTHIAUME, A. 2009, Les Éditions La Semaine, Montréal, 216 p. Prix: 24,95 \$

« *L'essentiel est invisible pour les yeux* »

— Antoine de Saint-Exupéry

Femme engagée, affirmée, généreuse, Anny Berthiaume aurait aimé être comédienne, mais elle est plutôt devenue inhalothérapeute, métier qu'elle pratique depuis maintenant 17 ans. Brûlée sur 55 % de son corps à l'âge de 6 ans, elle est la porte-parole de la Fondation des pompiers du Québec pour les grands brûlés ainsi que pour la Semaine de la prévention des incendies. Depuis 1988, elle donne aussi des conférences pour tous les groupes d'âges, afin de leur parler d'optimisme, de ténacité, de joie de vivre. Elle croque dans la vie à pleines dents et désire aller au bout d'elle-même. Elle vous offre son autobiographie *L'étincelle de vie* disponible dans les librairies, ainsi que dans les grandes surfaces. Pour chaque livre vendu, elle versera un pourcentage à la Fondation des pompiers du Québec pour les grands brûlés.



### *La petite mémoire des soins critiques*

BOUTHILLIER, N. et S. DELISLE, 2009, Les Éditions Quelconques, 615 p. Prix de lancement: 60 \$. ISBN 978-2-9811425-0-4

Cet ouvrage se veut un recueil d'informations pertinentes à l'administration de soins de santé à la fine pointe de la technologie et du savoir dans un contexte clinique d'urgence et de soins intensifs. Un souci particulier a été porté à la chronologie. Cette *Petite mémoire* vous suivra dès l'admission du patient en urgence et tout au long de son passage aux soins intensifs en abordant en profondeur des thèmes tels les électrolytes, la fonction hémodynamique, le traumatisme crânien et plusieurs autres. De l'information claire et facile d'accès pour les moments où le temps presse!

Pour quelque temps encore, il est possible de se procurer des exemplaires auprès des auteurs, ou par la poste à un prix spécial de lancement de 60 \$. Les frais postaux pour une livraison rapide sont d'environ 10 \$. Par la suite, un distributeur se chargera d'en faire la promotion et la distribution. Faites vite! Pour commander: [petitememoire@videotron.ca](mailto:petitememoire@videotron.ca)

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 aux textes *Le diabète et l'inhalothérapeute: des soins critiques aux soins à domicile* (pages 8-10) et *Nouvelles lignes directrices sur le diabète: viser le dépistage de la maladie cardiaque* (page 12).

- 1) En Amérique du Nord, quel pourcentage des soins de santé, le diabète représente-t-il?
  - a) 5 %
  - b) 10 %
  - c) 15 %
  - d) 20 %
  - e) 30 %
- 2) Les patients diabétiques qui prennent des médicaments oraux ont moins de chance de...
  - a) faire des chutes
  - b) faire des acidocétoses
  - c) subir une fracture de la hanche
  - d) développer des affections cutanées
  - e) faire de la gangrène
- 3) **VRAI OU FAUX**  
Les corps cétoniques sont le résultat de l'utilisation par le corps des acides gras, en situation d'insulinopénie.
- 4) **VRAI OU FAUX**  
La respiration de Kussmaul est caractéristique d'un patient présentant une acidocétose importante.
- 5) L'acidocétose peut être traitée rapidement par...?
  - a) L'injection de lactate
  - b) L'injection de chlore
  - c) L'injection de sodium
  - d) L'injection de potassium
  - e) L'injection d'insuline
- 6) Quels sont les responsables de 75 % des décès chez les patients diabétiques?
  - a) Les chutes
  - b) Les accidents vasculocérébraux
  - c) Les chocs
  - d) Les événements coronariens
  - e) Les infections sévères
- 7) **VRAI OU FAUX**  
Le coma hyperosmolaire demande une réponse urgente, car le patient est en danger de mort immédiate.
- 8) Quelle est la conséquence des échanges osmotiques et des anomalies de la natrémie causés par le coma hyperosmolaire?
  - a) L'œdème cérébral
  - b) Les infections
  - c) Les chutes
  - d) Le choc
- 9) Dans la population en général, le diabète entraîne un risque de vieillissement d'environ...
  - a) 5 ans
  - b) 10 ans
  - c) 15 ans
  - d) 20 ans
  - e) 30 ans
10. **VRAI OU FAUX**  
Chez les patients diabétiques, les complications microvasculaires sont souvent associées à des chutes et aux développements de plaies.

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1<sup>er</sup> mars 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 a.  b.  c.  d.  e.
- 2 a.  b.  c.  d.  e.
- 3 VRAI  FAUX
- 4 VRAI  FAUX
- 5 a.  b.  c.  d.  e.
- 6 a.  b.  c.  d.  e.
- 7 VRAI  FAUX
- 8 a.  b.  c.  d.
- 9 a.  b.  c.  d.  e.
- 10 VRAI  FAUX

# Le compagnon de voyage idéal



## Concentrateur d'oxygène portable iGo + unité d'aspiration compacte VacuAide® de DeVilbiss

Unité d'aspiration compacte VacuAide de DeVilbiss

Concentrateur d'oxygène portable iGo

DeVilbiss propose une portabilité d'avant-garde et une liberté nouvelle aux personnes qui doivent apporter avec elles des appareils d'oxygène et d'aspiration lors de leurs déplacements. Les deux appareils sont compacts, extrêmement durables, sécuritaires, fiables et ils ont toutes les caractéristiques qu'exigent les personnes au mode de vie actif.

### Concentrateur d'oxygène portable iGo

Aucun autre concentrateur d'oxygène portable n'est aussi robuste. Permettant de choisir entre le débit continu et le mode PulseDose®, le concentrateur iGo élimine les réservoirs et les problèmes. En outre, il peut fonctionner sous trois modes d'alimentation.

- La technologie exclusive PulseDose produit de petites bouffées d'oxygène régulières même à un rythme respiratoire soutenu.
- Jusqu'à 5,4 heures d'autonomie de batterie avec PulseDose (au réglage 1).
- Conçu pour faciliter les déplacements – pèse moins de 9 kg; panneau de commande à accès facile.
- Boîtier robuste à roulettes et poignée permettant de rouler facilement sur les chaussées et les terrains rugueux ou accidentés.
- Garantie limitée de 3 ans (1 an sur la batterie).
- Autorisé par Santé Canada.

### Unité d'aspiration compacte VacuAide de DeVilbiss

L'unité d'aspiration la plus petite et la plus puissante de sa catégorie – procure une sécurité et un rendement inégalés – avec sacoches de transport pour une aspiration ultra-discrète.

- Pèse seulement 1,3 kg – autonomie de batterie accrue d'une heure.
- Conforme aux directives d'aspiration à domicile AARC et à la norme d'utilisation sur les avions RTCA/DO-160D.
- Conforme à la norme ISO10079-1:1999; a obtenu des résultats exceptionnels dans les tests de compatibilité électromagnétique, de résistance aux chocs, aux vibrations et aux températures élevées et dans les autres tests critiques.
- Affichage à DEL et filtre à bactéries intégré d'accès facile.
- Autorisé par Santé Canada.

## Pour aller partout plus facilement

Pour en savoir plus, composez le **514-923-3975**.



DeVilbiss Healthcare | 100 DeVilbiss Drive | Somerset, PA 15501  
800.338.1988 | 814.443.4881

# novalung®

Solutions for Lung Failure



## COORDINATION DE 2 POUMONS!

### POUMONS DU PATIENT: OXYGÉNATION

- Dispose de Temps pour guérir®
- Mise en oeuvre et continuité de la ventilation (ultra protectrice
- Prévention ou réduction des affections pulmonaires respiratoires (VALI/VILI et VAP)

### NOVAPORT®: ACCÈS FÉMORAL AU VAISSEAU

### NOVAFLOW®: MESURE DE L'ÉCOULEMENT À ULTRASONS

### ILA VENTILATEUR À MEMBRANE®: VENTILATION

- Élimination efficace de CO<sub>2</sub> grâce à des hauts gradients de diffusion
- Shunt artérioveineux qui n'est entraîné que par la tension artérielle du patient (aucune pompe n'est nécessaire)
- Faible résistance à l'écoulement trans-membraneux
- Réduction des processus inflammatoires et des traumatismes sanguins
- Biocompatibilité élevée grâce au revêtement d'héparine

## ILA VENTILATEUR A MEMBRANE®

iLA Ventilateur à Membrane® est un système respiratoire extrapulmonaire qui respire pour le patient hors du corps et qui vise en tout premier lieu la protection des poumons. Il sert à l'élimination du dioxyde de carbone et est à cet effet irrigué par le coeur comme un organe naturel.

L'échange gazeux s'effectue à travers une membrane de diffusion revêtue d'héparine et étanche au plasma qui est appliquée de façon artérioveineuse fémorale à l'aide de deux canules NovaPort®.

iLA Ventilateur à Membrane® est indiqué dans le cas d'une thérapie contre l'acidose respiratoire lors d'une défaillance pulmonaire principalement hypercapnique.

Une indication rationnelle existe également dans le cas de patients hypercapniques avec une BPCO exacerbée et en tant que support lors du sevrage respiratoire. iLA Ventilateur à Membrane® peut être implanté au patient pendant une période allant jusqu'à 29 jours.

## INDICATIONS

ALI/SDRA  
BPCO EXACERBÉE  
SUPPORT LORS DU SEVRAGE  
ABAISSEMENT DE LA PRESSION  
INTRACRÂNIENNE LORS DE TRAUMATISME  
CRANIO-CÉRÉBRAL  
TRANSPORT INTENSIF  
DANS L'ATTENTE D'UNE  
TRANSPLANTATION PULMONAIRE

## RÉFÉRENCES

Nous pouvons vous faire parvenir sur demande des références quant aux publications scientifiques. Nous vous prions d'utiliser dans ce cas le formulaire de contact disponible sur notre site Internet [www.novalung.com](http://www.novalung.com).

## Disponible bientôt

# Vision α

*Ventilation par  
oscillation à  
haute fréquence  
avec fonction  
de ventilation  
spontanée et  
conventionnelle,  
pour enfants et adultes  
homologation en attente*



**CAREstream**  
Medical Ltd.

## Pour de plus amples renseignements:

Ligne sans frais : 1-888-310-2186  
Télécopieur sans frais : 1-888-310-2187  
[info@carestream.com](mailto:info@carestream.com)  
[www.carestream.com](http://www.carestream.com)

L'Ouest du Canada  
211 Schoolhouse St, unités 14-15  
Coquitlam, C.B., V3K 4X9

L'Est du Canada  
1410 Baily St, unités 9-10  
Pickering, ON L1W 3R3