

l'inhalo

Revue de
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
volume 25, numéro 2, juillet 2008



dossier antibiothérapie

L'antibiothérapie en salle d'opération • La prise en charge des infections respiratoires

nouveau

programme du Congrès 2008 à l'intérieur

GE Santé



Lorsque la vie est la plus fragile, permettez-leur de bien respirer.

La nouvelle fonction néonatale améliorée du ventilateur pour soins intensifs Engström constitue une solution réglable et souple pour vos unités de soins intensifs néonataux. Il s'agit d'un outil de ventilation complet que vous pouvez utiliser avec tous les patients que vous soignez.

L'Engström Carestation est un appareil que vous connaissez et une technologie dont vous avez besoin. La souplesse et le contrôle qu'offre cet appareil vous permettent de passer plus de temps avec vos patients, même avec les plus petits d'entre eux. Cet appareil allie le meilleur de la science, de la technologie et du monde des affaires pour vous aider à normaliser les soins respiratoires que vous offrez.

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



L'imagination en action

© 2007 Datex-Ohmeda, Inc.,
faisant affaire sous la raison sociale
de GE Healthcare.



Les notes au dossier du patient

Quoi de neuf sous le soleil?

Lorsque l'on discute de l'importance d'annoter au dossier du patient toute l'information clinique qui le concerne, personne ne doute de la pertinence. Mais lorsque vient le temps de le faire, le temps nous manque soudainement...

Pour certains, les notes au dossier sont le reflet du savoir-faire professionnel, d'autres y voient un moyen de se prémunir contre les poursuites ou une bureaucratie qui s'alourdit de plus en plus. Bref, peu importe sous quel angle on aborde le sujet, un fait demeure, c'est un «mal» nécessaire. Nécessaire pour le suivi du patient, nécessaire eu égard à la responsabilité professionnelle et finalement utile pour l'appréciation de l'acte professionnel.

Alors, pourquoi est-ce parfois si difficile de compléter un dossier et, particulièrement, dans le cadre de l'assistance anesthésique? Plusieurs motifs sont évoqués: le manque de temps, la répétition de l'information, le refus de certaines personnes à ce que l'inhalothérapeute inscrive au dossier ses activités, etc. Peu importe la raison, tout professionnel a l'obligation de consigner au dossier du patient les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession. Rien ni personne ne peut entraver cette obligation! Il en va de votre responsabilité et de votre autonomie professionnelles.

Vous vous dites sûrement que jusqu'ici, il n'y a rien de neuf sous le soleil et que je radote un peu.

Mais non. En fait, la nouveauté réside dans la publication d'un guide de pratique relatif à la rédaction des notes au dossier dans le secteur de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie. En effet, nous espérons sincèrement que cet outil vous sera utile dans l'exercice de vos fonctions. Merci à mesdames Martine Gosselin, Marise Tétreault et Murielle Pagé ainsi qu'à tous les inhalothérapeutes qui ont collaboré à la production de ce guide.

Dans un autre ordre d'idée, mais toujours dans le domaine des nouveautés, vous aurez déjà, sans doute, apprécié la nouvelle facture visuelle de *l'inhalo*. Bravo à Line Prévost, coordonnatrice aux affaires professionnelles et à l'équipe de Fusion Communications & Design pour ce nouveau *look* aux couleurs de l'été.

Sur cette note ensoleillée, je vous souhaite à tous un été des plus stimulants et énergisants. Rendez-vous au congrès en novembre 2008. 🐦

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

sommaire

- 3** Éditorial
- 6** Mot de la présidente
- DOSSIER ANTIBIOTHÉRAPIE**
- 8** L'antibiothérapie en salle d'opération
À qui devons-nous son origine?
- 12** La prise en charge des infections respiratoires. Avoir les bons outils cliniques
- 14** VIGNETTE CLINIQUE
La communication SBAR vous connaissez?
- 16** Varénciline et effets indésirables psychiatriques graves
- 18** Le counseling en abandon du tabac
- 22** RRRRI
Fibrose pulmonaire et toux sèche
- 24** FINANCES
Les deux faces du rendement: le revenu et la croissance
- 26** QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE pour la formation continue
- 27** MOTS ENTRECROISÉS
- 28** D'ORDRE JURIDIQUE
Nouvelles dispositions déontologiques
- 29** Les pneumologues sont inquiets: la MPOC frapperait plus tôt et plus fortement les femmes
- 30** La transplantation pulmonaire: comment s'y préparer
- 34** Campus OPIQ
- 36** Qui sommes-nous? suite et fin
- 38** Babillard

Présidente
Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs
Nathalie Béard, inh., Héléne Boucher, inh., Éric Cardin, inh., Réjean Duchesne, inh., Francine Gagnon, inh., Mylène Gauthier, inh., Mélany Grondin, inh., Francine Le-Houillier, inh., Pascal Rioux, inh., Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions
Pauline Breton-Truchon, Raymond Proulx, Andrée Tremblay

MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF

Présidente
Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente
Johanne Fillon, inh.

2^e vice-présidente
Nathalie Béard, inh.

Trésorière
Francine Le-Houillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions
Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et secrétaire
Josée Prud'Homme, Adm. A.

Adjointe à la direction générale
M^{re} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice
Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles
Line Prévost, inh.

Secrétaire de direction
Clémence Carpentier

Secrétaire à l'amélioration de l'exercice
Murielle Pagé

Secrétaire à l'accueil et service aux membres
Marie-Andrée Cova

Syndic
Joëlle Larivière, inh.

Inhalothérapeute-conseil à la formation continue
Marise Tétrault, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable
Line Prévost, inh.

Collaborateurs
Sandra Desrosiers, inh., Martine Gosselin, inh., M^{re} Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin, Elaine Paré, inh., Marise Tétrault, inh., Benoît Tremblay, inh.

Tarif d'abonnement
40 \$ par an pour les non-membres
30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2008
Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Dépôt légal Bibliothèque et archives nationales du Québec.
ISSN-1494-1945

Conception, réalisation, révision, correction d'épreuves et traduction
Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ
Photos Gariépy

Autres photos
Denis Méthot

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



À

l'instar de plusieurs d'entre vous, l'arrivée de la belle saison réveille en moi un besoin de nouveauté.

J'ai envie d'une nouvelle tête, nouvelles chaussures, nouvelle garde-robe, nouveau décor, j'ai besoin de changement quoi! On m'assure que tant que je ne change pas de conjoint ou d'emploi chaque saison, je demeure dans la normalité! Alors pourquoi pas

un nouveau look pour notre revue? Je sais, il y a deux ans, nous avons rajeuni la facture visuelle de la revue, mais cette fois il s'agit d'une métamorphose complète! Voici donc *l'inhalo* nouveau, fruit d'une récente collaboration avec la firme Fusion Communications & Design. Bien que sa signature remodelée soit plus tendance et son allure épurée, son contenu lui, reste bien branché sur des sujets actuels et pertinents pour vous.

On le sait, le monde médical est en perpétuelle mouvance, les milieux et les professionnels doivent sans cesse s'adapter à de nouvelles réalités cliniques et technologiques. Et pour que votre revue vous ressemble, j'en profite pour solliciter une fois de plus vos suggestions. Que ce soit pour des thèmes futurs, des sujets de conférences ou des formations qui vous touchent particulièrement et aussi, pourquoi pas, vos textes à publier. À cet égard, vous trouverez, au babillard à la page 38, les thèmes et dates de tombée pour les prochaines parutions.

Bien que nous ayons déjà consacré une édition aux bactéries, c'est aux antibiotiques que nous nous intéressons cette fois. M^{me} Sandra Desrosiers, inh. et enseignante au cégep de Rosemont propose un survol des différentes classes d'antibiotiques le plus souvent rencontrées par les inhalothérapeutes tandis que le D^r Karl Weiss, microbiologiste et infectiologue dont la réputation n'est plus à faire, fait une revue des outils cliniques les plus utiles pour prendre en charge une exacerbation aiguë de bronchite chronique ou une pneumonie. Nous vous présentons aussi les résultats de l'enquête menée auprès de 500 inhalothérapeutes en 2005 sur les pratiques de counseling en abandon du tabac.

Peut-être aurez-vous déjà remarqué le logo au profil d'arbre au bas de cette page? *l'inhalo* sera désormais imprimé sur du papier recyclé certifié FSC. Ce label garantit en effet une gestion durable des forêts et assure que la forêt d'origine a été aménagée de façon responsable pour l'environnement et les communautés humaines qui en dépendent. L'OPIQ est soucieux de faire sa part pour l'environnement et ce petit changement peut faire une différence!

Une autre nouveauté: vous trouverez en pages centrales (détachables) de cette édition, le programme du congrès annuel qui se tiendra cette année les 7 et 8 novembre dans la charmante région de Gatineau. Je vous invite à en découvrir le contenu scientifique et à vous inscrire sans tarder à ce rendez-vous automnal.

Je termine sur une note plus personnelle. La vie ayant fait cadeau d'une deuxième chance, d'un second souffle à une amie très chère à mon cœur, je lui souhaite un été paisible à simplement profiter des siens et du temps qui passe. Je sais que le printemps et la nature qui renaît après une longue période de léthargie auront désormais pour elle un tout autre sens... Et puis, nous avons encore tant de spectacles à voir, de baleines à observer, de bouteilles à boire, de fous rires à partager...

À vous tous, je souhaite ce qui semble cruellement nous faire défaut de façon chronique: du temps. Passez un bel été! 🌿

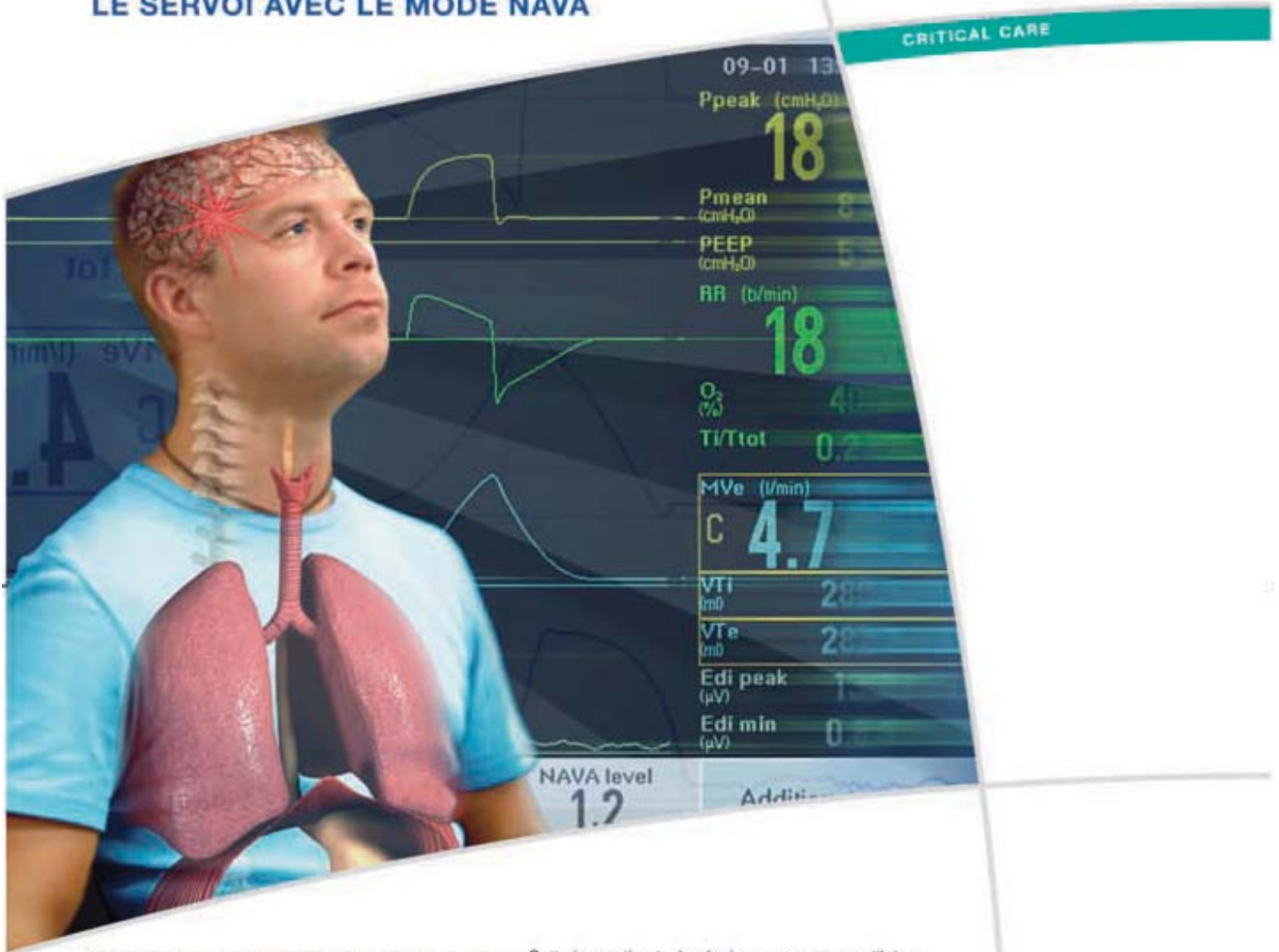
Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux affaires professionnelles

index des annonceurs

Association pulmonaire	21	La Capitale	17
Covidien	40	Maquet-Dynamed	5
CSSS d'Antoine-Labelle	11	RCR Pro	15
GE Santé	2	RIIR	23
Invacare	25		

MAQUET

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



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



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

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

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

MAQUET - The Gold Standard.

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

MEMBER OF THE GETINGE GROUP



L'Ordre va de l'avant et accepte d'intégrer un nouveau groupe de professionnels

Au Bureau d'avril 2008, les administrateurs de l'*Ordre professionnel des inhalothérapeutes* ont adopté la résolution à l'effet d'intégrer les perfusionnistes cliniques au sein de l'ordre. Si les travaux se déroulent dans les délais prévus et que le cabinet du ministre de la Justice donne son aval, dès avril 2009, le décret d'intégration sera en vigueur.

Depuis février, la directrice générale et moi-même sommes en tournée provinciale d'information. L'intégration des perfusionnistes cliniques au sein de notre organisation est un dossier discuté lors de nos rencontres. Les inhalothérapeutes rencontrés sont d'avis qu'une telle intégration ne sera pas bénéfique uniquement aux perfusionnistes cliniques et aux inhalothérapeutes: c'est surtout la protection du public qui en bénéficiera. Au nom de tous les inhalothérapeutes, nous espérons cette intégration et nous souhaitons d'emblée la bienvenue à ces nouveaux membres. Je suis convaincue que l'intégration se fera dans l'harmonie, la collégialité et le respect identitaire de chaque groupe de professionnels.

Historique

Depuis l'adoption du projet de Loi 90 et l'introduction des activités réservées, les perfusionnistes cliniques qui n'étaient pas reconnus au sens du *Code des professions*, pratiquaient par voie réglementaire du *Collège des médecins*. Ce règlement comprenait une clause crépusculaire qui se terminera le 30 juin 2008. Durant la période que ce règlement fut en vigueur, l'*Office des professions* a mené des travaux de réflexion et de consultation afin de démontrer la pertinence d'intégrer les perfusionnistes cliniques au monde professionnel; soit par la constitution d'un nouvel ordre; soit par leur intégration à un ordre déjà existant. La décision fut prise, au sein du comité de l'*Office*, de les intégrer au monde professionnel et l'*Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* a été identifié comme l'ordre d'accueil.

Changements

Si le cabinet du ministre de la Justice donne son accord, l'Ordre sera désormais désigné sous le nom *Ordre professionnel des inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques du Québec*. Il y aura alors deux catégories de permis: un permis d'inhalothérapeute et un permis de perfusionniste clinique.

Composition du Bureau

Durant la période de transition, laquelle devrait durer deux ans (2009 à 2011), la composition du Bureau de l'Ordre sera modifiée. Le nombre d'administrateurs passera de seize à dix-sept et sera réparti comme suit: douze inhalothérapeutes, deux perfusionnistes cliniques et trois administrateurs nommés par l'*Office*. Ce qui implique que la région de Montréal aura quatre administrateurs au lieu de cinq. La représentativité des autres régions demeure inchangée¹.


En 2011, il y aura élection de tous les administrateurs. Le Bureau sera alors composé de seize administrateurs: douze inhalothérapeutes, un perfusionniste clinique et trois administrateurs nommés par l'*Office des professions*. Afin de respecter le principe d'alternance, il y aura des mandats de longueur différente. À titre d'exemple, six administrateurs seront élus pour une période de deux ans et les six autres pour une période de quatre années.

Comité consultatif

Un comité consultatif de trois membres perfusionnistes cliniques sera formé dans les six mois suivant la date de la prise d'effet de l'intégration. Ce comité pourra faire au Bureau de l'Ordre toute recommandation concernant la pratique professionnelle, notamment les conditions et modalités de délivrance du permis, la formation initiale, l'inspection professionnelle, la déontologie, la formation continue et donner son avis au Bureau sur tout sujet que ce dernier lui soumet.

Réglementation

Le *Code de déontologie* et tous les règlements en vigueur s'appliqueront aux deux catégories de permis. Les libellés et contenus seront modifiés afin d'ajouter les perfusionnistes cliniques. À titre d'exemple, nous lirons désormais *Le Code de déontologie des inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques du Québec* et ainsi de suite pour tous les règlements.

Je vous convie tous au congrès de l'Ordre, qui se tiendra les 7 et 8 novembre prochain dans la belle région de l'Outaouais. Ce congrès, outre son volet scientifique, est l'occasion de se rencontrer et d'échanger sur nos préoccupations et réalités professionnelles. Je vous y invite donc en grand nombre. 

Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente

¹ Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-St-Laurent, deux administrateurs et un administrateur pour chaque région suivante: Outaouais/Abitibi-Témiscamingue; Laval/Laurentides/Lanaudière; Montérégie; Saguenay/Lac-Saint-Jean/Côte-Nord; Mauricie/Centre-du-Québec; Estrie.



The Order goes ahead with the integration of a new professional group

At the Office of April 2008, the administrators of the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes* adopted a resolution to integrate the clinical perfusionists into the Order. If the sessions take place in the expected time limit and that the Justice minister's cabinet gives it the go ahead, the decree for the integration could be in force as early as April 2009.

Since February, the general manager and I are on a provincial information tour. The integration of clinical perfusionists within the organization is a case that has been discussed at our meetings. The respiratory therapists that we have met agree that such an integration will not only be beneficial to clinical perfusionists and respiratory therapists: above all, it will benefit the protection of the public. On behalf of all respiratory therapists, we hope that this integration goes ahead and we already welcome these new members. I am convinced that the integration will be done harmoniously, collectively, and respectful of each group's professional identity.

History

Since the adoption of Bill 90 and the introduction of exclusive activities, the clinical perfusionists who were not recognized by the professional code, practiced by statute of the *Collège des médecins*. This ruling contained a clause that will expire on June 30, 2008. While this ruling was in force, the *Office des professions* has conducted work sessions and consultations to demonstrate the importance of integrating the clinical perfusionists into the professional world, either by creating a new order or by integrating them into an existing order. The decision was taken, within the *Office des professions* committee, to integrate them into the professional world and the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* was chosen as the welcoming order.

Changes

If the Justice minister's cabinet gives the go ahead, the Order will, from now on, be known as the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques du Québec*. There will then be two categories of permit: a respiratory therapist permit and a clinical perfusionist permit.

Office composition

During the transition period, which should last for two years (2009 to 2011), the Order's Office composition will be modified. The number of administrators will go from sixteen to seventeen and it will be divided as follows: twelve respiratory therapists, two clinical perfusionists and three administrators appointed by the *Office des professions*. This implies that the Montreal region will have four administrators instead of five. The representativeness of other regions will remain the same¹.

In 2011, elections will be held for all administrators and the Office will be made up of sixteen administrators: twelve respiratory therapists, one clinical perfusionist and three administrators appointed by the *Office des professions*. In order to respect the alternating principle, there will be two mandates of different time length. For example, six administrators will be elected for a two-year period and the other six for a four-year period.

Advisory committee

An advisory committee made up of three clinical perfusionists will be put together within six months following the start date of the integration. This committee will be able to bring up to the Office of the Order any recommendation about their professional practice, especially conditions and modalities for issuing the permit, initial formation, professional inspection, code of ethics, continuing education and to give their advice on any subjects the Office will submit to it.

Regulations

The code of ethics and all the regulations in force will apply to both categories of permit. Wordings and contents will be amended in order to include the clinical perfusionists. For example, we will read from now on, *Le Code de déontologie des inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques du Québec* and so on for all the regulations.

I invite you all to the Order's Annual Meeting that will be held November 7 and 8 in the beautiful Outaouais region. This Annual Meeting, besides its scientific chapter, is an occasion to meet and exchange on our professional concerns and experiences. Thus, I invite you to come in great numbers. 🐦

Céline Beaulieu, inh., B.A.
president

¹ Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-St-Laurent, two administrators and one administrator for each of the following regions: Outaouais/Abitibi-Témiscamingue; Laval/Laurentides/Lanaudière; Montérégie; Saguenay/Lac-Saint-Jean/Côte-Nord; Mauricie/Centre-du-Québec; Estrie.

L'antibiothérapie en salle d'opération

À qui devons-nous son origine?

par **Sandra Desrosiers**, inh., enseignante au cégep de Rosemont

Toutes les découvertes médicales du dernier siècle sont essentielles puisqu'elles font reculer le taux de mortalité et permettent de guérir plusieurs maladies infectieuses qui antérieurement étaient fatales. La découverte de l'antibiotique est sans aucun doute, l'un des bouleversements médicaux les plus importants.

All medical discoveries made in the last century are essential because they decrease the mortality rate and help in the healing of infectious diseases that used to be fatal. The discovery of antibiotics is without a doubt one of the most important medical achievements.

Lorsque nous pensons à l'antibiotique et à ses débuts, nous ne pouvons penser qu'au Britannique Alexander Fleming, qui s'aperçut qu'un champignon, le *Penicillium notatum*, donna naissance à une substance capable de le détruire: la pénicilline. Et c'est vers 1940 que débuta la commercialisation de la pénicilline.

Cependant, dès 1874, d'autres grands personnages comme Louis Pasteur, Jules François Joubert et bien d'autres, avaient déjà amorcé diverses réflexions sur comment arrêter la propagation des divers germes. Les sulfamides furent les premiers agents antibactériens spécifiques à être découverts, et ce, avant l'apparition de la pénicilline.

Il est possible d'entendre le mot «microbe» qui se veut employé par le grand public et qui regroupe tous les micro-organismes ne possédant qu'une seule cellule. C'est le cas des virus, des bactéries et des champignons. Toutefois, nous verrons que chaque classe d'antibiotique a une activité préférentielle sur certains micro-organismes, mais que parfois elle a aussi son lot de contre-indications ou d'effets secondaires. La classification des micro-organismes est basée sur leur morphologie (coque ou cocci, bacille ou tréponème), leur affinité

à la coloration de Gram et aux caractères culturels (aérobie ou anaérobie). (voir **tableau 1** à la page 10).

Qu'est-ce qu'un antibiotique?

L'antibiotique est une substance chimique produite par les micro-organismes ayant le pouvoir d'inhiber et même de détruire les bactéries. Ils sont obtenus en laboratoire par synthèse ou semi-synthèse. Ils n'ont aucune activité sur les virus. Ils peuvent néanmoins être prescrits en cas d'infection virale pour combattre une surinfection bactérienne. Nous retrouvons deux types d'antibiotiques. Ils peuvent être bactériostatiques ou bactéricides. L'antibiotique bactéricide tue les bactéries tandis que celui qui est du type bactériostatique inhibera la croissance et la reproduction, mais ne tuera pas pour autant la bactérie sauf s'il est utilisé à haute concentration. À ce moment, nous lui conférerons aussi des propriétés bactéricides. Comme ces antibiotiques agissent à des niveaux particuliers pour détruire ou empêcher la multiplication des germes, nous pouvons voir que les mécanismes de défense au contrôle de l'infection peuvent se situer tantôt au niveau de la paroi bactérienne (ex.: les pénicillines), de la membrane cytoplasmique, du chromosome (ex.: les quinolones) ou des ribosomes (ex.: les macrolides, les aminosides).

Qu'en est-il de la résistance des micro-organismes?

Une bactérie peut devenir résistante à un antibiotique du jour au lendemain. Elle a à sa disposition toute une gamme de mécanismes pour devenir résistante. Voici les quatre mécanismes:

- ❶ elle peut bloquer l'antibiotique et l'empêcher de pénétrer dans sa structure;
- ❷ elle peut excréter l'antibiotique qui a réussi à pénétrer, mais sans pouvoir agir;
- ❸ elle peut modifier la cible que cherche à joindre l'antibiotique;
- ❹ elle peut diriger la synthèse d'enzymes et inactiver son action.

Les gènes de la bactérie peuvent se modifier et cette modification va permettre à la bactérie de survivre à la présence de l'antibiotique puisqu'elle peut se multiplier et donner une lignée de bactéries résistantes qui pourra contaminer d'autres individus.

Comme tous médicaments, les antibiotiques présentent des contre-indications. L'allergie à un antibiotique exclut toute nouvelle prescription d'un produit appartenant à la même famille (voir **tableau 2** à la page 10). Une réaction allergique peut se traduire par une simple démangeaison ou, tout à l'opposé, présenter un choc anaphylactique. Heureusement, ce dernier se produit très rarement et se déclare normalement dans les trois



« Les gènes de la bactérie peuvent se modifier et cette modification va permettre à la bactérie de survivre à la présence de l'antibiotique puisqu'elle peut se multiplier et donner une lignée de bactéries résistantes qui pourra contaminer d'autres individus. »

premières minutes suivant l'administration de l'antibiotique. L'administration d'adrénaline est recommandée depuis qu'elle est la pierre angulaire dans le traitement d'un choc anaphylactique. Cependant, il ne sera pas exclu de voir apparaître des manifestations plus tardives de réactions allergiques.

L'antibiogramme et son utilité

C'est une technique de laboratoire qui détermine la sensibilité d'une bactérie à l'égard des antibiotiques. La méthode utilisée est celle de la diffusion en gélose. Un disque de buvard imprégné d'antibiotique est déposé dans une boîte de gélose où pousse une culture de germes à étudier. L'antibiotique se diffuse dans la gélose et, s'il est actif sur le germe, il inhibe la croissance de celui-ci et survient un cercle concentrique au disque plus ou moins grand selon la sensibilité du germe. Ceci permet de choisir l'antibiotique approprié lors d'une

infection duquel le germe précis a pu être isolé (voir **tableau 1** à la page 10).

En salle d'opération, il est possible d'avoir à administrer très fréquemment des antibiotiques à nos patients, et ce, selon le type de chirurgie et la prescription du chirurgien. À titre d'exemple, nous pouvons avoir à administrer des antibiotiques en chirurgie orthopédique pour toute chirurgie portant atteinte à l'os. Puis, sur un autre plan, l'antibiothérapie en prophylaxie est aussi nécessaire pour tous patients porteurs de cardiopathies congénitales qui viennent au bloc opératoire pour une chirurgie. Le but d'un tel traitement préventif est de diminuer les risques de développer une endocardite bactérienne pour cette clientèle. Ce ne sont que quelques exemples qui déterminent l'utilisation d'antibiotique tantôt en prophylaxie, tantôt en thérapie antimicrobienne active sur un germe en place puisqu'il fait partie intégrante de son utilisation en salle d'opération.

Les classes d'antibiotiques

Il existe plusieurs classes d'antibiotiques et dans une même classe nous pouvons retrouver aussi plusieurs générations d'antibiotiques. Mais qu'en est-il lorsque nous sommes aux prises avec un patient en salle d'opération qui est allergique à une classe? Il nous arrive comme inhalothérapeute de nous questionner à savoir, de quelle classe ou de quelle famille est cet antibiotique? Pouvons-nous l'administrer si le patient est allergique à la pénicilline, aux sulfamides ou autres? Pour ce faire, nous tenterons de démystifier le tout sous forme de tableaux. Dans quelle situation pouvons-nous l'utiliser? Pour quels microorganismes? Dans quel type de chirurgies? Ce dernier est-il de la même classe que celui-ci? Puis-je l'administrer rapidement ou non et pourquoi? Tant d'interrogations qui peuvent aussi avoir plusieurs réponses. Nous essayerons de vous ●●●

Tableau 1

Antibiothérapie	
Catégorie bactérienne et les micro-organismes en cause	
Gram -; aérobiques	<i>Hemophilus, Klebsiella, Pseudomonas, E. coli, Salmonella, ...</i>
Gram -; anaérobiques	Bactéroïdes, ...
Gram +; aérobiques	Streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, ...
Gram +; anaérobiques	<i>Clostridium, ...</i>
Catégories bactériennes versus choix d'antibiotiques	
Gram -; aérobiques	Pénicillines, céphalosporines, macrolides, quinolones, aminoglycosides
Gram -; anaérobique	Pénicillines, métronidazole, vancomycine
Gram +; aérobiques	Pénicillines, céphalosporines, quinolones, macrolides, tétracycline, sulfamides
Gram +; anaérobiques	Pénicillines, glycopeptides

Tableau 2

Les antibiotiques les plus utilisés en salle d'opération			
Classe d'antibiotique	Indications	Micro-organismes	Administration intraveineuse
β-lactamines (bactéricides)			
Pénicilline (G, V, A)	Chirurgie cardiaque, osseuse, digestive, O.R.L., urinaire, génitale, méningocoque	Gram + Strept. A, B, C, G Staphylocoque Gram - et Gram + aérobie Mais aucune activité sur le SARM	Diluer avec eau stérile et administrer en 15 minutes.
Ampicilline	Urinaire, septicémie	Strept. A, B, C, G Staph., large spectre, pas d'activité sur SARM, Gram +, <i>E. coli, H. influenza</i>	Diluer dans un sac de 50 cc de dextrose 5%. Administrer en 30 minutes.
Aminopénicilline Cloxacilline (pén. antibactérienne)	Prévention endocardite, sinusite, otite et peut être utilisé chez femme enceinte.	Large spectre, <i>Staph. aureus</i>	Administrer 1 h avant la chirurgie Diluer dans un sac de 100 cc de dextrose 5% et administrer en 1 heure.
Céphalosporines 1^{re} génération: Céfazoline (Ancef®, Kefzol®)	Chirurgie cardiaque, pulmonaire, césarienne, O.R.L.	Gram +, strept. A, B, C, G Gram -, <i>E. coli, H. influenza</i>	Diluer avec 10 cc d'eau stérile et peuvent être administrées rapidement. Attention: Allergie croisée avec pénicilline dans 5% à 10% des cas si hypersensibilité aux céphalosporines.

Tableau 2 (suite)

Les antibiotiques les plus utilisés en salle d'opération			
Classe d'antibiotique	Indications	Micro-organismes	Administration intraveineuse
2^e génération: Céfoxitine (Méfoxin®) Céfuroxime (Ceftin®)	Infection voies aériennes sup. et inf.	<i>Staphylococcus aureus, H. influenza</i> (Gram - et anaérobiques) Gram +, strept. A, B, C, G Gram -, <i>E. coli</i>	
3^e génération: Cefotaxime (Claforan®) Ceftizotime (Cefizox®)	Urinaire, abdominale, respiratoire, ostéo-articulaire, méningocoque	Strept., staph., Gram -, <i>H. influenza, E. coli</i> , Gram +, strept. A, B, C, mais inefficace contre SARM	Diluer dans 10 cc d'eau stérile et peuvent être administrées rapidement.
4^e génération: Cefpironne, Céfepine		Gram +, strept. A, B, C Gram -, <i>E. coli</i>	

Aminoglycosides
(bactéricides)

Gentamicyne	Urinaire, intestinale	Gram +, <i>Staph. aureus</i> , Gram -, <i>E. coli, H. influenza</i>	Diluer l'antibiotique dans un sac de 50 cc de NaCl 0,9% et administrer l'antibiotique en 30 minutes. Attention: Danger d'atteinte cochléaire, potentialise les neuromusculaires et peut amener une néphrotoxicité.
-------------	-----------------------	---	---

Quinolones(1^{re} à 4^e générations)

Fluoroquinolone Ciprofloxacine (Ciflox®) (2 ^e génération)	Urinaire, respiratoire, intra-abdominale (utilisé souvent en association avec Flagyl®), génitale, ostéo-articulaire, O.R.L.	Gram -, <i>N. meningitidis, H. influenza, E. coli</i> <i>Pseudomonas</i> , Gram + (staph.) <i>Enterobactere</i>	Sac pré-fait. 1 cc contient 2 mg de Ciflox® mini-sac de 100 ou 200 cc. Administrer en 60 minutes pour diminuer les risques de convulsions. Attention: Accentue les effets des anticoagulants et autres dérivés.
--	---	--	---

Macrolides

(bactériostatiques)

Érythromycine	Spectre plus large que les pénicillines, souvent donné aux personnes allergiques aux pénicillines (respiratoire...)	Gram +, strept. Lors de pneumonie. Pneumonie mycoplasme Gram -, <i>N. meningitidis</i>	Diluer dans 100 cc de NaCl 0,9% et administrer en 90 minutes environ. Attention: effet augmenté de l'alfentanil et midazolam.
Clarithromycine (Biaxin®) Azithromycine (Zithromax®)	O.R.L., pulmonaire, peau...		Irritant pour petites veines, préférer voie centrale.

Tableau 2 (suite)

Les antibiotiques les plus utilisés en salle d'opération

Classe d'antibiotique	Indications	Micro-organismes	Administration intraveineuse
-----------------------	-------------	------------------	------------------------------

Nitroimidazole

(antibactérien, spectre étroit)
(bactéricide)

Métronidazole (Flagyl®)	Colite pseudo-membraneuse	Bactérie anaérobie, bacille Gram – et Gram +, efficace contre <i>Clostridium difficile</i>	Sac pré-préparé de 500 mg. Peut être administré en 20 minutes. Attention: augmente les effets des anticoagulants.
-------------------------	---------------------------	--	--

Lincosamides

(bactériostatiques)

Clindamycine (Dalacin®)	Inf. osseuse à staph., pulmonaire, génitale, abdominale postchirurgie (péritonite, abcès intra-abdominal)	Staph., SARM, Strept., cocci à Gram –, les anaérobies	Diluer dans 100 cc de dextrose 5 % et administrer en 45 minutes. Attention: ne pas dépasser 30 mg par minute de perfusion donc 600 mg sera donné en 20 minutes.
-------------------------	---	---	---

Sulfamides

(bactériostatiques)

Bactrim®, sulfadiazine	Urinaire, bronchique, pulmonaire, génitales, maladie de Crohn, colite ulcéreuse	Large spectre, cocci Gram +, staph., strept., cocci Gram –, bacille Gram – et Gram +	Attention: potentialise l'action des antidiabétiques oraux et anticoagulants.
------------------------	---	--	--

Glycopeptidiques

Vancomycine Alternative si allergique aux β-lactamines et aussi en alternative au Flagyl®	Gastro-intestinale, cardiaque, vasculaire, neurochirurgie, orthopédie	Bon pour colonisation démontrée par SARM, efficace contre le <i>Clostridium difficile</i> (anaérobie) <i>Staph. aureus</i> , SARM, Gram +, strept. A, B, C.	Attention: si donné trop rapidement, diminution de T.A., attention à la toxicité pour oreille, rein si hautes concentrations utilisées ou usage prolongé.
--	---	--	--

- démystifier le tout grâce aux informations que vous trouverez dans le **tableau 2** ci-contre.

L'antibiothérapie est un sujet très vaste et en connaître les mécanismes est essentiel en salle d'opération. Les recherches pharmaceutiques sont en constant essor afin d'améliorer sans cesse les traitements et minimiser le plus possible les effets indésirables, mais encore trop présents. Afin de diminuer le risque pour le patient de développer une résistance à une famille d'antibiotique, l'utilisation d'une première génération d'un médicament est souhaitable au lieu d'aller tout de suite à une génération subséquente, telle une troisième génération lorsque le besoin n'est pas toujours indiqué. De plus, *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy* suggère toujours, selon l'étiologie et

selon la bactérie en cause, un traitement médical antimicrobien primaire et une alternative si le premier antibiotique a été inefficace ou si le patient présente une allergie. D'où l'importance de débiter par une première génération ou une première classe.

L'antibiothérapie est et sera toujours un domaine en constante évolution dans un but ultime de neutraliser les germes présents et ceux qui se développeront suite à un croisement de nouvelles souches. Le rôle de l'inhalothérapeute en milieu opératoire est d'être à l'affût des différentes classes d'antibiotiques, de connaître davantage les compatibilités lorsque le patient présente une allergie et aussi d'être en mesure de l'administrer d'une manière sécuritaire afin de minimiser les effets secondaires prévisibles lors de son administration et ce, dans le but d'optimiser le traitement pour le bien-être du patient.

Cet article n'est qu'un bref survol sur les antibiotiques. Étant un sujet complexe, il est important que l'inhalothérapeute maîtrise davantage ces médicaments puisqu'il est appelé à les administrer en salle d'opération par voie intraveineuse de manière presque quotidienne. 🦋

Références

DAVID, N. et coll. 2007, *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy*, 37^e édition: Antimicrobial therapy, Inc., 202 p.
YALA, D. et MERAD, A.S., 2001, «Classification et mode d'action des antibiotiques», *Médecine du Maghreb*, N° 91, 8 pages. [En ligne] [http://www.santetropicale.com/resume/9101.pdf] (consulté le 15 janvier 2008)
Encyclopédie médicale, [En ligne] [http://www.vulgaris-medical.com] (consulté le 15 janvier 2008)
Encyclopédie Wikipedia, [En ligne] [http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil] (consulté le 15 janvier 2008)

Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle

Le CSSS d'Antoine-Labelle est un établissement multivocationnel qui offre la gamme des services locaux d'un CSSS à la population de la MRC d'Antoine-Labelle (35 000 personnes) et des services spécialisés en santé mentale et en néphrologie. Le nombre total de lits s'élevé à 473 et son budget annuel est de 75 millions de \$. Nous recherchons :

INHALOTHÉRAPEUTES

EXIGENCES ET CONDITIONS DE TRAVAIL

- DEC en inhalothérapie
- Membre de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

STATUT D'EMPLOI

- À combler : Postes permanents à temps partiel 7 QT/Paie sur 2 quarts de travail
- Peut combler jusqu'à temps complet avec une garantie de travail
- Disponibilité ½ fin de semaine
- Horaire connu 28 jours à l'avance

EMPLOI

Nous offrons des services d'inhalothérapie dans différents programmes cliniques tels que : l'urgence, bloc opératoire, soins intensifs, unités de soins, centre d'hébergement, transports interhospitaliers et service à la communauté.

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

- Formation et orientation à l'embauche ;
- Aide pour faciliter l'intégration à la région telle que: hébergement, garderie, etc.;
- Nous offrons une aide financière au déménagement (pièces justificatives demandées);
- Nous sommes une région visée par le crédit d'impôt pour nouveau diplômé travaillant dans une région ressource éloignée.

www.revenu.gouv.qc.ca

CSSS d'Antoine-Labelle • Direction des ressources humaines
1525 L'Annonciation Nord, Rivière-Rouge QC J0T 1T0
Télécopieur : 819 275-5946 • sylvie.paradis@ssss.gouv.qc.ca
www.csssal.org

La prise en charge des infections respiratoires

Avoir les bons outils cliniques

par **Karl Weiss**, MD, MSc, FRCPC, professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal et professeur associé de médecine à l'Université McGill

Source: *Le Clinicien*, Vol. 22, N° 4, avril 2007, p. 85-88.

Les infections respiratoires (sinusite, bronchite, pneumonie) constituent une des premières causes de consultations pour les omnipraticiens. C'est aussi, en terme d'importance, la première cause de prescription d'un antibiotique à l'extérieur du milieu hospitalier, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la sensibilité des pathogènes aux différentes classes d'antibiotiques. D'un point de vue pratique, plusieurs questions-clé ne sont pas claires pour les médecins œuvrant en pratique privée. Quels outils cliniques sont les plus utiles pour prendre en charge une exacerbation aiguë de bronchite chronique ou une pneumonie?

Respiratory infections (sinusitis, bronchitis, pneumonia) represent one of the principal causes of consultations for general practitioners. It is also, in terms of importance, the first cause for prescribing an antibiotic outside hospital walls, and this could have important consequences on the sensibility of pathogens to different classes of antibiotics. From a practical point of view, many key questions are unclear for doctors working in private practice. Which clinical tools are more useful to take charge of an acute aggravation of chronic bronchitis or pneumonia?

L'exacerbation aiguë de la bronchite chronique

Q > Quels symptômes doit-on rechercher dans les exacerbations aiguës de bronchite chronique?

R > Trois critères, encore appelés critères d'Anthonisen, ont été démontrés comme ayant une valeur clinique pour déterminer la présence d'un épisode d'exacerbation:

- la présence d'une dyspnée augmentée;
- une augmentation de la purulence des expectorations;
- une augmentation de la quantité des expectorations.

La présence d'au moins deux de ces critères est une indication pour débuter une antibiothérapie. Il est important de noter que la fièvre est rarement présente dans une simple exacerbation.

Q > Quels sont les micro-organismes causant une exacerbation aiguë?

R > Le type de micro-organismes rencontré dépendra principalement de la

condition de base du patient, ici déterminée par son VEMS (volume expiratoire maximum seconde) évalué à l'état stable. De façon générale, les bactéries, telles que *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* et, plus rarement, *Streptococcus pneumoniae*, vont surtout se retrouver chez les patients ayant un VEMS supérieur à 50 % de la valeur prédite. Par la suite, la règle de base est que plus le VEMS est bas, plus la proportion de bactéries Gram négatif augmente.

Q > Pourquoi est-il important d'administrer la bonne classe d'antibiotiques?

R > Plusieurs études ont démontré que la prescription de la classe d'antibiotiques la plus appropriée selon les circonstances a un effet sur la durée libre de maladie entre deux épisodes, sur l'éradication bactérienne et sur le coût global du traitement. Cela est d'autant plus important si la maladie primaire est avancée ou grave.

Q > Comment classifie-t-on les différents types de bronchite chronique et quels antibiotiques administrer?

R > Les dernières lignes directrices canadiennes ont divisé les patients en trois groupes (quatre si la bronchite aiguë est incluse). Notre choix de l'antibiothérapie se fait au moyen d'une stratification rationnelle des patients selon:

- la gravité de la maladie (telle que déterminée par l'étude de la fonction respiratoire);
- la fréquence des exacerbations;
- l'âge;
- la présence de maladies comorbides;
- l'utilisation d'oxygénothérapie au long cours et ou de corticostéroïdes oraux;
- la prise d'antibiotiques dans les trois mois précédents.

Le **tableau 1** (page 13) résume les différentes indications d'antibiothérapie.

«Les infections respiratoires (sinusite, bronchite, pneumonie) constituent une des premières causes de consultations pour les médecins de première ligne.»

La pneumonie communautaire

Q > Quelle est l'épidémiologie de la pneumonie communautaire?

R > L'épidémiologie microbienne de la pneumonie communautaire acquise est complexe et peut varier selon:

- les saisons;
- l'âge du patient;
- les conditions biopsychosociales dans lesquelles évolue le patient;
- la présence de facteurs modulateurs, tels les comorbidités, la prise antérieure d'antibiotiques ou le lieu de résidence (domicile, centre d'accueil, etc.).

Il est impossible de prédire avec exactitude l'étiologie de la pneumonie en fonction des symptômes et des signes cliniques. Il faut aussi souligner que l'on ne peut identifier un agent étiologique que dans 50 % des cas. Le *Streptococcus pneumoniae* demeure la bactérie prédominante, car elle est impliquée dans 12 à 42 % des cas. De plus, 70 % de la mortalité associée à la pneumonie lui est attribuée.

Les autres micro-organismes impliqués sont principalement le *Mycoplasma pneumoniae* (6 à 26 %), la *Chlamydia pneumoniae* (3 à 15 %), l'*Hæmophilus influenzae* (2 à 12 %), les bactéries Gram négatif (1 à 7 %), le *Staphylococcus aureus* (1 à 5 %) et le *Legionella pneumophila* (0,5 à 7,5 %). Les virus sont impliqués dans près de 25 % des cas. Par ailleurs, 5 à 15 % des cas présentent une étiologie impliquant plusieurs pathogènes.

Q > Quel est le seul examen utile pour la prise en charge d'une pneumonie dans un contexte de clinique externe?

R > La radiographie pulmonaire est le seul examen utile dans un contexte ambulatoire, puisque, par définition, une pneumonie affiche sur la radiographie

Tableau 1

Indications d'antibiothérapie selon le type de bronchite				
Type de bronchite	Facteurs de risque	Pathogènes probables	Premier choix d'antibiotique	Autres choix d'antibiotique
Trachéo-bronchite aiguë (classe 0)	aucun	virus	aucun	Macrolide si symptômes > 7 à 10 jours
Bronchite chronique simple (classe 1)	<ul style="list-style-type: none"> • MPOC • Tabagisme • 50 % < VEMS < 70 % 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hæmophilus influenzae</i> • <i>Hæmophilus spp</i> • <i>Moraxella catarrhalis</i> • <i>Streptococcus pneumoniae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline • Tétracycline • TMP/SMX 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-clavulanate • Céphalosporine de 2^e ou 3^e génération • Fluoroquinolones • Nouveaux macrolides (azithromycine, clarithromycine)
Bronchite chronique compliquée (classe 2)	<ul style="list-style-type: none"> • VEMS < 50 % • > 4 exacerbations/an • Âge > 65 ans • Comorbidité significative (insuffisance cardiaque) • Oxygénothérapie • Corticothérapie orale chronique • Antibiothérapie dans les 3 mois préalables 	Comme pour la classe 1, en plus de: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klebsiella spp</i> et autres bactéries Gram négatif • Probabilité plus grande d'une résistance aux β-lactamines 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-clavulanate • Céphalosporine de 2^e ou 3^e génération (céfuroxime, céfprozil, céfixime) • Fluoroquinolones • Nouveaux macrolides (azithromycine, clarithromycine) 	Peut nécessiter une thérapie parentérale
Bronchite chronique suppurative (classe 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Bronchiectasies • VEMS < 35 % 	Comme pour la classe 2, en plus de: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pseudomonas aeruginosa</i> • Entérobactéries multirésistantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacine • Hospitalisation: traitement parentéral possiblement requis 	

N.B.: L'ordre attribué aux antibiotiques est exclusivement alphabétique et ne relève pas d'un choix préférentiel

des symptômes respiratoires associés à un infiltrat de novo. Il est également suggéré d'effectuer une radiographie de contrôle six semaines après la fin du traitement antibiotique chez les patients plus à risque (patient de plus de 40 ans, fumeur, ex-fumeur, etc.).

Q > Comment peut-on évaluer la gravité d'une pneumonie?

R > Plusieurs règles permettent d'évaluer le risque de complications de la maladie. Le score PSI (*Pneumonia Severity Index*), initialement développé pour évaluer la mortalité, est très utile. Un autre score, le CURB_65 (basé sur la présence de quatre facteurs clés), est également très facile d'utilisation. Il est important de se rappeler que la tachypnée supérieure à 30 par minute est le symptôme le plus important à rechercher. 🦋

Reproduit avec autorisation.

Bibliographie

- 1 BALTER, MS, LA FORGE, J, LOW DE, et coll.: «Canadian guidelines for the management of acute exacerbations of chronic bronchitis: executive summary». *Can Resp Journal*, 2003; 10(5):248-58.
- 2 FINE, MJ, AUBLE, TE, YEALY, DM, et coll.: «A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia». *NEJM*, 1997; 336:243-50.
- 3 LIM, WS, VAN DER EERDEN, MM, LAING, R, et coll.: «Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study». *Thorax*, 2003; 58:377-82.
- 4 MANDELL, LA, MARRIE, TJ, GROSSMAN, RF, et coll.: «Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. The Canadian Community-Acquired Pneumonia Working Group». *Clinical Infectious diseases*, 2000; 31:383-421.

Sitographie

- 1 Site Internet du conseil du médicament du Québec. Recommandations en terme de traitement antibiotique. www.cdm.gouv.qc.ca/site/index.php?fr_publications_guides_antibiotherapie

La communication SBAR vous connaissez?

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

Saviez-vous que l'origine principale des accidents évitables et des dommages causés aux usagers provient de problèmes de communication verbale?

Une étude effectuée en Illinois aux États-Unis, par la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization* au *OSF St. Joseph Medical Center* et publiée en 2005, a démontré que 65 % des événements sentinelles et 90 % des causes fondamentales d'erreurs et dommages causés aux usagers, avaient comme facteurs contributifs des erreurs de communication.

De ces résultats plutôt inquiétants est née l'application d'un modèle de communication: SBAR.

La communication SBAR a d'abord été développée par les milieux militaires. Le Dr Michael Leonard, à partir de travaux débutés en 2002 et d'études faites en équipe interdisciplinaire, l'a ensuite adaptée au milieu médical. En voulant soutenir l'*OSF St. Joseph Medical Center* dans l'atteinte de son objectif d'**accroître la sécurité des usagers en améliorant la communication au sein de l'équipe**, le Dr Leonard proposa l'implantation de l'outil ou **plutôt cette façon de communiquer l'information verbalement**, et ce, à tous les niveaux de communication.

Bien que le but premier de SBAR était d'améliorer la communication entre l'infirmière et le médecin et de permettre au personnel infirmier de formuler des recommandations, **le modèle a été appliqué à toute l'organisation**.

En mars 2006, les résultats de l'application du principe de communication SBAR publiés dans le *Journal on Quality and Patient Safety* ont démontré une diminution des incidents et l'amélioration de la communication après une seule année d'implantation.

Par ailleurs, d'autres organismes notamment *Errormed*, l'*Institute for Healthcare Improvement* et le *Safer Healthcare Now!* canadien, que le Québec a joint récemment avec sa campagne québécoise: *Ensemble améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé*, ont eu comme préoccupation des aspects touchant la communication. SBAR fait partie intégrante des méthodes de communication favorisées.

Mais qu'est-ce que c'est?

Difficile à traduire mot à mot, mais facile à comprendre puisqu'à l'origine conçue pour le milieu médical, la communication SBAR s'explique ainsi:

S = situation

B = background

A = assessment

R = recommandations

S = situation

- Votre nom et titre; nom de l'usager; problème(s) ou problématique?

B = background (histoire)

- Diagnostic à l'admission; histoire médicale si pertinente; traitements à ce jour; interventions faites.

A = assessment (évaluation)

- Signes cliniques; signes vitaux récents; ou altérations s'il y a lieu; auscultation, fréquence respiratoire, etc.

R = Recommendations (recommandations)

- Pensez-vous que?; nous devrions changer de thérapie?; vous devriez venir voir l'usager; avez-vous des questions?; avez-vous une nouvelle ordonnance à formuler?

Bien que nous illustrons ici la transmission verbale d'informations, tout ce qui a été discuté et prescrit le cas échéant, doit être noté au dossier.

Il s'agit donc de bien connaître le sujet que l'on désire aborder et ensuite de le transmettre de façon concise en utilisant une référence structurée pour toutes les situations. SBAR se prête aussi bien à une situation clinique stable ou urgente. Il est également utile en rencontre interdisciplinaire et pour les problématiques d'aspect technique (voir les **tableaux 1 et 2**).

Bien que l'utilisation de ce modèle soit facile, il est plus ardu de changer les façons de faire, de promouvoir et de maintenir son utilisation par tous. En tout, à l'*OSF St. Joseph Medical Center*, dix-sept stratégies ont été nécessaires avant d'atteindre une moyenne d'utilisation acceptable (96 %). Parmi les stratégies utilisées, on retrouve:

- la création d'équipe d'implantation;
- des sessions de formation et de mises en situation pour les non-cliniciens et des cas cliniques pour les médecins;
- des affiches SBAR laminées dans les endroits critiques et mini-affiche sur les téléphones;
- des formations pour les administrateurs, de la direction générale aux responsables d'unités de soins;
- des mesures d'appréciation de la qualité;
- la création de formulaire SBAR;
- fond d'écran SBAR;
- une formation SBAR à l'embauche; etc.

Plusieurs modèles SBAR types sont disponibles sur Internet, leur utilisation facilite l'implantation et le réflexe d'utilisation de ce mode de communication. Une des caractéristiques les plus appréciées de SBAR est qu'il a non seulement réduit le nombre d'incidents et d'accidents, mais a aussi été un facteur facilitant les recommandations de la part des professionnels et l'écoute de celles-ci.

Tableau 1

S situation	D' X, je suis M ^{me} Y, inhalothérapeute. Je vous appelle au sujet de M ^{me} Jeanne Labelle de la chambre 425, admise ce matin pour asthme sur IVRS. Elle présente une difficulté respiratoire importante non soulagée.
B background (histoire)	Patiente de 22 ans, admise pour asthme sur IVRS, deuxième hospitalisation pour le même problème, ne souffre pas d'autres problèmes de santé. Elle n'a jamais pris de corticostéroïde inhalé. Elle a reçu Ventolin 2,5 mg q 4 h tel que prescrit par D ^r Lapresse de l'urgence, son dernier traitement remonte à 20 h 30. L'infirmière a débuté le protocole d'oxygénothérapie à 18 h.
A assessment (évaluation)	La patiente a une FR: 20/min, SpO ₂ 92% avec O ₂ 2 lpm, FC 115/min. T°: 38; toux grasse productive = sécrétions muco purulentes; auscultation: râles sibilants holo expiratoires bilatéraux et quelques râles ronflants. Je n'ai pas de radiographie disponible.
R recommendations (recommandations)	Je pense qu'il serait souhaitable d'ajouter un corticostéroïde inhalé et un antibiotique à sa thérapie; de changer la fréquence de ses traitements et de procéder à une radiographie pulmonaire. Peut-être devriez-vous venir voir la patiente? Je ne crois pas que ce soit simplement un asthme aggravé. Entre-temps, avez-vous une ordonnance à formuler?

Tableau 2

S situation	M ^{me} Z, inhalothérapeute, responsable des cliniques externes volet cardiorespiratoire. Nous avons un problème de localisation de la clinique de réadaptation.
B background (histoire)	Les usagers de la réadaptation respiratoire se perdent dans l'hôpital et doivent marcher longtemps et arrivent trop fatigués. Ils sont aussi très en retard au cours de groupe.
A assessment (évaluation)	Nous avons changé plusieurs fois de local dernièrement, dues aux rénovations et à l'ajout des nouveaux pavillons. Cette situation risque de se reproduire. Les affiches des plans de l'hôpital aux entrées n'ont pas été remplacées, elles sont pourtant disponibles. Les usagers de la clinique devraient être mieux informés lorsqu'il y a un changement de local, soit à l'entrée de l'hôpital ou bien par le personnel de la clinique.
R recommendations (recommandations)	Trouver rapidement un local permanent pour la réadaptation pulmonaire. Entre-temps, afficher auprès des entrées les plus utilisées l'endroit de la clinique et aviser le kiosque d'informations. Remettre aux usagers le nouveau plan sur papier en indiquant l'endroit de la clinique et le stationnement le plus près.

Sans avoir l'ambition de l'OSF St. Joseph Medical Center, il est possible d'utiliser le modèle de communication SBAR au département d'inhalothérapie. Nos interventions seront ainsi mieux ciblées et la qualité des soins à nos usagers en bénéficiera.

Je vous propose de débiter entre vous!

- S:** présentez-vous, expliquez la raison de votre appel ou de votre communication;
- B:** expliquez les circonstances qui ont mené à la situation qui se présente et le contexte;
- A:** donnez votre évaluation des signes cliniques, des signes vitaux, de la médication, des résultats de test;
- R:** exprimez votre recommandation sur ce qui devrait être fait pour régler le problème et demandez les nouvelles ordonnances s'il y a lieu, demandez aux médecins ou à l'interlocuteur concerné de venir voir l'utilisateur ou de faire le suivi le cas échéant.



«SBAR = bien connaître le sujet que l'on désire aborder et ensuite de le transmettre de façon concise en utilisant une référence structurée pour toutes les situations.»

Si vous désirez en savoir plus ou obtenir des formulaires aide-mémoire, je vous invite à consulter les sites Internet suivants:

- www.ihl.org (vous devez devenir membre, sans frais, cherchez SBAR)
- www.torontorehab.com/education/SBARindex.html
- www.jcipatientsafety.org/fpdf/psp/PatientSafetyArticles/S1-PS-02-05.pdf
- www.nanb.nb.ca/pdf_e/AGM2007/Jane%20Duncan%202007.pdf
- www.nodelaysachiever.nhs.uk/NR/rdonlyres/BB54CB46-614D-4125-B15C-35B528B7FCF5/o/RG0071SBARreportingImage.pdf



“Redonnez le souffle de vie”

Richard Meloche, inh., RRT

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

Formation en Soins d'urgence cardiovasculaire et RCR
Formation en Défibrillation externe automatisée

Tél.: (514) 891-4459
E-mail: rcrpro@sympatico.ca
pages.globetrotter.net/rcrpro/

Membre de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur

Varénicline (Champix) et effets indésirables psychiatriques graves

par **Maria Longo**, B. Sc. Pharm.; **Tanja Kalajdzic**, M. Sc.;
Marielle McMorrان, B. Sc, B. Sc. (Pharm.), Santé Canada

Source: *Bulletin canadien des effets indésirables*, Vol. 18, N° 2, avril 2008.

© Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 2008.

Le tartrate de varénicline (Champix), commercialisé au Canada depuis avril 2007, est indiqué dans le traitement de la désaccoutumance au tabac chez les adultes, en association avec un programme de soutien antitabagique¹. L'efficacité de la varénicline dans l'abandon du tabac serait le résultat de l'activité agoniste partielle du médicament au niveau des récepteurs nicotiniques $\alpha 4\beta 2$ de l'acétylcholine. En se fixant à ces récepteurs, la varénicline produit deux résultats². D'abord, elle active la libération de dopamine et crée des effets de renforcement semblables à ceux de la nicotine, mais avec une activité moindre parce qu'elle se fixe partiellement au récepteur². Deuxièmement, elle agit comme antagoniste physique en se

fixant au récepteur de la nicotine et en bloquant les effets de la nicotine ou d'un agent de remplacement nicotinique².

L'abandon du tabac, avec ou sans traitement, est associé à divers symptômes comme l'humeur dépressive, l'insomnie, l'irritabilité, la frustration ou la colère, et l'anxiété¹. Du 1^{er} avril au 23 novembre 2007, Santé Canada a reçu 107 notifications d'effets indésirables (EI) soupçonnés d'être associés à la varénicline. De ces déclarations, 46 décrivaient des EI psychiatriques, dont 14 cas d'agression, de dépression ou d'idées suicidaires (voir **tableau 1**). Les autres cas de troubles psychiatriques comprenaient des EI tels que l'amnésie, les rêves anormaux, l'anxiété, l'insomnie, l'anomalie de la pensée et la somnolence.

Tableau 1

Résumé des déclarations de cas d'agression, de dépression et de tendance suicidaire soupçonnés d'être associés à la varénicline, signalées à Santé Canada du 1^{er} avril 2007 au 23 novembre 2007*

Cas	Âge/sexe du patient	Antécédents de troubles psychiatriques	Effet(s) indésirable(s) [†]	Délai d'apparition de l'effet, jour [‡]	Issue, après cessation de la varénicline
1	51/F	non	agressivité	4	inconnu
2	65/M	oui	agressivité	36	rétabli
3	46/M	oui	dépression	1	rétabli
4	55/F	inconnu	dépression	≤2	rétablie
5	64/M	non	dépression	2	rétabli
6	ND/F	oui	dépression	≤42	ND [§]
7	64/F	inconnu	dépression	inconnu	ND [¶]
8	33/F	non	tendance suicidaire	11	inconnu
9	55/F	inconnu	tendance suicidaire	≤14	inconnu
10	53/F	non**	tendance suicidaire/dépression	≤29	rétabli
11	30/F	inconnu	tendance suicidaire/dépression	≤31	inconnu
12	46/M	non	tendance suicidaire/dépression	≤32	rétabli
13	54/M	non	tendance suicidaire/dépression	≤72	rétabli
14	58/F	oui	tendance suicidaire/dépression/colère	≤13	rétabli

Note: ND = non disponible.

* On ne peut utiliser ces données pour déterminer l'incidence des effets indésirables (EI) étant donné que les EI font l'objet de notifications insuffisantes et qu'on n'a tenu compte ni de l'exposition des patients ni de la durée de commercialisation du médicament.

† Selon la terminologie du Dictionnaire des effets indésirables de l'Organisation mondiale de la Santé (WHOART).

‡ Estimé à compter du début du traitement.

§ Au moment de la déclaration, la patiente prenait toujours de la varénicline et n'était pas encore rétablie.

¶ La dépression a fait son apparition après que la patiente ait cessé de prendre le médicament.

** On a signalé des antécédents familiaux de dépression.




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.

On ne connaît pas les conséquences de l'emploi d'un produit d'abandon du tabac exerçant une action agoniste partielle sur les récepteurs nicotiques chez les patients atteints d'une maladie psychiatrique sous-jacente¹. La prudence est donc recommandée chez ces patients¹. Deux rapports de cas ont décrit récemment l'exacerbation de la schizophrénie chez un patient³ et un épisode de manie chez un patient atteint d'un trouble bipolaire qui prenait de la varénicline⁴.

La monographie canadienne de la varénicline a récemment été révisée afin d'indiquer que l'on a signalé après la commercialisation des cas d'humeur dépressive, d'agitation, de changement de comportement, d'idées suicidaires et de suicide¹. La monographie du produit indique que les patients n'avaient pas

tous une maladie psychiatrique préalable connue et n'avaient pas tous complètement cessé de fumer¹. En novembre 2007 et en février 2008, la *Food and Drug Administration* des États-Unis a diffusé des avis de sécurité au sujet d'EI psychiatriques chez des patients qui prenaient de la varénicline^{5,6}. Santé Canada continue de surveiller les EI soupçonnés d'être associés à la varénicline. Tout nouveau renseignement d'innocuité découlant des résultats d'analyse sera diffusé au moyen de l'avis électronique *MedEffet*. 

Références

- 1 Champix (comprimés de tartrate de varénicline) [monographie du produit]. Kirkland (QC): Pfizer Canada Inc.; 2007.
- 2 STACK, NM. «Smoking cessation: an overview of treatment options with a focus on varenicline». *Pharmacotherapy* 2007; 27(11):1550-7.

- 3 FREEDMAN, R. «Exacerbation of schizophrenia by varenicline». *Am J Psychiatry* 2007; 164(8):1269.
- 4 KOHEN, I., KREMEN, N. «Varenicline-induced manic episode in a patient with bipolar disorders». *Am J Psychiatry* 2007; 164(8):1269-70.
- 5 *Early Communication About an Ongoing Safety Review - Varenicline (marketed as Chantix)*. Rockville (MD): US Food and Drug Administration; 20 novembre 2007. (consulté le 18 février 2008). Disponible: www.fda.gov/medwatch/safety/2007/safety07.htm#Chantix (consulté le 18 février 2008).
- 6 *Information for Healthcare Professions - Varenicline (marketed as Chantix)*. Rockville (MD): US Food and Drug Administration; 1^{er} février 2008. Disponible: www.fda.gov/medwatch/safety/2007/safety08.htm#Varenicline (consulté le 18 février 2008).

exclusivement réservé aux membres

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

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

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

D'autres programmes bien pensés :

- Assurances VR solutions^{MD} (moto, motoneige, VTT, caravane, autocaravane et bateau)
- Économiser est un jeu d'enfant grâce au programme d'assurance JEUNE FAMILLE^{MC}
- CAP, un programme novateur d'assistance routière, habitation et juridique

Nous rejoindre

1 800 322-9226 • www.lacapitale.com



Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec



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



La Capitale
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Le counseling en abandon du tabac

Résultats d'une enquête menée auprès des inhalothérapeutes du Québec - 2005

par **Michèle Tremblay**, Institut national de santé publique du Québec,
Daniel Cournoyer, Institut national de santé publique du Québec et **Jennifer O'Loughlin**, Université McGill


Chers collègues,

En 2005, l'Organisation mondiale de la santé déclarait le rôle essentiel des intervenants de la santé en matière de renoncement à l'usage du tabac en dédiant la journée mondiale sans tabac à ce thème. Une vaste campagne médiatique mondiale intitulée Les professionnels de la santé et la lutte antitabac s'en est suivie.

Au Québec, le Plan de lutte contre le tabagisme, en cours depuis 2001, confirme l'engagement de nos gouvernements à combattre ce fléau. Issu de ce plan, le mandat de mobiliser les professionnels de la santé a été donné à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La première étape entreprise par l'INSPQ a été de dresser le portrait des pratiques de counseling en abandon du tabac auprès des professionnels. L'OPIQ, à l'instar de cinq autres ordres professionnels, a été convié à participer à cette importante enquête. Les résultats de cette étude vous sont présentés aujourd'hui et nous permettent de connaître le profil des pratiques de counseling des inhalothérapeutes et de répondre aux besoins de formations identifiées.

L'inhalothérapeute joue un rôle essentiel dans la lutte contre le tabagisme. De par la nature de notre travail de première ligne, nous avons un contact privilégié avec les patients fumeurs. Nos interventions peuvent contribuer à les encourager et les motiver dans leur démarche de renoncement au tabac. Des actions d'une durée aussi brève que trois à dix minutes peuvent suffire pour déclencher un processus de réflexion qui les encouragera à cesser de fumer. Lors d'une rencontre récente avec la D^{re} Michèle Tremblay de l'INSPQ, celle-ci soulignait le fait que la majorité (79 %) des fumeurs croient que c'est le rôle de l'inhalothérapeute d'intervenir en abandon du tabac. Cela confirme le rôle clé que nous pouvons jouer auprès de nos patients fumeurs.

En tant qu'experts du domaine de la santé cardiorespiratoire, nous avons le devoir et l'obligation de combattre ce facteur de risque destructeur qu'est le tabagisme. Témoignant de notre engagement, l'Ordre participe à ce projet depuis 2005. Nous sommes fiers et heureux de contribuer activement à la lutte antitabac.



Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente

introduction

L'Institut national de santé publique du Québec a reçu du Service de lutte contre le tabagisme le mandat d'optimiser les pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé de six ordres professionnels. Dans le cadre de ce projet, une enquête a été menée afin de mieux connaître les éléments qui entourent leurs pratiques de counseling. Voici les principaux résultats de cette étude. La version intégrale est disponible à l'adresse électronique suivante:

version française

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/507CounselingAbandonTabacInhalotherapeutes.pdf

version anglaise

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/608-SmokeCes_THERAPISTS_pourweb.pdf

enquête

L'enquête a été menée de février à mai 2005 auprès de 500 membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) afin de connaître:

- Les pratiques de counseling en abandon du tabac.
- Les facteurs influençant ces pratiques.
- L'intérêt pour la formation et les besoins en la matière.

Un échantillon aléatoire simple de 500 inhalothérapeutes a été sélectionné à partir de la base de données 2004 de l'OPIQ. Pour être admissibles, les répondants devaient avoir effectué des soins cliniques au cours de l'année précédant l'enquête.

méthode

Un questionnaire autoadministré, prétesté et disponible en français et en anglais, a été posté en février 2005. Le taux de réponse obtenu après trois envois est de 68 %.

résultats

Détermination du statut tabagique

La majorité des inhalothérapeutes s'informent du statut tabagique de leurs patients. Par ailleurs, chez plus de la moitié de leurs patients fumeurs, 40 % des inhalothérapeutes indiquent au dossier le statut tabagique et 27 % de ceux-ci évaluent s'ils sont prêts à cesser de fumer.

Pratiques de counseling

Les tableaux I et II nous renseignent sur les pratiques de counseling des répondants auprès de deux types de fumeurs. Ainsi, 63 % des inhalothérapeutes conseillent de cesser de fumer à plus de la moitié de leurs patients fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer (voir **tableau I** ci-contre).

Et 60 % des inhalothérapeutes demandent le nombre de cigarettes fumées par jour à plus de la moitié de leurs patients fumeurs qui se préparent à cesser de fumer (voir **tableau II** ci-contre).

Quand ils donnent des conseils à un patient pour l'inciter à cesser de fumer, 68 % des inhalothérapeutes font une intervention qui dure plus de trois minutes.

Perception de leur rôle

Les inhalothérapeutes interrogés croient qu'ils ont un rôle important à jouer relativement à l'abandon du tabac (voir **tableau III** à la page 20).

Perception des obstacles

Les inhalothérapeutes se sont aussi exprimés sur les facteurs qui selon eux peuvent nuire à leur intervention et qu'ils considèrent comme très ou extrêmement importants:

➤ Difficulté d'effectuer un suivi	84 %
➤ Manque de temps	82 %
➤ Résistance des patients aux conseils	77 %
➤ Manque d'intérêt des patients	73 %
➤ Manque de connaissances sur le counseling	73 %
➤ Manque de ressources pour les patients	68 %
➤ Manque de connaissances sur les médicaments	66 %
➤ Manque d'observance des patients	65 %
➤ Manque d'impact sur les patients	62 %
➤ Manque de documentation éducative	59 %
➤ Coût des médicaments	56 %
➤ Aire de consultation inadéquate	52 %
➤ Difficulté à déterminer si un patient veut cesser de fumer	51 %
➤ Manque de remboursement pour le counseling	11 %

Perception de leurs habiletés

L'enquête visait aussi à connaître la perception des inhalothérapeutes quant à certaines habiletés relatives au counseling en abandon du tabac (voir **tableau IV** à la page 20).

Intérêt pour de la formation et des outils

L'enquête révèle que 79 % des inhalothérapeutes sont intéressés à mettre à jour leurs connaissances en abandon du tabac et aimeraient avoir accès à différents outils pour les aider à offrir des conseils à leurs patients fumeurs (voir **tableau V** à la page 20).

commentaires

À notre connaissance, cette enquête est la première réalisée au Québec sur les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes. D'après cette étude, les inhalothérapeutes

Tableau I

Intervention	Counseling auprès des fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer	
	Inhalothérapeutes (%) qui font des interventions	
	Auprès de plus de la moitié des fumeurs	Auprès de la moitié des fumeurs ou moins
Discuter des effets du tabac sur la santé pulmonaire	57	43
Discuter des effets du tabac sur la santé en général	50	50
Discuter de leur perception des avantages et des inconvénients du tabagisme	34	66
Discuter de leur perception des avantages et des inconvénients de cesser de fumer	37	63
Exprimer de l'inquiétude par rapport à leur consommation de tabac	47	53
Conseiller de cesser de fumer	63	37
Offrir de la documentation écrite sur le tabagisme ou l'abandon du tabac	18	82
Offrir un rendez-vous spécifique pour discuter d'abandon du tabac	6	94
Discuter des effets de la fumée secondaire sur la santé de leurs proches (famille, amis, etc.)	30	70

Tableau II

Intervention	Counseling auprès des fumeurs qui se préparent à cesser de fumer	
	Inhalothérapeutes (%) qui font des interventions	
	Auprès de plus de la moitié des fumeurs	Auprès de la moitié des fumeurs ou moins
Demander le nombre de cigarettes fumées par jour	60	40
Discuter des tentatives antérieures pour cesser de fumer	46	54
Discuter des inquiétudes du fumeur liées à l'abandon du tabac	30	70
Discuter des stratégies pour cesser de fumer	38	62
Discuter des symptômes du sevrage	31	69
Conseiller de se fixer une date précise pour cesser de fumer	20	80
Demander s'ils fument leur première cigarette au cours des 30 minutes suivant leur réveil	11	89
Offrir de la documentation écrite sur le tabagisme ou l'abandon du tabac	20	80
Diriger vers des ressources communautaires en abandon du tabac	16	84
Recommander une thérapie de remplacement de la nicotine (gomme, timbre ou inhalateur)	31	69
Recommander du Zyban (bupropion)	12	88

jugent qu'ils ont un rôle très important à jouer face aux fumeurs pour les inciter à renoncer au tabac et les soutenir dans leur démarche. Il n'est donc pas étonnant que 79 % d'entre eux manifestent un intérêt à mettre à jour leurs connaissances, et ce, d'autant plus qu'une minorité a reçu une formation sur le sujet pendant (3 %) ou après leurs études (17 %). Cette enquête révèle aussi que peu d'entre eux interviennent de façon optimale auprès des fumeurs. Qu'il suffise de rappeler que seulement 38 % des inhalothérapeutes discutent de stratégies pour cesser de fumer avec plus de la moitié de leurs patients fumeurs qui se préparent à cesser de fumer.

...

Tableau III**Opinion des inhalothérapeutes au sujet de différentes interventions en abandon du tabac**

Intervention	Plutôt d'accord ou entièrement (%)	Ni en accord, ni en désaccord (%)	Plutôt en désaccord ou entièrement (%)
Les inhalothérapeutes devraient demander à leurs patients s'ils fument	93	7	0
Les inhalothérapeutes devraient conseiller aux patients de cesser de fumer	95	4	1
Le plan thérapeutique de l'inhalothérapeute devrait inclure le counseling en abandon du tabagisme	82	16	2
Les inhalothérapeutes devraient connaître les ressources disponibles qui peuvent aider les patients à cesser de fumer	98	2	0
Les inhalothérapeutes devraient offrir un rendez-vous à leurs patients fumeurs dans le but de les aider à cesser de fumer	61	30	9

Tableau IV**Perception des inhalothérapeutes par rapport à certaines habiletés***

Habilitété	Plutôt d'accord ou entièrement (%)	Ni en accord, ni en désaccord (%)	Plutôt en désaccord ou entièrement (%)
J'ai les compétences nécessaires pour aider mes patients fumeurs à cesser de fumer	54	24	22
Je suis capable d'adapter mes conseils en fonction des besoins particuliers de mes patients fumeurs	64	22	14
Il est facile pour moi d'initier une conversation sur l'abandon du tabac avec mes patients fumeurs	65	21	15
Je suis capable d'identifier le niveau de dépendance au tabac de mes patients	39	31	30
Je pense avoir une influence auprès de mes patients pour les aider à décider de cesser de fumer	52	37	11

* Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 en raison de l'arrondissement

Tableau V**Intérêt des inhalothérapeutes pour de la formation ou certains outils***

Formation/outils	Très intéressé ou extrêmement (%)	Moyennement intéressé (%)	Peu ou pas du tout intéressé (%)
Documentation éducative pour les patients fumeurs	89	10	1
Inventaire des ressources	88	10	2
Lignes directrices	81	13	6
Documentation écrite	80	18	1
Conférences sur l'abandon du tabac	77	19	4
Articles dans <i>l'inhalo</i>	76	18	6
Ateliers de formation interactifs	73	20	7
Système pour identifier les patients fumeurs	64	26	10
Documentation audiovisuelle	57	32	11
Articles sur l'abandon du tabac sur le site Internet de l'OPIQ	48	29	22
Formation par Internet	45	32	23

* Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 en raison de l'arrondissement

Plusieurs facteurs peuvent empêcher l'inhalothérapeute d'intervenir auprès des fumeurs. Ainsi, le manque d'intérêt des fumeurs, leur résistance aux conseils ou leur manque d'observance sont perçus comme des barrières importantes. Malgré cela, il faut se rappeler que la majorité des fumeurs désirent cesser de fumer et ainsi se libérer d'une dépendance qu'ils n'ont pas choisie au départ (Fiore, 2000)¹.

Quant aux obstacles à l'intervention que sont le coût des médicaments et le manque de ressources, mentionnons que le Québec est la seule province qui offre depuis 2000, le remboursement sur prescription médicale d'aides pharmacologiques qui facilitent le sevrage du tabac. De plus, l'instauration et la promotion depuis 2003, de plusieurs services d'aide gratuits à l'arrêt tabagique tels que les centres d'abandon du tabagisme, une ligne téléphonique sans frais et un site Internet sur le renoncement du tabac, devrait peu à peu répondre au manque de ressources noté par les inhalothérapeutes.

Les inhalothérapeutes ont mentionné que le manque de connaissances sur le counseling ou sur les médicaments d'aide à l'abandon du tabac sont des facteurs qui limitaient leurs interventions. Le défi pour les prochaines années sera de bien répondre aux besoins de formation exprimés par les inhalothérapeutes lors de cette étude, pour ainsi rehausser leur sentiment de compétence et optimiser leurs pratiques de counseling. C'est ce défi que l'OPIQ s'est engagé à relever en collaboration avec l'INSPQ. 🦋

Référence

- 1 FIORE, M.C., BAILEY, W.C., COHEN, S.J. et al. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.



plan stratégique
2007-2011

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

Son respect...

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

L'Ordre y était



- CIQ Comité Directeur du forum des syndicats
- CIQ Comprendre et gérer les enjeux culturels; formation syndic
- CIQ groupe de travail sur la non-contrainabilité du syndic
- Colloque du Barreau du Québec Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire
- CQTS Rencontre du conseil d'administration et Assemblée générale annuelle
- CIQ Rencontre du Comité des directeurs de l'inspection professionnelle
- CIQ Assemblée annuelle du forum de l'inspection professionnelle
- CIQ Comité de législation
- Congrès de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux 2008
- Congrès du Barreau du Québec
- Rencontre du CIQ avec le premier ministre Jean Charest et six autres de ses ministres
- Rencontre *Vers un Nouvel Espace économique* avec le premier ministre Jean Charest et sept autres de ses ministres
- Assemblée générale du CIQ
- Colloque mondial des ordres professionnels de la santé
- Rencontre avec le président et la vice-présidente de l'Office des professions
- Rencontre de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire avec les maisons d'enseignement pancanadiennes
- Réunion régulière de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Rencontre avec le Collège des Médecins
- 1^{er} congrès annuel canadien de pneumologie

Appliquez les Lignes directrices sur la MPOC dans votre pratique

Le moyen simple de donner des soins optimaux à vos patients



Mise à jour de 2008 : Recommandations au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) – Points saillants pour les soins primaires* de la Société canadienne de thoracologie (SCT) – lignes directrices fondées sur les données, pour optimiser la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge de la MPOC au Canada :

- utiliser la spirométrie de dépistage ciblée, pour poser un diagnostic tôt et entreprendre la prise en charge
- améliorer la dyspnée et la limitation des activités dans les cas de MPOC stable, en optimisant les stratégies de prise en charge pharmacologique et non pharmacologique
- prévenir et prendre en charge les exacerbations aiguës de la MPOC.

* Publiés en 2008 dans la Revue canadienne de pneumologie www.pulsus.com.

Pour obtenir la Mise à jour sur la MPOC et de l'information sur la prise en charge de la MPOC, consultez : <http://lignesdirectricesrespiratoires.ca> et dirigez vos patients vers la Ligne de télé-assistance de l'Association pulmonaire : **1-866-717-MPOC (6762)** [français] **1-866-717-COPD (2673)** [anglais]

Cas clinique en RRRI

Fibrose pulmonaire et toux sèche

première partie

par **Benoît Tremblay**, inh., formateur et consultant

Face à une pathologie comme la fibrose pulmonaire et les quintes de toux sèche qui l'accompagnent, nous nous sentons souvent impuissants. Avec un peu de perspicacité et une évaluation clinique précise, il est souvent possible de contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie malgré son issue dramatique. Afin de pouvoir intervenir simplement et rapidement, nous verrons comment il est possible d'évaluer la personne qui en est atteinte, de différencier la toux causée par la pathologie de la «toux mécanique» qui résulte des tensions musculaires chroniques et des asynergies.

La toux

La toux est un phénomène physiologique volontaire ou réflexe, qui consiste en une expiration forcée dont l'explosivité varie selon la pression intra-thoracique obtenue par la fermeture glottique et la contraction des muscles expirateurs en fin d'inspiration. La toux survient en réponse à des stimuli chimiques ou mécaniques des récepteurs situés à la surface des voies aériennes¹. Pour être moins épuisante, et qu'elle soit avec ou sans mucus, une toux doit venir d'une inspiration complète et d'un appui bien situé dans le CARPE.

Dans la fibrose pulmonaire, la toux sèche est en grande partie la conséquence de l'inflammation et de la cicatrisation des tissus pulmonaires. Toutefois, des stimuli mécaniques externes interviennent: les tensions musculaires chroniques et certaines asynergies. Ces tensions font que la toux se fait surtout à partir de la partie supérieure du thorax, ce qui accentue la fatigue, la dyspnée et la stimulation mécanique réflexe. Ce sont sur ces stimuli

externes mécaniques que nous pouvons intervenir par la RRRI.

Voyons ceci par un cas vécu, celui de Luc², atteint de fibrose pulmonaire. Les principales difficultés reliées à sa qualité de vie sont: **l'essoufflement et la toux sèche** présents à la marche, dans les escaliers et surtout lorsqu'il parle. Il n'a pas d'oxygénothérapie pour le moment.

Luc est conscient que lorsqu'il est calme il tousse moins et il est moins essoufflé. Cela semble, à première vue, une indication d'un potentiel possible à la RRRI.

Rencontre n° 1

Observation 1

À la marche

Quand Luc marche vers moi j'observe déjà ses asynergies: extension de la tête et projection de la mâchoire inférieure vers l'avant.

Observation 2

En position assise

Pendant qu'il parle, l'extension de la tête s'accroît. Il lui est souvent difficile de faire une phrase complète sans tousser. Il dit être nerveux donc plus tendu. Cela ne fait que me faciliter la tâche pour faire le bilan biomécanique. Il faut savoir que le stress accroît les tensions et les asynergies chroniques toujours présentes mais pas toujours ressenties par le patient ou ni même observées par l'intervenant.

Après quelques minutes, la dyspnée augmente et les quintes de toux sèche se font plus fréquentes, forçant Luc à interrompre la description de son vécu.

Observation 3

En position assise

J'observe que Luc contracte ses cuisses et ses genoux pendant qu'il essaie de récupérer. Position qu'il garde par la suite.

Survient une nouvelle quinte de toux. J'invite Luc à inspirer lentement à petit volume par le nez et à expirer lentement aussi par le nez pour diminuer ou interrompre le réflexe d'une toux sèche et épuisante. Après deux essais, il réussit et se calme.

J'ai pu observer que la toux était accompagnée d'un mouvement accentué de la mâchoire vers l'avant. Luc doit faire une pause, il est fatigué. Je l'invite à s'étendre en décubitus dorsal.

Observation 4

En décubitus dorsal

L'observation majeure est que même les jambes allongées, les genoux ne touchent pas au lit. Ses tendons d'Achille sont raccourcis, le dos est arqué et la tête est en extension (flexion arrière). Après un moment il dit être calme et détendu... dans des tensions qu'il ne ressent pas. Il est en fait tendu comme un hamac inversé et l'a normalisé comme proprioception juste. Rappelons que ce qui est normalisé est une habitude que l'on ne change pas à moins d'en reconnaître et ressentir les effets négatifs. Comme le démontre **l'image 1**, si on le tournait sur le ventre, suspendu entre deux arbres à la manière d'un hamac, on pourrait bien voir les tensions chroniques énumérées précédemment. Imaginez le niveau de tensions qui persistent même si la personne est en décubitus dorsal!

Analyse

L'analyse des asynergies confirme le raccourcissement chronique, dû au stress, de la bande anatomique antéropostérieure (**voir image 2**). Cette dernière sera la cible principale de mes interventions. Mais d'abord, notons que la SaO₂ est à 92 et la fréquence cardiaque à 95.



Illustration / Yannick Desjardins

image 1

Interventions

Exercice 1

Flexion de la tête en position assise

La flexion de la tête permet un léger étirement des muscles postérieurs du cou et du haut du dos ainsi qu'un relâchement des épaules, pour autant qu'elle soit faite progressivement et sans forcer. **Après trois flexions**, je demande à Luc de se lever pour marcher quelques pas afin d'intégrer physiologiquement le changement. Il ressent de légers étourdissements; ceci est normal car l'exercice a un impact sur le centre d'équilibre et sa respiration a déjà plus d'amplitude. Lui demandant ce qu'il ressent, il confirme respirer un peu plus librement.

Exercice 2

Flexion du tronc adaptée

Cet exercice a pour but de poursuivre l'étirement et la détente de la bande anatomique antéropostérieure. C'est la suite logique du premier exercice et c'est ce mouvement qui amorcera toute flexion avant. Il est important pour l'inhalothérapeute de comprendre ce processus progressif.

En position assise, je lui fais relâcher le bas du dos pour diminuer la lordose lombaire, puis fléchir la tête et, enfin, le tronc à partir des hanches dans un angle de 15 degrés à peine car une quinte de toux commence. Il refait la respiration nasale et se calme. Nous reprenons progressivement la flexion avant jusqu'à 10 degrés environ.

Tout en conservant cette position, j'applique mes mains sur son dos afin qu'il respire à petit volume par la bouche en ressentant les côtes dorsales et le dos s'élargir. Il remonte ensuite progressivement. Nous refaisons l'exercice une seconde fois en augmentant progressivement le volume inspiratoire pour éviter la stimulation de la toux.

Je demande à nouveau à Luc de marcher pour intégrer le mouvement. Sa saturation est à 95 et sa fréquence cardiaque est à 70 par minute. Observation physique: sa tête est moins en flexion.

Luc dit se sentir mieux. Il reprend l'exercice de lui-même. Il descend un peu plus loin et s'arrête avant de tousser: à environ 30 degrés. Par contre, comme je suis en observation continue tout en le guidant, je lui fais prendre conscience que ses genoux se sont fermés et ses cuisses tendues pendant la flexion; ce qui crée une pression vers le haut et fait remonter ses épaules. Il ne le ressentait pas.

Nous reprenons une dernière flexion en tenant compte de cette asynergie. Dès que ses genoux et ses cuisses se tendent, je lui demande d'arrêter la flexion du tronc, de relâcher les tensions et de reprendre la flexion: ceci lui permet de descendre encore plus bas sans tousser.

Je m'assure qu'il a bien compris et comme tout s'est déroulé rapidement, je lui demande de faire à nouveau l'exercice en se rappelant de toujours conserver la tête fléchie. Il le refait et ressent bien la tête se relever d'elle-même. Luc comprend qu'il doit refaire le même processus, c'est-à-dire s'arrêter quand la tête se relève, la relâcher puis poursuivre. S'il n'avait pas compris le pro-



Illustration / Yannick Desjardins et Stéphane Bianchi

image 2

cessus depuis le début, je n'aurais pas ajouté cette dernière directive mais je l'aurais noté pour une prochaine fois.

Donc, retenons que la clé de la réussite, quand le potentiel le permet, est l'observation des asynergies, leurs reconnaissances par le patient ainsi qu'un travail progressif et lent selon ses réactions. Dans la prochaine partie, nous verrons une deuxième séance avec Luc. D'ici là, n'oubliez pas que les mêmes principes s'appliquent à tous les patients. La pratique d'un exercice ou d'une partie d'exercice est à chaque fois une occasion d'améliorer vos observations cliniques et vos interventions pour assurer une meilleure qualité de vie au patient tout en étant un élément supplémentaire de motivation pour vous. 🦋

Références

- 1 REYCHLER, G., ROESLER, J., DELGUSTE, P., *Kinésithérapie respiratoire*, Elsevier Masson, Paris, 2007, ISBN: 978-2-84299-836-3, p. 115
- 2 Prénom fictif. Les observations cliniques proviennent de stages cliniques en rééducation respiratoire.




Le RIIR Vous connaissez?

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

Le RIIR

- s'occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services d'assurances et des services-conseils, participe aux grands débats publics
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux être des retraités
- publie l'Écho du RIIR, journal d'information.

Le RIIR est présent dans chaque région du Québec.
C'est la seule façon de maintenir votre régime d'assurance à la retraite.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est très important que vous deveniez membre du Regroupement des infirmières et infirmiers retraités (RIIR) dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

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

Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant au :
1 800 639-9519 418 626-0861
Courriel : riir@globetrotter.net Site Internet : www.riir.org



Les deux faces du rendement: le revenu et la croissance

par **Bernard Marin**, conseiller en placement, ScotiaMcLeod

Un placement peut produire un rendement sous l'une ou l'autre de deux formes: le revenu ou la croissance du capital. La décision d'opter pour une source de rendement plutôt que l'autre provient normalement de la situation fiscale de l'investisseur, de ses besoins immédiats en liquidités et de ses plans à long terme. Nous vous présentons quelques-uns des avantages et des risques caractéristiques de ces deux types de rendement.

An investment can yield a return in either one or the other of two forms: revenue or capital growth. Deciding to choose one source of return instead of the other normally comes from the investor's fiscal situation, his/hers immediate need of liquidities and of his/hers long-term plans. Here are some advantages and risks associated with these two types of investment return.

Un revenu régulier apporte la stabilité

Il existe deux principales façons de toucher un revenu: en prêtant son argent à un emprunteur contre des intérêts et éventuellement le remboursement de son capital, et en acquérant des parts qui engendrent des dividendes. On appelle habituellement le premier type de placement «titres à revenu fixe». Ils englobent les obligations, les débetures et les titres adossés à des créances immobilières. Le second type de revenu provient de la possession d'actions ordinaires et privilégiées et de parts de fiducies de revenu, qui distribuent les bénéfices des sociétés sous forme de dividendes.

Les placements à revenu présentent des répercussions fiscales et sont assortis de deux types de risques. Le premier est le risque lié au taux d'intérêt: une fois votre argent placé à un taux d'intérêt donné pour un terme donné, les taux du marché peuvent augmenter et le taux que vous touchez peut ne plus être concurrentiel. Plus le terme de votre placement est long, plus le risque lié au taux d'intérêt est élevé.

Le second est le risque lié au crédit, dicté par la possibilité que votre capital ne vous soit pas remboursé ou que l'émetteur manque à ses paiements d'intérêts ou de

dividendes. Il est possible d'atténuer ce risque en investissant dans des instruments de premier ordre offerts par des émetteurs fiables comme, par exemple, le gouvernement du Canada.

La croissance fait fructifier l'actif

Investir pour favoriser la croissance du capital contribue non seulement à faire fructifier l'actif, mais aussi à le protéger contre l'érosion causée par l'impôt et l'inflation.


Les actions ordinaires constituent les placements de croissance les plus populaires. L'investisseur achète des parts dans une société et devient propriétaire d'une partie de celle-ci. À mesure que la société grandit, les bénéfices sont réinvestis dans celle-là même, entraînant ainsi l'augmentation de la valeur des parts.

Les risques associés aux actions ordinaires sont de deux ordres. Le premier est le risque lié au marché, attribuable au fait que le cours de votre placement aura tendance à fluctuer avec les mouvements d'ensemble du marché boursier même si aucun changement important ne se

produit dans la société dans laquelle vous détenez des parts.

Le second type de risque est propre à la société elle-même. Si, par exemple, votre portefeuille de placement ne contient que des actions tributaires du secteur pétrolier, vous pouvez être certain qu'il se ressentira fortement de toute dégringolade du cours de l'or noir.

Vous pouvez minimiser les risques en répartissant vos fonds entre des placements à revenu et de croissance, et en diversifiant les choix de titres et même les marchés internationaux.

Les conseillers de ScotiaMcLeod disposent de connaissances, de ressources et d'une équipe d'experts pour vous aider à déterminer la répartition de placements à revenu et de croissance qui convient à votre portefeuille et mettre en œuvre une stratégie diversifiée offrant un équilibre étudié entre les avantages et les risques courus. 





Membres radiés pour non-paiement

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 Addy, Sophie (03060) | 18 Fortier, Roxane (03018) | 36 Paquet, Valérie (98111) |
| 2 Allain, Guy (94047) | 19 Gagnon, Karine-Candy (03045) | 37 Perron, Guillaume (07208) |
| 3 Babin, Normand, Jessica (02028) | 20 Gauthier, Lucie (05142) | 38 Provencher, Karine (06015) |
| 4 Banville, Ruth (73011) | 21 Gervais, Annick (03066) | 39 Racine, Laurie (03063) |
| 5 Beaudoin, Geneviève (98029) | 22 Gionet, Véronique (01064) | 40 Rivest, Francine (68001) |
| 6 Beaudoin, Roxanne (06097) | 23 Giroux, Myriam-Éloïse (07192) | 41 Robert, Geneviève (99050) |
| 7 Beaulieu, Nancy (92013) | 24 Godbout, E. Serge (07198) | 42 Rostamzad, Rahil (05132) |
| 8 Beaumont, Martin (92033) | 25 Hébert, Nathalie (88010) | 43 Thériault, Paula (07159) |
| 9 Bellerose, Annie (99086) | 26 Jolin, Kristopher (05184) | 44 Transfiguracion, Leo (04140) |
| 10 Bernardin, Danie-Emmanuelle (07171) | 27 Lacasse, Ghislaine (69017) | 45 Vallinis, Peter (85081) |
| 11 Bissonnette, Marie-Josée (92034) | 28 Lajoie, Pierrette (07017) | 46 Whims, Keisha (05160) |
| 12 Boicel, Eboni (99004) | 29 Laroche, Sonia (89069) | |
| 13 Clément, Véronique (06063) | 30 Laroche, Nadine (05003) | |
| 14 Clermont, Isabelle (98056) | 31 Lefebvre, Véronique (07039) | |
| 15 Dahan, Gabriel (93005) | 32 Lemonde, Anne-Marie (95061) | |
| 16 Duchesne, Christian (86007) | 33 Lévesque, Brenda (85031) | |
| 17 Fortier, Bruno (86043) | 34 Molaire, Magdalena (05059) | |
| | 35 Nadon, Denise (78051) | |

Membres/abandon de la profession

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 Beauchemin, France (92110) | 5 Fontaine, Marie (97103) | 9 Longpré, Annie (04002) |
| 2 Chagnon, Mélanie (96030) | 6 Gagnon, Mylène (04089) | 10 Ménard, Benoit (01078) |
| 3 Côté, Annick (99077) | 7 Guillemette, Marjolaine (07043) | 11 Poulin, Marie-Hélène (02073) |
| 4 Deraill, Renée (04102) | 8 Harvey, Catherine (02038) | |

Membres retraités

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 Bernier, Jean (70024) | 8 Gagné, Gaétane (74101) | 15 Métras, Suzanne (74118) |
| 2 Bernier, Monique (73006) | 9 Goneau, Guy (70016) | 16 Pellerin, Jean-Luc (77001) |
| 3 Bousquet, Michel (76053) | 10 Grégoire, Micheline (74056) | 17 Péloquin, Chassé, Ginette (74124) |
| 4 Bouvier, Gilbert (74003) | 11 Grenon, Robert, Lucie (75100) | 18 Sary, Nabil (74134) |
| 5 Dufour, Jean-Marc (72011) | 12 Houde, Léon-Maurice (76031) | 19 Vadeboncoeur, Colette (70033) |
| 6 Dumaresq, Mario (77013) | 13 Legault, Bernard (74019) | 20 Voyer, Gisèle (86074) |
| 7 Dussault, Michel (72007) | 14 Mercier, Claire (74085) | |

EST-CE QUE ÇA SEMBLE POSSIBLE...

De trouver la bonne solution de Concentrateur d'Oxygène?

Le Perfecto2 aussi
près de la perfection
que possible!

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



Yes, you can.

Perfecto2

www.invacare.ca

IMPOSSIBLE S'ARRÊTE ICI.

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

Questions relatives au texte

L'antibiothérapie en salle d'opération, pages 8-11

Les quatre premières questions se rapportent à l'énoncé suivant:

M. X se présente en chirurgie ambulatoire pour une chirurgie orthopédique. Il est allergique à la pénicilline.

1. Dans les antibiotiques énumérés ci-dessous, lequel des antibiotiques pourra-t-on administrer sans risque allergique compte tenu des antécédents du patient?

- a. Céfazoline (Ancef®)
- b. Ampicilline
- c. Vancomycine (Vancocin®)
- d. Céfuroxime (Ceftin®)

2. À quelle classe d'antibiotique appartient la pénicilline?

- a. Macrolides
- b. Glycopeptidiques
- c. β -lactamines
- d. Sulfamides

3. Lors de l'administration de la vancomycine, quelle est la précaution à prendre?

- a. L'administrer lentement
- b. L'administrer rapidement
- c. L'administrer en bolus
- d. Ne pas dépasser 30 mg par minute de perfusion

4. Pourquoi?

- a. Parce qu'elle est irritante pour les veines
- b. Pour diminuer les risques d'hypotension
- c. Parce qu'elle potentialise les neuromusculaires
- d. Parce qu'elle potentialise les anticoagulants

VRAI ou FAUX

5. L'antibiothérapie en prophylaxie est importante chez un patient porteur d'une cardiopathie congénitale qui se présente pour une chirurgie, en raison des risques accrus pour cette clientèle de développer une endocardite bactérienne.

VRAI FAUX

6. Un antibiotique de type bactériostatique inhibe la croissance et la reproduction des bactéries.

VRAI FAUX

7. L'antibiogramme est une analyse de laboratoire permettant de déterminer de quelle souche de bactérie provient l'infection.

VRAI FAUX

8. Le métronidazole (Flagyl®) est efficace dans les cas de *Clostridium difficile*.

VRAI FAUX

9. Les céphalosporines présentent plusieurs générations (1^{re}, 2^e...). Il est vrai de dire que le céfoxitine (Méfoxin®) est une céphalosporine de première génération.

VRAI FAUX

10. Afin de diminuer le risque pour un patient de développer une résistance à une classe d'antibiotique, l'utilisation d'une antibiothérapie de 3^e génération est préférable à l'utilisation d'une 1^{re} génération lorsqu'il cible le même micro-organisme.

VRAI FAUX

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

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.

2 a. b. c. d.

3 a. b. c. d.

4 a. b. c. d.

5 VRAI FAUX

6 VRAI FAUX

7 VRAI FAUX

8 VRAI FAUX

9 VRAI FAUX

10 VRAI FAUX



Maladies infectieuses et leur traitement

par **Élaine Paré**, inh., M.A., Éd., enseignante au cégep de Sherbrooke

Un monde microscopique nous entoure. Ses hôtes nous posent parfois problème. Heureusement, antibiotiques et antiviraux nous viennent en aide. Les maladies infectieuses et leur traitement dont il est question ici concernent le système respiratoire. Bonne chance et bon été!

Horizontalement

- 1 Nom commercial du zanamivir. Un antiviral grippal administré par voie inhalée.
- 4 Antibiotique antimycobactérien qui agit au niveau de la synthèse des acides nucléiques et qui peut produire des effets secondaires au niveau du nerf optique.
- 7 Affection des voies respiratoires supérieures communément appelée rhume.
- 8 Antibiotique antituberculeux pouvant être administré *per os* ou IM pouvant causer des effets secondaires au niveau des nerfs périphériques.
- 10 Bactéries de forme sphérique.
- 12 Sous-classe d'antibiotiques qui bloque la synthèse des parois des bactéries Gram positif surtout. Les pénicillines en font partie. (Sans trait d'union)
- 14 Infection des voies respiratoires inférieures causées par *Bordetella pertussis*. Elle provoque des quintes de toux spasmodiques séparées par une inspiration longue et sifflante (chant du coq).
- 16 Pneumonie causée par *Legionella pneumophila*.
- 17 *Cocci* regroupés en chaînettes.
- 19 Antibiotique utilisé pour traiter la tuberculose et dont un de ses effets secondaires est la coloration des liquides biologiques en orange-brun.
- 20 Nom commercial de la clarythromycine qui est employée entre autres pour traiter les infections causées par *Moraxella catarrhalis*.
- 21 Antiviral utilisé afin de traiter les infections causées par le virus syncytial.
- 22 Enzyme de surface du virus qui permet son détachement de la cellule saine et qui empêche son agrégation avec d'autres virus. Le «N.» de H5N1.

Verticalement

- 2 Nom commercial de l'azithromycine. Macrolide plus efficace que les autres envers *Haemophilus influenzae*.
- 3 Sous-classe d'antibiotique qui inhibe la synthèse d'ADN et d'ARN des bactéries. La ciprofloxacine fait partie de cette sous-classe.
- 5 Nom commercial de la tobramycine utilisée sous forme de nébulisation. C'est un aminoside qui inhibe la synthèse des protéines des bactéries.
- 6 Genre de bactéries responsable d'infections respiratoires chez les individus souffrant de mucoviscidose.
- 9 Maladie infectieuse causée par *Mycobacterium tuberculosis*, le bacille de Koch.
- 11 Sous-classe d'antibiotique qui inhibe la synthèse des protéines et qui exerce un effet essentiellement bactériostatique.
- 13 *Cocci* groupés par deux.
- 15 Antibiotique pouvant être administré sous forme d'aérosol, employé dans le traitement curatif et préventif de la pneumonie à *Pneumocystis carinii*.
- 18 Nom commercial de l'oseltamivir, un antiviral grippal.

Références

DELAMARRE, J., DELAMARRE, F., GÉLIS-MALVILLE, É. et DELAMARRE, L., Garnier Delamarre. (2000) *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris: Maloine. 26^e édition. 991 pages.
 RAU, J.L. Jr. (2002). *Respiratory care pharmacology*. St-Louis: Mosby. 492 pages.
 REGNAULT, J.-P. (2002). *Éléments de microbiologie et d'immunologie*. Montréal: Decarie. 601 pages.

Solution à la page 39

Maladies infectieuses et leur traitement

commentaires Elaine.Pare@CegepSherbrooke.qc.ca

Nouvelles dispositions déontologiques

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

Au moment où vous lirez ces lignes, les dispositions du *Règlement modifiant le Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* seront en vigueur depuis quelques semaines déjà. Adopté par le Bureau de l'OPIQ lors de sa séance du 14 mars 2007, ce règlement vient ajouter deux nouvelles obligations déontologiques pour les inhalothérapeutes.

Dans un premier temps, on y introduit à la section relative aux devoirs généraux et obligations envers le client, une disposition additionnelle visant à obliger l'inhalothérapeute à dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission. Cette disposition se lit comme suit;


«11.1 L'inhalothérapeute doit, dès qu'il en a connaissance dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission.»

L'inhalothérapeute ne doit pas tenter de dissimuler un tel incident ou accident.

Lorsqu'un tel incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé du client, l'inhalothérapeute doit prendre sans délai les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident ou accident.»

Cette nouvelle disposition s'inscrit dans la foulée de l'adoption en décembre 2002 de la *Loi sur la prestation sécuritaire des soins et des services de santé* qui est venue donner à la gestion des risques dans le milieu de la santé et des services sociaux, une assise légale. En effet,

dans un souci de prévenir la survenance d'accidents qui peuvent être évités et de favoriser l'implantation d'une culture axée sur la sécurité en milieu hospitalier, le législateur a créé l'obligation légale pour tous les professionnels de la santé de déclarer tout incident ou accident dont il a eu connaissance. Le but recherché n'est certes pas de favoriser ni d'encourager les poursuites, mais bien de faciliter la gestion des risques dans l'établissement.

D'autre part, le règlement introduit à la section relative aux devoirs et obligations envers la profession, l'obligation de s'assurer de l'exactitude des renseignements fournis à l'Ordre, notamment lorsque vous nous transmettez votre déclaration annuelle de formation continue. 



plan stratégique
2007-2011

À la croisée des chemins
Nos valeurs

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

Son engagement...


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

rappel important

Règlement sur la formation continue

Considérant les nombreuses demandes d'éclaircissement que nous recevons à l'Ordre quant à certaines modalités d'application du *Règlement sur la formation continue obligatoire*, nous vous rappelons qu'il est de votre responsabilité personnelle de vous assurer que vos heures de formations externes sont bien inscrites à votre dossier de membre. Par «heures

de formation externes», nous entendons toutes les heures cumulées en dehors des cours offerts sur le *campus OPIQ*, des questionnaires de *l'inhalo*, du congrès annuel de l'OPIQ et de la location de DVD puisque pour ces activités, les heures sont inscrites directement dans votre dossier.

Vous pouvez inscrire vos heures vous-même, en tout temps, en accédant à votre dossier en ligne. 



Maladie pulmonaire obstructive chronique

Les pneumologues sont inquiets: la MPOC frapperait plus tôt et plus fortement les femmes

Source: *L'actualité médicale*, Vol. 28, N° 29, 19 septembre 2007, page 14.

par **Denis Méthot**, journaliste

Les effets du tabac sur les femmes sont de mieux en mieux connus, et les nouvelles sont très sombres. Les fumeuses sont aussi sujettes à être victimes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) que les fumeurs, mais la maladie se développerait plus rapidement chez les femmes, et une fois installée, la MPOC les affecterait plus fortement que les hommes. C'est le cri d'alarme lancé par le Dr François Maltais, pneumologue à l'Hôpital Laval.

Historiquement, la MPOC a d'abord été une maladie plus masculine parce que les hommes étaient beaucoup plus nombreux à fumer que les femmes. Mais maintenant qu'elles fument, elle est devenue plus féminine. Quelque 50 % de la clientèle du Dr Maltais atteinte de MPOC est composée de personnes de sexe féminin. Il y a 15 ans, il n'y avait presque pas de femmes inscrites à ses programmes de réadaptation pulmonaire. En 2007, elles en constituent près de 40 %. On voit que le profil est en train de changer.

Si ce phénomène a été ignoré par le passé, c'est en partie parce que la MPOC a été longtemps négligée par la recherche, explique le Dr Maltais. Les choses ont heureusement évolué. Cette question de l'impact du tabac sur l'apparition de la MPOC chez les femmes est maintenant d'actualité. *L'American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* publiait en août 2007 les résultats d'une étude menée sur le sujet intitulée *Sex differences in severe pulmonary emphysema*. Les chercheurs ont comparé des hommes et des femmes atteints de MPOC. L'un des constats qui s'en dégagent, c'est que les femmes ont con-

tracté la maladie même si elles ont consommé moins de cigarettes et ont fumé moins d'années que les hommes. En soi, c'est très inquiétant pour les jeunes femmes qui s'adonnent au tabagisme aujourd'hui.

Des effets plus aigus

Normalement, la MPOC se manifeste après une vingtaine d'années de tabagisme. Chez les femmes, observent les chercheurs, et ce que constate aussi le Dr Maltais dans sa pratique, la maladie apparaîtrait plus vite, soit deux ans plus tôt.

Mais pire que ces seules statistiques, les effets seraient plus aigus chez les femmes que chez les hommes. La gravité serait aussi marquée même si elles ont fumé moins, et une fois la maladie installée, ses conséquences seraient encore plus lourdes que chez les hommes. Les femmes atteintes de MPOC ont une moins bonne tolérance à l'effort, sont plus essouffées et, dans l'ensemble, ont une moins bonne qualité de vie que les hommes qui en sont victimes.

Hypothèses

Les causes de ce phénomène sont inconnues, mais les médecins échafaudent des hypothèses. À cause de leur gabarit, les femmes ont de plus petits poumons et de plus petites bronches que les hommes. Si l'on respire la même quantité de fumée dans un plus petit poumon, on cause sans doute plus de dommages, explique le Dr Maltais. Génétiquement, poursuit ce dernier, à cause de différences hormonales, peut-être les femmes vont-elles réagir plus fortement et plus négativement au tabac.

La situation est inquiétante parce qu'aujourd'hui, les individus qui fument



Le Dr François Maltais, pneumologue à l'Hôpital Laval, lance un cri d'alarme au sujet de la MPOC chez les femmes. (photo: Denis Méthot)

le plus sont des jeunes de 20 à 30 ans et en particulier les femmes de ce groupe d'âge. Elles sont donc susceptibles de contracter une MPOC dans leur existence, mais elles en sont inconscientes. À 18 ans, il s'agit d'une chose complètement abstraite pour une fumeuse, comme cela l'est d'ailleurs pour une grande partie de la population.

Il y a donc de gros efforts de sensibilisation et de prévention à faire pour prévenir les femmes fumeuses d'à quel point elles sont vulnérables à la MPOC, dit le Dr Maltais. Une partie de ces efforts, ajoute-t-il, devront être faits par les médecins de famille. En matière de prévention chez leurs patients, les omnipraticiens pensent à une foule de maladies, mais la MPOC arrive loin dans les priorités. Elle devrait être abordée chez les fumeurs au même titre que le diabète. L'impact chez les femmes qui la contractent serait nettement moindre si le diagnostic survient dix ans plus tôt. 🐛

La transplantation pulmonaire: comment s'y préparer

par **Alistair JA Duff**, psychologue clinicien,
Hôpital d'enseignement NHS Trust de Leeds, Leeds, West Yorkshire, Royaume-Uni

Source: svb, 2007, Comité provincial des adultes fibro-kystiques (CPAFK), p. 32-35

L'espérance de vie des personnes fibro-kystiques nées après 1990 est désormais de plus de 40 ans^{1,2}. La phase terminale de la maladie pulmonaire est toutefois la cause de morbidité et de mortalité la plus courante lorsque ces patients vieillissent³. C'est pourquoi, depuis 1985, la transplantation est considérée comme une option thérapeutique viable pour ces patients. Alors qu'avant 1990, la transplantation cœur-poumons était régulièrement pratiquée, on lui préfère aujourd'hui la transplantation pulmonaire; les patients évitent ainsi d'avoir à subir en plus une transplantation cardiaque. De plus, les résultats de cette forme de traitement ne cessent de s'améliorer. En effet, des données récentes indiquent un taux de survie des patients de 81 % à un an, de 59 % à cinq ans et de 38 % à dix ans⁴. En ce qui a trait aux enfants et aux adolescents, les données cumulatives internationales du taux de survie sont légèrement inférieures, soit autour de 78 % à un an et de 49 % à cinq ans⁵. En outre, cette opération est reconnue pour exercer un effet substantiel sur la qualité de vie des patients⁶.

The life expectancy of people born after 1990 and living with cystic fibrosis is now more than 40 years^{1,2}. The terminal phase of the pulmonary disease is however the most common cause of morbidity and mortality when these patients grow older³. That is why, since 1985, transplantation is considered as a viable therapeutic option for these patients. While before 1990 heart/lung transplants were common procedures, today pulmonary transplantation is the preferred approach; this way patients are spared the heart transplant. Furthermore, results for this form of treatment keep improving. In fact, recent data indicate a 81% patient survival rate at one year, 59% at five year and 38% at ten year⁴. Regarding children and teenagers, cumulative international survival rate data show slightly inferior results, around 78% at one year and 49% at five year⁵. Moreover, this surgery is known to have a substantial effect on the patients' quality of life⁶.

Les questions relatives à la nécessité d'une transplantation doivent être abordées environ deux ans avant que l'opération ne devienne vraisemblablement essentielle. En effet, il faut, d'une part, laisser le temps nécessaire au centre de transplantation pour effectuer l'évaluation du patient et, d'autre part, prévoir l'attente de poumons disponibles. Or, l'orientation des patients, leur inscription sur la liste et la période d'attente représentent un long processus. La littérature scientifique fait état des stress physique et psychologique auxquels sont soumis les patients et leurs proches, et ce, à toutes les étapes du processus⁷. Au moment d'envisager la possibilité d'une transplantation, la tâche de la clinique de fibrose kystique qui oriente le patient consiste donc à préserver un équilibre entre les consi-

dérations médicales et psychologiques. Ainsi, en orientant dès que possible les patients, ces derniers et leur famille disposent de plus de temps pour assimiler une information complexe, accepter, sur le plan affectif, la situation et prendre une décision éclairée. En outre, on laisse de la sorte plus de temps à la clinique pour préparer la famille et lui offrir du soutien. Il convient toutefois de souligner qu'une orientation trop hâtive pourrait s'avérer inutilement éprouvante sur le plan psychologique⁸. À l'inverse, une référence trop tardive pourrait faire en sorte que les soins optimaux soient compromis, que la chirurgie soit jugée comme une option thérapeutique inappropriée, que le patient inscrit sur une liste d'attente dès sa première visite au centre de transplantation n'ait eu que peu de temps pour discuter des options qui lui



étaient offertes ou qu'il décède avant que des organes soient disponibles.

Le déroulement de la transplantation peut se diviser grosso modo en six phases principales: (i) la discussion initiale, (ii) la décision, (iii) l'évaluation, (iv) l'attente, (v) l'appel et (vi) l'opération et ses suites. À mesure que se déroule le processus, les patients fibro-kystiques et leurs proches éprouveront diverses difficultés d'ordre psychologique et comportemental. C'est pourquoi un soutien constant s'avère d'une importance cruciale, particulièrement au cours des premières phases.

La discussion initiale

Aborder le sujet de la transplantation peut constituer une expérience pénible

pour les personnes fibro-kystiques et leurs proches et provoquer une foule d'émotions; celles-ci pourront notamment être sous le choc à l'idée de subir l'intervention, avoir une réaction de déni ou ressentir de la colère. Il y a lieu de croire que le fait d'apprendre la nouvelle et de prendre une décision dans un contexte pédiatrique est particulièrement traumatisant. En effet, dans de tels cas, 25 % des jeunes patients⁷, 14 % des pères et 21 % des mères⁹ présentent des niveaux de stress considérables d'un point de vue clinique. De façon générale, les patients et leurs proches chercheront à savoir si la situation est grave à ce point, désireront savoir s'il y a lieu de vouloir précipiter les choses et voudront être informés du temps dont ils disposent

pour prendre leur décision. Malgré les difficultés, les proches signalent que, selon eux, ce type de discussion les aura aidés à affronter la réalité et à accepter la situation. En outre, ils considèrent que le fait de recevoir de l'information et de discuter des options thérapeutiques d'une manière graduelle et non officielle les aide à se sentir mieux préparés et soutenus. Entretenir une bonne relation avec le spécialiste qui présente l'option de la transplantation est également considéré comme un point essentiel au bon déroulement du processus décisionnel¹⁰.

Par ailleurs, les tout premiers messages donnés aux individus revêtent une importance cruciale quant à leur compréhension de la situation. En effet, ●●●

••• on sait que l'être humain se rappelle habituellement plus clairement les premiers messages concernant une situation donnée que les messages subséquents (c'est ce qu'on appelle l'effet de primauté): les messages initiaux formeront donc la base de la compréhension des messages ultérieurs. Par conséquent, la communication relative à la transplantation doit débiter par les messages les plus clairs et les plus constructifs possible, afin de donner aux personnes fibro-kystiques toutes les chances d'assimiler cette information complexe. Les personnes concernées seront ainsi mieux outillées pour faire un choix éclairé.

La décision

Prendre la décision de procéder ou non à l'évaluation de pré-transplantation peut s'avérer une expérience extrêmement pénible. Ce choix met une pression énorme sur les épaules des patients, qui s'interrogent notamment sur la réelle nécessité de subir une transplantation. De plus, les motivations de leur décision peuvent s'avérer difficiles à déterminer: s'ils acceptaient de subir une transplantation, serait-ce pour eux-mêmes ou pour répondre aux attentes et aux désirs de leur entourage?

Lors de cette deuxième phase, l'évaluation psychologique revêt donc une importance fondamentale. En fait, les directives actuelles recommandent que cet examen soit considéré comme un devoir essentiel des intervenants psychosociaux œuvrant au sein de l'équipe soignante de la clinique de fibrose kystique¹¹. L'évaluation doit comporter des entrevues avec le patient et avec sa famille, afin que les opinions, idées et sentiments de tous puissent être exprimés. Il est également souhaitable d'examiner leur qualité de vie, leurs aptitudes à surmonter les difficultés et leurs mécanismes de soutien. Ajoutons que la façon dont chacun se préparera psychologiquement reposera, au bout du compte, sur son degré de confort quant à la décision qu'il a prise. Le fait d'avoir eu l'occasion d'en discuter facilement favorise énormément la démarche. En outre, un soutien psychologique pourra suivre la phase de décision si le patient le désire, et ce, quel que soit le choix qu'il a fait.

Il faut également prendre en compte que pour certains patients, la transplantation n'est tout simplement pas une option qui convient. Néanmoins, un tel refus peut représenter une difficulté

d'ordre psychologique pour les proches et l'équipe soignante; cette décision doit cependant être respectée. Pour d'autres patients, la décision d'opter pour une transplantation peut être fondée sur la croyance qu'il s'agit là de l'unique option susceptible de prolonger leur vie et de préserver leur bien-être. Dans une situation comme dans l'autre, il leur faudra surmonter une série de difficultés auxquelles ils doivent être préparés.



L'évaluation

Une fois la décision prise, le patient est orienté vers le centre de transplantation, où il subira une batterie de tests afin de déterminer s'il est un candidat admissible. L'équipe responsable de la transplantation a alors l'occasion de donner plus d'informations au patient, d'explorer ses incertitudes, en prenant le temps de répondre à ses questions et de discuter de ses préoccupations ou de ses problèmes.

Les résultats de l'évaluation conduiront à trois issues possibles. La première consiste à ce que le patient se voit refuser la transplantation pour des raisons médicales. C'est en fait ainsi que se conclut l'évaluation dans 4 % à 10 % des cas. Ce résultat peut évidemment représenter une épreuve pénible pour le patient, qui s'était préparé psychologiquement à ce que son nom soit ajouté à la liste de receveurs. On peut s'attendre à ce qu'il éprouve alors des sentiments de colère, de déception, de perte, de tristesse, voire de désespoir. Le second résultat possible, le plus souhaitable d'un point de vue clinique, consiste à ce que la demande du patient soit acceptée à titre provisoire. Cela signifie que le patient est alors considéré comme un candidat potentiel, mais que son état de santé actuel est jugé trop bon pour subir une transplantation. En

temps normal, le patient continue d'être suivi par l'équipe médicale, qui devancera son rendez-vous dans le cas où l'on observerait une détérioration rapide de son état de santé. Enfin, la troisième possibilité est celle où le patient est immédiatement accepté sur la liste d'attente et entame ainsi la prochaine étape du parcours.

L'attente

L'attente pour l'intervention chirurgicale peut durer de quelques jours à plus de trois ans¹². Il s'agit d'une étape très stressante, qui peut provoquer de nouveaux problèmes psychologiques¹³. Les patients parlent souvent de cette phase comme d'une période de leur existence où «ils ont mis leur vie sur pause». En effet, pour cette étape, le centre de transplantation doit pouvoir joindre en tout temps les patients (souvent, ils devront pour cette raison porter un téléavertisseur), et ceux-ci doivent être en mesure de se rendre au centre dans les délais prescrits. Dans certains pays plutôt vastes, pensons aux États-Unis et au Canada, il arrive même que les patients doivent déménager et laisser derrière eux maison, proches et réseau social. Souvent, des contraintes financières s'ajoutent à la pression déjà importante que doivent supporter les patients et les obligent à changer de situation professionnelle. On observe des problèmes émotifs courants découlant du sentiment d'isolement ressenti par les patients, tels que la difficulté à accepter et à surmonter un sentiment de jalousie souvent présent en de telles situations («Pourquoi Sarah a-t-elle reçu l'appel avant moi?») et de la difficulté à garder espoir devant la détérioration de leur état de santé et l'augmentation du fardeau thérapeutique. Pour certains patients et leurs proches, la stratégie adoptée pour traverser cette épreuve consiste à tenter de minimiser l'impact des nouvelles négatives et à se concentrer sur les aspects positifs¹⁴. La présence de difficultés psychosociales préexistantes risquant de nuire aux soins postopératoires, pensons notamment à un problème d'observance thérapeutique, elles doivent aussi être intégrées aux programmes de traitement au cours de cette période d'attente afin d'être mieux surmontées.

Afin de maximiser leur qualité de vie en période de pré-transplantation, les personnes fibro-kystiques doivent être en mesure d'accepter ces contrecoups et de se confier à une personne en qui elles ont

confiance. Or, il arrive souvent que les patients n'aient pas accès au soutien psychologique ou que celui-ci soit jugé trop coûteux. Les entrevues téléphoniques comme solution de remplacement aux consultations traditionnelles suscitent en ce sens de plus en plus d'intérêt. Les résultats préliminaires obtenus suite à une évaluation effectuée auprès de plus de 90 personnes en attente de transplantation pulmonaire indiquent que ce moyen s'avère efficace pour améliorer le bien-être global, l'état psychologique, le soutien social, ainsi que la qualité de vie relative à la santé¹⁵. Ainsi, comme le niveau élevé de détresse psychologique est associé à des effets nuisibles sur la santé^{16,17} et à des adaptations d'ordre psychologique¹⁸ après la transplantation pulmonaire, le fait de s'occuper de ces difficultés avant que le patient ne subisse l'intervention pourrait améliorer les résultats cliniques¹⁵.

L'appel

Il arrive souvent que les personnes fibrokystiques et leurs proches se rappellent dans les moindres détails l'endroit où ils se trouvaient et ce qu'ils faisaient lorsqu'ils ont reçu l'appel les informant de la disponibilité d'un organe provenant d'un donneur compatible. Même si les fausses alertes sont courantes, de tels souvenirs peuvent devenir persistants, à la manière des réactions de stress post-traumatiques. Ces pensées et images récurrentes très claires, communément appelées *flashbacks*, amènent parfois les patients à se sentir «comme si» l'expérience se produisait de nouveau. Bien que certains aspects de ce processus puissent être traumatisants, une transplantation provoque rarement de tels troubles de stress post-traumatiques.

L'opération et la suite

Après l'intervention chirurgicale, le patient fera un court séjour à l'unité des soins intensifs, qui sera suivi d'une hospitalisation prolongée. La récupération physique varie d'un patient à l'autre; alors que certains se rétablissent rapidement, d'autres prennent plus de temps à récupérer. Même si les patients et leurs proches vivent souvent une période d'euphorie tout de suite après la transplantation, d'un point de vue affectif, il peut s'agir d'une période de grande tension, où l'on peut observer une augmentation de l'anxiété relative à

la santé ainsi qu'une hypervigilance. Les patients se poseront diverses questions: «Qu'arrivera-t-il si ça tourne mal? Que se passera-t-il si je contracte une infection? Si ma température est élevée, cela laisse-t-il présager une réaction de rejet?» Il ne fait nul doute que le défi d'ordre psychologique le plus important réside dans la réhabilitation et l'adaptation, deux processus engageant inévitablement une réévaluation identitaire chez le patient («Qui suis-je?»). En effet, celui-ci tente de concilier ses sentiments de vulnérabilité de la période de pré-transplantation avec son état de santé actuel et son nouvel optimisme suite à l'intervention. En outre, même si le désir du patient de se libérer des soins de santé peut être très fort, il lui faut accepter qu'il doive, bien que dans le cadre d'un traitement différent, poursuivre ces soins.

Conclusion

En somme, on pourrait considérer que le fait d'orienter aussitôt que possible les patients vers le processus de transplantation pulmonaire équivaut en quelque sorte à les munir d'une «police d'assurance». En effet, les patients fibrokystiques ont alors le temps de comprendre et d'assimiler, sur le plan affectif, l'information, d'envisager les risques et les avantages d'une telle intervention et, par conséquent, de prendre une décision éclairée. Dans notre clinique de Leeds, nous offrons aux patients un soutien psychologique tout au long de ce processus; nous croyons ainsi contribuer à améliorer leur qualité de vie au cours des phases précédant la transplantation et les aider, de même que leurs proches, à bien vivre l'adaptation affective à la suite de l'intervention. L'utilisation de mesures visant à évaluer la qualité de vie relative à la santé à chacune des phases du processus permettra aux cliniciens de mettre à l'épreuve l'efficacité des mécanismes de soutien mis en place et, peut-être, de contribuer à une meilleure compréhension de la réalité de la transplantation auprès des personnes fibrokystiques, de leur famille et de leurs amis. 🍀

Reproduit avec autorisation.

Références bibliographiques

1 ELBORN, JS, SHALE, DJ, BRITTON, JR, «Cystic fibrosis: current survival and population estimates to year 2000.» *Thorax* 1991; 46: 881-5.

- 2 FREDERIKSEN, B, LAANG, S, KOCH, C, HOIBY, N., «Improved survival in the Danish center-treated cystic fibrosis patients: results of aggressive treatment.» *Pediatr Pulmonol* 1996; 21: 153-8.
- 3 «Cystic Fibrosis Foundation (CFF) Patient Registry.» *Annual Data Report 2002*. Bethesda MA. USA.
- 4 EGAN, TM, DETTERBECK, SC, MILL, MR. «Long term results of lung transplantation for cystic fibrosis.» *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22:602-9.
- 5 BOUCEK, MM, EDWARDS, LB, KECK, BM et al. «Registry for the International Society for Heart and Lung Transplantation: Seventh Official Pediatric Report 2004.» *J Heart Lung Transplant* 2004; 23:933-47.
- 6 VERMEULEN, KM, VAN DER BILD, W, EARASMUS, ME, et al. «Improved quality of life after lung transplantation in individuals with cystic fibrosis.» *Pediatr Pulmonol* 2004; 37:419-26.
- 7 SERRANO-IKKOS, E, WHITEHEAD, B, LASK, B. «Psychosocial morbidity in children and their families, awaiting heart or heart-lung transplant.» *J Psychosom Res* 1997; 42:253-60.
- 8 AUGARTEN, A, AKONS, H, AVIRAM, M et al. «Prediction of mortality and timing of referral for lung transplantation in cystic fibrosis patients.» *Pediatr Transplant* 2001; 5:339-342.
- 9 THOMPSON, SM, DI GIROLAMO, AM, MALLORY, GB. «Psychological adjustment of paediatric lung transplantation candidates and their parents.» *J Clin Psychol in Med Settings* 1996; 3:303-17.
- 10 LANG, L, DUFF, AJA, BROWNLEE, KG. «Introducing the need for lung transplantation in children with cystic fibrosis: parental experiences.» *J Cyst Fibros* 2005; 4:259-62.
- 11 KEREM, E, CONWAY, SP, ELBORN, S et HEJERMAN, H for the European CF Society Consensus Committee. «Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus.» *J Cyst Fibrosis* 2005; 4:7-26.
- 12 RYAN, PJ, STABLEFORTH, DE. «Referral for lung transplantation: experience of a Birmingham Adult Cystic Fibrosis Centre between 1987 and 1994.» *Thorax* 1996; 51:302-5.
- 13 CRAVEN, J. «Psychiatric aspects of lung-transplantation: the Toronto Lung Transplant Group.» *Can J Psychiat* 1990; 35:759-64.
- 14 STUBBLEFIELD, C., MURRAY, RL. «Waiting for lung transplantation: family experiences of relocation.» *Pediatr Nurs* 2002; 28:501-4.
- 15 NAPOLITANO, MA, BABYAK, MA, PALMER S, et al. «Effects of a telephone-based psychosocial intervention for patients awaiting lung transplantation.» *Chest* 2002; 122:1176-84.
- 16 SQUIER, HC, RIES, AL, KAPLAN, RM, et al. «Quality of well-being predicts survival in lung-transplantation candidates.» *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152:2032-6.
- 17 Woodman CL, Geistg LJ, Vance S, et al. «Psychiatric disorders and survival after lung transplantation.» *Psychosomatics* 1999; 40:293-7.
- 18 COHEN, L, LITTEFIELD, C, KELLY, P, et al. «Predictors of quality of life and adjustment after lung transplantation.» *Chest* 1998; 113:633-44.



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.



Voici le **répertoire** multimédia
(bibliothèque virtuelle)



Dans la dernière édition de *l'inhalo*, un survol des différentes fonctionnalités qu'offre une formation du *campus orig* vous était proposé.

Le *campus orig* gagne rapidement en reconnaissance et en appréciation dans sa principale mission d'instrument de formation et d'acquisition de savoir.


Mais au-delà de cette mission, le *campus orig* se veut également un instrument de collaboration et de communication entre tous. Ainsi, parce que nous sommes convaincus que cet instrument gagnera à être connu, nous vous présenterons, à partir de cette édition, les principaux éléments constitutifs du *campus orig* afin que vous puissiez les utiliser et les apprécier à leur juste valeur.

Contrairement à la bibliothèque «privée» qui accompagne chacune des formations, une bibliothèque publique, portant l'appellation de **répertoire**, est disponible pour consultation par tous les inhalothérapeutes. Prenez note que vous n'avez pas à être inscrit à un cours pour consulter un ou des documents du **répertoire** et que vous pouvez y accéder en tout temps.


Constitué de fichiers *Word* ou *PowerPoint*, de vidéos, d'images ou encore de fichiers sonores, ce **répertoire** peut non seulement être consulté, mais également être enrichi au gré du temps et de l'évolution de votre pratique. Ainsi, votre collaboration est souhaitable, voire essentielle afin que ce **répertoire** devienne le vôtre et qu'il puisse constituer l'une de vos principales sources de références en matière de soins et de santé cardiorespiratoires.

Enfin, pour être à l'affût des nouveautés disponibles, vous pouvez choisir d'activer vos annonces et ainsi être avisé par courriel dès qu'un nouveau document est déposé dans le **répertoire**.

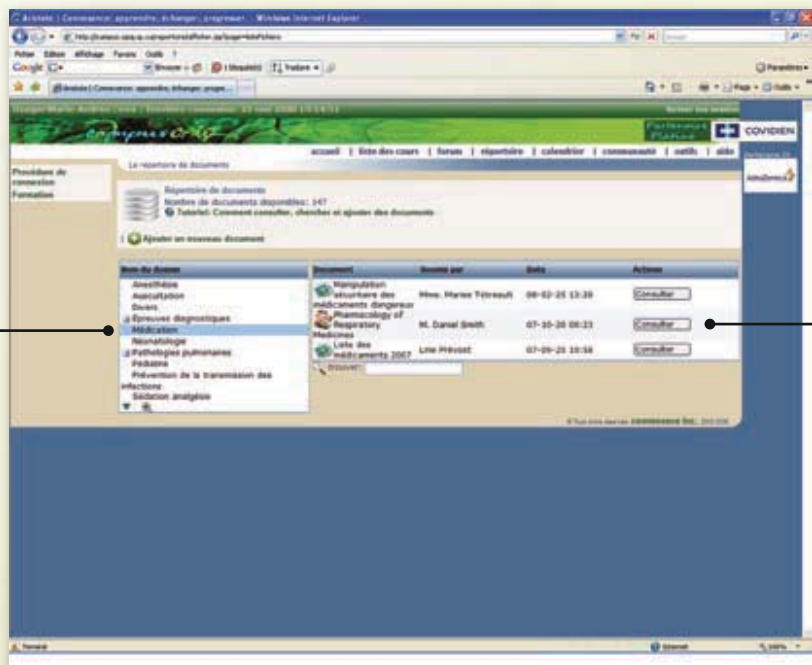
Le **répertoire** du *campus orig*, aussi simple que 1, 2 et 3

1. Pour consulter le **répertoire** à partir de votre page d'accueil, sous l'onglet **répertoire**, sélectionner l'option  **Consulter le répertoire**


- Sélectionner la catégorie désirée et son contenu deviendra visible et disponible.
- Cliquer sur le titre du document désiré
- Cliquer sur **Consulter** pour ouvrir le document

N.B.: En tout temps, vous pouvez utiliser l'option  **Trouver**

Prenez note que vous n'avez pas à être inscrit à un cours pour consulter un ou des documents du **répertoire** et que vous pouvez y accéder en tout temps.



2. Pour ajouter un document au répertoire

- Sous l'onglet **répertoire**, sélectionner l'option  *Ajouter un nouveau document*

N.B.: Cette option est également disponible à l'intérieur du répertoire de documents.

- Entrer les informations relatives au document:
Information obligatoire*:
* nom du document et description
Information facultative: mots clés et références
- Cliquer *Sélectionner un fichier* pour charger un fichier local de votre ordinateur vers le *campus OPÉQ*
- Sélectionner le dossier de destination désirée.
N.B.: Les dossiers de destination ayant été classés par sujet, veuillez vous assurer de classer votre document correctement.
- Cliquer sur *Sauvegarder ce document*
N.B.: Prenez note que vous serez systématiquement identifié comme étant celui qui a soumis ce document.

3. Pour activer vos annonces

Sous l'onglet *Outil*, choisir *Gestion des annonces*

- Choisir d'être avisé dès qu'un nouveau fichier est ajouté au **répertoire**.

N.B.: Vous pouvez également sélectionner les autres options offertes.

- Cliquer sur *Sauvegarder mes modifications*



Gestion de mes annonces en fonction des événements du système

Bonne lecture et n'oubliez pas qu'en tout temps, un tutoriel est disponible pour vous assister.

qui sommes-nous? suite et fin

Tel qu'annoncé dans l'éditorial de l'édition d'octobre 2007, voici une brève définition des rôles et des intérêts de Clémence Carpentier, secrétaire de direction;

Murielle Pagé, secrétaire à l'amélioration de l'exercice et Marie-Andrée Cova, secrétaire à l'accueil et services aux membres.

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

Clémence Carpentier Secrétaire de direction

Pour faire suite à la présentation de la permanence débutée dans les éditions précédentes de *l'inhalo*, je me présente à vous toutes et tous qui êtes la raison d'être de l'OPIQ et de l'équipe qui compose la permanence de l'Ordre.

Depuis juillet 1998, je suis aux services de l'Ordre et je collabore, sous la direction de Madame Josée Prud'Homme, directrice générale et Secrétaire, aux tâches requises au bon fonctionnement des travaux cléricaux de cette dernière, de ceux de la présidente et occasionnellement de ceux de l'adjointe à la direction générale.

À titre de secrétaire de direction, ma principale fonction consiste à répondre à leurs besoins cléricaux spontanés ou à longue échéance (saisie ou correction de lettres, de documents, de rapports et autres). Également, j'agis à titre de secrétaire de réunion lors des assemblées régulières ou extraordinaires du comité administratif, du Bureau et également lors de l'assemblée générale annuelle et toute autre assemblée générale spéciale. Pour toutes ces réunions, je rédige les projets de procès-verbaux.

Une autre de mes fonctions, mais non la moindre, est en lien avec la comptabilité de l'Ordre. Je suis attitrée aux comptes à recevoir, ce qui consiste à la préparation de la facturation et à son suivi, à l'encaissement de tous les revenus et à la saisie informatique des données comptables qui y sont rattachées. Je produis également les rapports requis par le gouvernement (rapport de taxes, de la CSST, et autres).

Lors des événements tels: le congrès, le golf, les rencontres des responsables ou autres, je suis généralement attitrée à l'accueil des participants.

Murielle Pagé Secrétaire à l'amélioration de l'exercice

C'est maintenant au tour du personnel de soutien de se présenter à vous, membres et collaborateurs de l'OPIQ. J'ai le plaisir d'occuper le poste de secrétaire à l'amélioration de l'exercice depuis septembre 2004, à raison de trois jours par semaine.

Depuis près de quatre ans, j'assure le support de l'équipe de l'amélioration de l'exercice. En collaboration avec la coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, je participe au suivi des réunions du comité d'inspection professionnelle (CIP) et j'agis à titre de secrétaire de réunion lorsque ce comité se réunit, rédigeant les projets de procès-verbaux. J'assure la saisie et la correction de la correspondance, notamment les avis de convocation, les rapports, la correspondance avec les collaborateurs (inspecteurs, membres du comité, etc.). Je collabore aussi au niveau du suivi des dossiers du CIP et de l'amélioration de l'exercice.

Parallèlement à ces fonctions, je suis attitrée aux comptes payables de l'Ordre. Ceci signifie qu'en collaboration avec la direction générale, j'assure le traitement des demandes de remboursement des collaborateurs de l'Ordre et des factures. Je procède ensuite à l'émission des chèques.

Parce qu'une équipe bénéficie de la disponibilité et de l'implication de chaque membre, j'offre aussi mon support à mes collègues lorsque le besoin s'en fait sentir, notamment durant la saison du congrès de l'Ordre et durant la période de renouvellement de la cotisation, périodes où tous les efforts sont consolidés pour vous offrir un service des plus rapide et précis.

Je demeure disponible à vous, les membres, lorsque vous avez des questions en lien avec l'inspection générale, la réinscription au Tableau et l'affichage d'offres d'emploi. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions ou de vous diriger vers les ressources appropriées.

Je suis très fière de collaborer avec l'équipe superdynamique et motivée qui compose la permanence de l'Ordre et j'espère avoir encore longtemps le plaisir de faire partie de cette équipe qui travaille fort pour vous offrir les meilleurs services.

Marie-Andrée Cova Secrétaire à l'accueil et services aux membres.

Tout récemment, je me suis jointe à l'équipe de l'Ordre. Ma principale fonction est de répondre à vos questions, que ce soit pour modifier votre statut de membre ou apporter des changements à votre dossier de formation continue. De plus, je suis responsable de la location de DVD et pour plusieurs d'entre vous, je vous informe de la procédure à suivre pour vous inscrire en ligne sur notre campus OPIQ.

Durant, la période de renouvellement de la cotisation, j'ai eu l'occasion de communiquer avec les membres et j'aurai le plaisir de vous accueillir en novembre prochain, au congrès annuel de l'OPIQ.



plan stratégique
2007-2011

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

Son intégrité...

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

11 septembre 2008

tournoi de golf



entreprise:
 nom:
 adresse:
 ville: code postal:
 téléphone: courriel:

inscription



nom téléphone

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

quatuor

J'aimerais être intégré à un quatuor:

	coût	n° de personne	total
journée complète (golf, voiturette et souper inclus)	135 \$	<input type="text" value="X"/>	= <input type="text"/> \$
souper seulement	50 \$	<input type="text" value="X"/>	= <input type="text"/> \$
journée complète pour quatuor (commandite pour tertre de départ inclus)	840 \$		= <input type="text"/> \$
commandite pour tertre de départ (une partie des profits sera versée à la <i>Fondation l'air d'aller</i> , qui vient en aide aux adultes atteints de fibrose kystique)	300 \$		= <input type="text"/> \$
grand total			= <input type="text"/> \$

forfaits



Le tournoi sera précédé d'une activité de formation à l'intention des chefs de service en inhalothérapie.

Pour toute information, veuillez contacter:
M^{me} Andrée Lacoursière au (514) 931-2900 poste 25, adjoint.dg@opiq.qc.ca
M. Jean-Claude Roy au (514) 863-9766, jcroy@oxyrmed.ca
M. Marc-André Deslippe au (514) 235-9100, Marc-Andre.Deslippe@med.ge.com

Veillez retourner votre formulaire d'inscription au plus tard le 1^{er} septembre 2008 avec votre paiement par chèque libellé à:
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320, Montréal (Québec) H3G 1R8

Judi, le 11 septembre 2008
 départ entrecroisé à 12 h

Club de Golf
Métropolitain à Anjou

9555, boul. Du Golf
 Anjou (Québec) H1J 2Y2
 Tél.: 514.353.5353

www.golfmetropolitainanjou.com



Les inhalothérapeutes du bloc opératoire du CH LaSalle ainsi que le Dr Alfred Homsy, anesthésiologiste, fiers supporteurs de la Sainte Flanelle! Ce n'est certes pas par manque d'appui de la part de leurs fans que les *Canadiens* de Montréal ont perdu la série contre les *Flyers*!



Calendrier des événements

- Tournoi de golf annuel de l'OPIQ, le 11 septembre 2008.
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 5 au 12 octobre 2008.
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 7 et 8 novembre 2008, au Hilton Lac-Leamy, Gatineau.
- Assemblée générale annuelle des membres, samedi 8 novembre de 8 h à 9 h, au Hilton Lac-Leamy, Gatineau.
- Journée mondiale de la MPOC, le 17 novembre 2008.
- Symposium Québec-France 2008 en santé respiratoire, 3-6 décembre 2008, Centre des congrès de Québec.
http://w3.fmed.ulaval.ca/pneumoquebecfrance2008/fileadmin/documents/documents/Programme_2007-04-07.pdf

Vous êtes conviés à l'Assemblée générale annuelle des membres qui se tiendra dans le cadre du 35^e congrès annuel des inhalothérapeutes à l'hôtel Hilton Lac-Leamy, le samedi 8 novembre 2008, à 8 h.

INFO INTERNET

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE L'ASTHME LANCE UN NOUVEAU SITE WEB INTERACTIF POUR LES JEUNES SOUFFRANT D'ASTHME

www.airsquare.ca

AIRSquare.ca permet aux adolescents de se renseigner sur la façon de vivre avec l'asthme et de le gérer

Le 29 janvier dernier, la Société canadienne de l'asthme lançait www.AIRSquare.ca (*Place ISA*), une source de renseignements en ligne sur l'asthme conçue pour aborder les besoins et les problèmes particuliers des adolescents vivant avec l'asthme. La *Place ISA* (Information Sur l'Asthme) est un centre virtuel qui présente quatre jeunes amis asthmatiques: Marc, Justin, Mélanie et Jessica. Les quatre amis se rendent dans six magasins interactifs thématiques de la *Place ISA* pour se renseigner sur l'asthme et savoir comment le maîtriser. À la *Pharmacie l'Air du temps*, on les informe des tout derniers traitements pour l'asthme, et un éducateur en asthme répond à leurs questions. Ils font un tour à *Air de l'heure* pour s'abonner gratuitement à un service de messages quotidiens qui leur rappellera de suivre le traitement que le médecin leur a recommandé. Ils peuvent aussi afficher leurs expériences personnelles en matière d'asthme sur le babillard qui se trouve dans la *Foire alimentaire*.

Nous le savons, les jeunes asthmatiques ont beaucoup de mal à suivre le traitement que le médecin leur prescrit. En fait, les études ont révélé qu'à l'approche de l'adolescence, ils suivent de moins en moins leur traitement. C'est une époque où ils se préoccupent davantage de leurs devoirs et de leur vie sociale que de l'état de leur santé. L'asthme qui n'est pas traité est la principale cause d'absentéisme scolaire et la 3^e cause de jours de travail perdus¹.

«Le nouveau site Web *Place ISA* est un outil très utile pour les professionnels de la santé qui s'occupent de jeunes asthmatiques, car il leur permet d'éduquer ce groupe d'âge sur l'importance de suivre le traitement que le médecin leur recommande pour arriver à maîtriser leur asthme, précise le Dr Denis Bérubé, spécialiste des troubles respiratoires chez l'enfant. L'approbation récente d'ALVESCO® pour les adolescents, un traitement par corticostéroïde en inhalation (CSI), offre aux adolescents un médicament ne nécessitant qu'une seule dose inhalée par jour et dont les effets secondaires oraux sont limités. Son utilisation risque d'améliorer la maîtrise de la maladie, particulièrement chez l'adolescent, car il est plus facile à utiliser.»

¹ Asthma Society of Canada, *Asthma Facts & Statistics*. <http://www.asthma.ca/corp/newsroom/pdf/asthmastats.pdf>.



THÈMES ET DATE DE TOMBÉE

Enseigner, oui mais comment?
1^{er} juillet 2008

Les troubles du sommeil
1^{er} octobre 2008

L'embolie pulmonaire
1^{er} février 2008

IMPORTANT

Le document de référence *Les notes au dossier dans le secteur de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie - Guide de pratique* sera disponible pour consultation dans la section *Publications* du site Internet de l'OPIQ dès la fin juin 2008.

SAVIEZ-VOUS QUE?

La Régie de l'assurance maladie du Québec a créé une nouvelle codification des indications reconnues pour le paiement de la moitié des médicaments d'exception. Grâce à celle-ci, la procédure de prescription de ces médicaments d'exception est allégée de beaucoup. Depuis le 25 avril 2007, le prescripteur peut, à l'aide d'un simple code, inscrire la justification du paiement d'un médicament d'exception directement sur l'ordonnance. Pas de demande à remplir, pas d'attente de remboursement, ni pour le médecin ni pour votre patient! Le Pulmozyme®, le Symbicort® et l'Advair® font partie des médicaments d'exception concernés. Vous trouverez tous les détails de la codification dans la nouvelle publication de la Régie *Répertoire des médicaments d'exception*, qui peut aussi être consulté en ligne sur le site Internet www.ramq.gouv.qc.ca.



Deux nouvelles formations se sont ajoutées sur le



- Les laboratoires et l'inhalothérapeute: au-delà du gaz artériel
- Processus de deuil normal, pathologique et obstacles au deuil: la ligne est mince

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

AVIS DE RECHERCHE

Janvier 2009 marquera le 50^e anniversaire du **Collège St-Jean-Vianney**. Pour souligner l'événement, plusieurs activités sont prévues, dont les Grandes retrouvailles réunissant tous les anciens élèves du collège, de 1959 à aujourd'hui. Si vous faites partie de ce groupe de personnes et que vous désirez participer aux festivités, vous pouvez vous inscrire en ligne au www.st-jean-vianney.qc.ca sous l'onglet *Les anciens* ou par téléphone au 514 648-3821, poste 225.

QUOI DE NEUF?

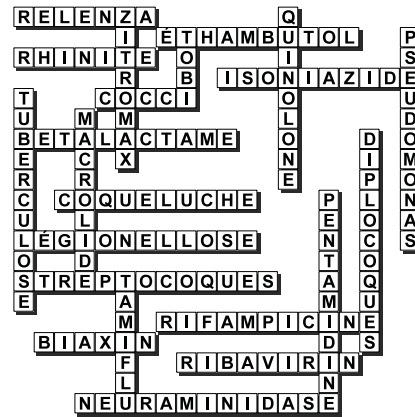
Traitement de la MPOC

Publiées en anglais en septembre dernier par la Société canadienne de thoracologie (SCT), les nouvelles lignes directrices pour traiter la MPOC sont maintenant disponibles en français. Vous pouvez les consulter sur le site de la SCT à l'adresse suivante:

www.poumon.ca/cts-sct/guidelines-lignes_f.php

SOLUTION

MALADIES INFECTIEUSES ET LEUR TRAITEMENT



babillard opiq

des livres et vous



Les virus,

Moulin, E. Le Cavalier Bleu, 2007, 124 p. ISBN 978-2-84670-146-6

Prix: 15,95 \$

L'ouvrage fait le point sur les mécanismes viraux, la réalité des dangers et l'avancée des recherches. L'auteur reprend des croyances populaires telles que «les virus circulent souvent en hiver», «les épidémies se propagent de plus en plus vite» et «la vaccination est la solution» pour en dissocier le mythe de la réalité.

Source: *L'actualité médicale*, Vol. 29, N° 7, 12 mars 2008, p. 41.



Guide de prévention - Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, janvier 2008, Comité de travail - Médicaments dangereux, ASSTSAS, 158 p.

ISBN 978-2-89618-015-8. Prix: 10 \$ secteur de la santé et des services sociaux (20 \$ hors secteur).

Fruit de la collaboration de dix organismes, ce guide présente les recommandations pour la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux. Toutes les étapes du circuit du médicament sont couvertes: réception, préparation, administration, soins aux patients, gestion des déchets, hygiène et salubrité, etc. Voici un guide avec des recommandations rigoureuses, concrètes, réalistes et applicables!

Notre collègue Marise Tétreault y a d'ailleurs contribué lors de la relecture de la version préliminaire à titre de consultante, et a émis des commentaires qui ont été pris en considération dans la version finale.

Vous pouvez aussi le télécharger gratuitement sur Internet à l'adresse suivante www.asstsas.qc.ca (sections *Publications*).

Une version anglaise sera disponible bientôt.



du manque de souffle à l'audace

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



www.covidien.com

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