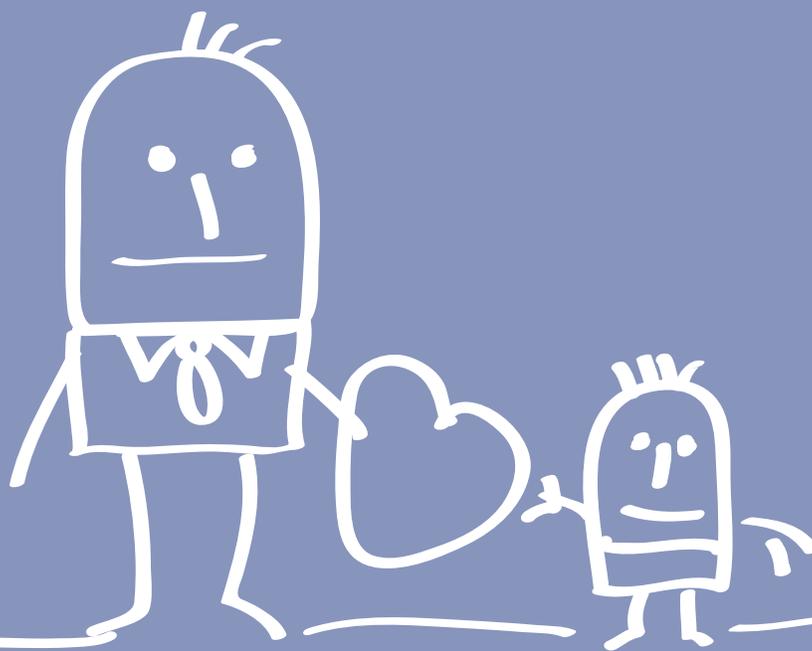


l'inhalo

Revue de
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
volume 26, numéro 2, juillet 2009



dossier les dons d'organes

assemblée générale annuelle des membres vendredi 2 octobre 2009 à 8 h
tournoi de golf de l'OPIQ

HEMOGLOBINE

Non invasive > Continue > Immédiate



LA SEULE TECHNOLOGIE DE SURVEILLANCE NON INVASIVE ET EN TEMPS RÉEL DE L'HÉMOGLOBINE

La surveillance non invasive et continue de l'hémoglobine totale (SpHb™) de Masimo peut vous permettre de prendre plus rapidement de meilleures décisions sur le plan clinique, d'améliorer la sécurité de vos patients et de diminuer vos coûts grâce à une détection rapide des anémies chroniques ou aiguës, une identification précoce des hémorragies internes et une gestion plus efficace des transfusions sanguines. L'hémoglobine non invasive, couplée avec la saturation en oxygène vous permet d'accéder en temps réel et de manière non invasive à la surveillance du contenu en oxygène (SpOC™), vous donnant ainsi une indication plus complète sur l'état d'oxygénation de votre patient. La plateforme technologique évolutive Masimo Rainbow SET vous permet de combiner la SpHb et la SpOC avec l'index de variabilité de la pleth (PVI™) — une nouvelle méthode non invasive et automatique d'évaluation de la réponse au remplissage —, la carboxyhémoglobine (SpCO®), la méthémoglobine (SpMet®) ainsi que la fréquence du pouls et la SpO₂ capable de fonctionner même dans des conditions difficiles telles que le mouvement ou la perfusion basse.

Pour de plus amples renseignements sur Masimo Rainbow SET,
contactez le 1-888-336-0043 ou visitez www.masimo.com





L'OPIQ sur le tapis rouge!

Évidemment pas aux Oscars®, mais aux OCTAS! Comment cela? Et bien tout simplement parce que nous avons soumis notre candidature au *Concours des OCTAS 2009* dont le thème était *Les TI au cœur de l'innovation*. Ce concours est le plus important dans le secteur des technologies de l'information (TI) au Québec et vise à reconnaître les efforts et la créativité des entreprises en cette matière. C'est aussi un concours où se côtoient les «grands» du monde des TI: Bombardier, Loto Québec, SOGIQUE, Gaz Métro, etc. Imaginez, osez concourir avec des entreprises dont les ressources tant matérielles que financières et humaines dépassent de loin les nôtres! C'est donc le cœur rempli d'espoir et grâce à l'insistance de Sam Roy de Connexence, le concepteur de la plateforme Aristote, que nous avons décidé de foncer et de soumettre notre candidature dans la catégorie *Apprentissage en ligne et gestion des connaissances-1 à 300 employés*. Audacieux? Courageux? Peut-être, mais surtout déterminés et confiants!

Pourquoi? Tout simplement parce que nous sommes fiers d'avoir innové en prenant le virage de l'apprentissage électronique. Fiers de notre *Campus OPIQ*! Et surtout parce que nous croyons que cette plateforme est un outil moderne et flexible qui permet aux inhalothérapeutes de maintenir et d'actualiser leurs connaissances en soins cardiorespiratoires et de consolider leur expertise.

Grâce à qui? Le *Campus OPIQ* a vu le jour grâce à l'esprit créatif et novateur de l'équipe de la permanence qui consacre temps et énergie à la recherche de solutions efficaces. Je tiens ici à rendre hommage particulièrement à mesdames Line Prévost, coordonnatrice aux communications et Marise Tétreault, coordonnatrice au développement professionnel, pour leur implication et l'excellence de leur travail. Je tiens également à remercier les administrateurs de l'Ordre qui ont cru au projet et nous ont permis d'aller de l'avant pour réaliser ce défi que représente le cyberapprentissage. Le *Campus OPIQ* existe aussi grâce au soutien de nos partenaires, notamment Covidien et Masimo qui ont rendu possible ce projet afin d'offrir des formations diversifiées à moindre coût.

Comment cela se passe-t-il? Je vous le jure, nous avons réellement l'impression d'être aux Oscars®! Pour chaque catégorie, on présentait les finalistes ainsi qu'une brève vidéo du projet... «Les finalistes dans la catégorie *Apprentissage en ligne et gestion des connaissances-1 à 300 employés*, sont le Bureau du Dossier de santé du Québec (DSQ), MSSS pour son projet *Gestion de la documentation et des connaissances au DSQ*, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec pour le projet *Campus OPIQ: Formation/Communication/Collaboration* et la Société de gestion informatique SOGIQUE pour son portail de la communauté de pratique en sécurité de l'information.

Et le lauréat est... L'ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC! » Laissez-moi vous dire que ce fut pour nous tous un moment magique, rempli d'émotions, de joie et de fierté!!! Eh oui! Nous avons bel et bien marché sur le tapis rouge...

Ce prix, nous le partageons avec Sam Roy de Connexence, Frédéric Maitre, consultant informatique, nos collègues du système professionnel et surtout avec vous, les inhalothérapeutes. Je terminerai cet éditorial en soulignant que d'autres inhalothérapeutes ont été à l'honneur lors de ce gala puisque le Laboratoire du sommeil Biron a aussi remporté un OCTAS pour son projet *Portail des professionnels*, dans la catégorie *Solutions d'affaires-Développement à l'interne-1 à 500 employés*. Félicitations à madame Sonia Gauvreau et son équipe.

C'est donc sur une note des plus positives que je vous souhaite à tous un été rempli de soleil et de bonheur! 🌸

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

sommaire

- 3 Éditorial
- 4 Avant-propos
- 6 Mot de la présidente
- DOSSIER LES DONNS D'ORGANES
- 10 Le don d'organes :
un second souffle, une nouvelle vie
- 16 Portrait des refus des familles au Québec
- ACTUALITÉS
- 9 Assemblée générale annuelle des membres
Première *Semaine des professionnels*
- 20 Pandémie de grippe
Sommes-nous prêts?
- 28 ACLS... du rêve à la réalité
ou du réel au virtuel!
- 38 La fumée tertiaire
- 26 CRITIQUE ET PRATIQUE
Varénicline ou timbre de nicotine pour la
cessation tabagique : une première étude
comparative directe
- 31 FINANCES
Devenez un emprunteur sélectif
- 32 ANESTHÉSIE
Anesthésie et apnée du sommeil :
chronique d'un accident annoncé ?
- 35 D'ORDRE JURIDIQUE
Élection 2009
- 36 MOTS ENTRECROISÉS
- 37 TOURNOI DE GOLF : INSCRIPTION
- 40 BABILLARD
- 42 QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE
pour la formation continue

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Pauline Breton-Truchon, Araceli Fraga, Raymond Proulx

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

2^e vice-présidente

Nathalie Béard, inh.

Trésorière

Francine LeHouillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^{me} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'inspection

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux communications

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.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Sandra Desrosiers, inh., Martine Gosselin, inh., Kevin Harris, inh., M^{me} Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin, Catherine O'Brien, inh., Elaine Paré, inh., Marise Tétreault, inh.,

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2009

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 et Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ

Photos Gariépy

Production graphique

Transcontinental Québec

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

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

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

Courriel: info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

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

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

avant-propos



L'avez-vous signée? Vos proches sont-ils informés de votre décision? Avez-vous été clair quant à vos intentions? Moi, oui. Tous sont au courant qu'advenant un dommage cérébral irrévversible, l'unique raison pour laquelle j'accepterais d'être maintenue artificiellement en vie est le don d'organes. Je souhaite en effet qu'à mon décès, on prélève tous les organes « utilisables » pour que d'autres en bénéficient.

Pour ma part, il ne s'agit pas d'un geste altruiste puisque qu'elles ne me seront plus d'aucune utilité, mais saviez-vous que si votre famille ne consentait pas au don d'organes, l'équipe médicale respecterait cette volonté plutôt que la vôtre? Je l'ignorais. Je l'ai appris en lisant le texte en pages 10-15 sur le don d'organes. Peut-être serez-vous aussi convaincus, après avoir parcouru le deuxième texte du dossier présentant le résultat d'une étude sur le refus des familles, que le don d'organes, il faut en parler? Il y a encore trop de tabous entourant cette option et c'est à nous, professionnels de la santé de s'y intéresser, de s'impliquer... **parce que chaque geste compte.**

C'est le thème retenu cette année pour la 36^e édition du congrès annuel qui aura lieu à l'hôtel Delta Centre-Ville de Montréal, les 2 et 3 octobre. Je vous invite à découvrir la richesse du contenu scientifique du programme dans la brochure jointe à cet envoi et à inscrire ce rendez-vous automnal à votre agenda!

Mais avant le congrès, l'autre événement à ne pas manquer: le « fameux » tournoi de golf de l'OPIQ qui se tiendra au club de golf de l'Île de Montréal, le 24 septembre prochain. Il sera précédé par la demi-journée des chefs et des coordonnateurs dont les détails vous seront transmis bientôt. Pour vous inscrire au tournoi de golf, remplissez le coupon en page 37 et le retourner avant le 1^{er} septembre.

Je désire souligner le départ de deux précieux collaborateurs de longue date à la revue, Éline Paré et Benoît Tremblay. Je salue leur rigueur intellectuelle, leur enthousiasme et leur disponibilité. Je leur souhaite la meilleure des chances ainsi que la concrétisation de leurs nouveaux projets et qui sait, peut-être reviendront-ils un jour à l'écriture pour notre plus grand plaisir?

Coup de cœur

Si vous avez lu l'éditorial, vous savez maintenant que l'OPIQ a remporté un OCTAS dans la catégorie *Apprentissage en ligne et gestion des connaissances-1 à 300 employés*. C'est avec une fierté non dissimulée (vous auriez dû nous entendre crier à l'annonce du gagnant!) que nous avons accueilli cette reconnaissance du Réseau des technologies de l'information (TI) au Québec. À l'instar de la directrice générale, qu'il me soit également permis de remercier le CA, Sam Roy, Frédéric Maitre et nos partenaires, pour leur soutien à la mise en place de cet audacieux pari qu'était le *Campus OPIQ*.

Mon coup de cœur va toutefois à mes collègues Josée Prud'Homme et Marise Tétreault. La première, pour avoir d'abord cru en ce projet novateur de plateforme d'apprentissage électronique pour les inhalothérapeutes; pour ensuite l'avoir présenté et défendu auprès du CA et enfin pour avoir soutenu chacune de mes démarches pour mener à bien l'implantation de notre *Campus OPIQ*. La seconde, pour sa rectitude et toute l'énergie qu'elle déploie à développer le plein potentiel du campus, à exploiter au maximum ses différentes composantes, pour l'amener ainsi à maturité. Chères collègues, sur vous donc rejaillit toute la fierté éprouvée lors de ce gala de remise des OCTAS, soyez-en remerciées.

Sur ce, je vous souhaite à tous de bien profiter des vacances estivales, pour recharger vos batteries et faire le plein d'énergie. Bon été!

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux communications



Dans l'ordre habituel: M^{me} Line Prévost, coordonnatrice aux communications - OPIQ; M^{me} Marise Tétreault, coordonnatrice au développement professionnel - OPIQ; M. Yves Poirier, gestionnaire comptes cliniques - Masimo; M^{me} Céline Beaulieu, présidente - OPIQ; M. Sam Roy, président - Connexence; M. Denis Garon, sous-ministre associé, Bureau de la Dirigeante principale de l'information, ministère des Services gouvernementaux; M. Frédéric Maitre, consultant en informatique; M^{me} Josée Prud'Homme, directrice générale et Secrétaire - OPIQ; M. Louis Gagné, directeur, ventes et marketing - Solutions respiratoires et de monitoring - Covidien; M. Daniel Smith, coordonnateur physiologie respiratoire - CHUM; M^{me} Johanne Fillion, vice-présidente - OPIQ

VENTILATEUR SERVO-i COMPATIBLE EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

CRITICAL CARE



Dans le milieu hospitalier, les cliniciens ont parfois besoin d'utiliser un ventilateur de pointe en résonance magnétique, en particulier pour les patients dont l'état respiratoire exige en permanence un ventilateur de soins intensifs.

Le Servoi offre l'avantage unique de maintenir le

patient sous le même ventilateur dans le service des soins intensifs, lors du transport aller et retour et au cours des procédures de résonance magnétique.

MAQUET — The Gold Standard.



MAQUET-DYNAMED INC.
235 Shields Court, Markham
Ontario L3R 8V2, Canada
Téléphone: +1 905 752 3300
Fax: +1 905 752 3304
info@maquet-dynamed.com
www.maquet-dynamed.com



Le temps!

En règle générale, la chronique de la présidente permet de vous renseigner sur l'évolution des dossiers prioritaires. Présentement ces derniers sont reliés : premièrement à la formation, soit le rehaussement de la formation initiale et le développement de la formation continue; deuxièmement à l'intégration de professionnels, soit l'intégration des perfusionnistes cliniques au sein de l'Ordre, soit l'accueil des personnes formées à l'étranger et finalement la mobilité des professionnels par une des ententes suivantes : Québec/Ontario, l'ACI (Accord du commerce intérieur) pour toutes les provinces canadiennes et l'entente Québec/France.

Pour la totalité de ces dossiers, peu de changements se sont produits dans le dernier trimestre. Nous sommes en attente de décisions de comités externes ou d'échéanciers. Plusieurs rencontres sont prévues et nous pourrions divulguer plus d'information à la prochaine parution.

Tout est question de temps. Eh oui ! Le temps. Je ne sais pas si vous êtes comme moi, mais attendre, prendre le temps, laisser couler, ouf ! J'ai de la difficulté. J'aimerais que tout se règle rapidement. Ne sommes-nous pas habitués, comme inhalothérapeutes, à œuvrer dans des secteurs où les décisions se prennent rapidement ? Où l'on se doit d'agir promptement ? Il est donc dans notre nature (la mienne en tout cas !) de vouloir tout régler rapidement et parfois on a l'impression que rien avance.

Mais lorsque l'on prend du recul et qu'on analyse les résultats, on s'aperçoit que le temps a laissé sa marque, il a apporté des changements et que finalement, on est loin de l'immobilisme perçu.

Prenons ensemble ce recul

Il y a maintenant dix années que je suis à la présidence de l'Ordre et si on se reporte en 1999, quels sont les changements survenus au sein de notre organisation ?

Au début du millénaire, nous entreprenions trois dossiers majeurs : la mise à jour du système professionnel, le rehaussement de la formation initiale et la mobilité de la main-d'œuvre pancanadienne.

L'organisation (présidence, permanence et membres de comités divers) a déployé tous les efforts et l'énergie nécessaires afin de faire reconnaître la profession d'inhalothérapeute, dans le vaste chantier qui a mené à l'adoption du projet de Loi 90. Ce changement législatif a changé notre statut professionnel. En effet, d'un ordre à titre réservé, nous sommes passés à un ordre à activités réservées. Nous avons basculé dans un champ d'exclusivité en partage avec d'autres professions de la santé. Rappelez-vous les actes délégués avec toute la supervision assujettie ! Avec ce changement, l'inhalothérapeute a acquis un degré d'autonomie professionnelle accru. Dans la foulée de ce dossier, nous avons

également obtenu par voie réglementaire du Collège des médecins, la possibilité d'effectuer les ponctions artérielles radiales.

Si l'on regarde le dossier de la formation, nous avons finalement obtenu après dix années d'un long et parfois pénible processus, la révision de la situation de la profession ou plus communément appelée l'analyse de la situation de travail. Le rapport devrait être déposé d'ici l'été. Je suis persuadée que les résultats qui en découleront démontreront clairement une modification majeure de la pratique professionnelle de l'inhalothérapie. Reste à savoir quelle direction et quelle décision prendra le ministère de l'Éducation face à ce constat.

Demeurons dans le dossier de la formation, pour cette fois aborder la formation continue. L'adoption et la mise en place de ce Règlement ont suscité des échanges parfois houleux. Mais si l'on analyse la situation à ce jour, nous ne pouvons que nous réjouir de son impact. Plusieurs milieux de travail se sont mobilisés pour offrir aux inhalothérapeutes des formations en lien avec leur pratique professionnelle. Aujourd'hui, divers colloques organisés par des inhalothérapeutes de divers établissements se déroulent annuellement. Ces colloques ont diversifié la formation, certes il demeure que le congrès de l'OPIQ augmente en popularité, mais il n'est plus le seul événement offert aux inhalothérapeutes.

Rappelez-vous le programme de formation continue offert en 1999 : cinq à sept formations offertes à des dates précises, pratiquement toujours à Montréal, parfois à Québec et exceptionnellement dans une autre région si les conditions étaient réunies. Aujourd'hui, grâce au *Campus OPIQ*, seize formations qualifiantes sont accessibles en ligne à tous les inhalothérapeutes et il est en progression constante. Nous avons vaincu les contraintes géographiques et les horaires variés des membres et qui plus est, les coûts directs ont diminué de 50 %. Je ne peux passer sous silence notre participation au *Concours des Octas 2009*, le plus important dans le secteur des technologies de l'information au Québec, concours que nous avons remporté, devançant des firmes avec beaucoup plus de moyens que les nôtres ! J'adresse mes remerciements à mesdames Marise Tétréault et Line Prévost pour l'excellence qu'elles ont déployée dans la mise en œuvre de la plateforme électronique *Campus OPIQ*. Je tiens aussi à remercier nos partenaires, qui ont permis par leurs contributions la réalisation de cette plateforme électronique : nos partenaires Platine Covidien et Masimo ; notre partenaire Or, Astra Zeneca et notre partenaire Argent, La Capitale.

Passons maintenant au dossier de la mobilité. Sans en faire un récit exhaustif, rappelez-vous pour ceux qui ont vécu l'époque de la saga entre la Société canadienne des thérapeutes respiratoires et l'OPIQ. Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts et quel changement depuis ! Après la signature en 2002 de l'Entente mutuelle de reconnaissance, l'OPIQ a fondé en collaboration avec le Collège ontarien

des thérapeutes respiratoires, l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire. Aujourd'hui, cette organisation regroupe 5 provinces réglementées (Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Ontario et le Québec) ainsi que la Société canadienne des thérapeutes respiratoires pour les provinces non réglementées. La Saskatchewan étant nouvellement réglementée a manifesté son intérêt à rejoindre l'Alliance.

Je pourrais élaborer sur tous les mécanismes mis en place au sein de l'OPIQ afin de faciliter l'intégration des personnes formées à l'étranger, mais j'occuperais l'espace de toute cette publication.

Revenons à notre prémisses, le temps. Pourquoi cet article? C'est un peu en réaction à une correspondance reçue dernièrement et à certains commentaires que l'on entend occasionnellement selon lesquels l'OPIQ n'est là que par parure, il est un club sélect et donc souffre d'immobilisme. Personnellement, je peux vivre avec ce genre de commentaires. Par contre, je trouve injuste cette perception radicalement fautive, injuste pour tous les acteurs impliqués dans l'avancement des dossiers et la reconnaissance de la profession d'inhalothérapeute. Ces acteurs, nous les retrouvons non seulement à la permanence, mais également au sein des divers comités réguliers ou ponctuels, et aussi dans la très grande majorité des membres qui soutiennent et encouragent ces actions. Pour cette minorité qui croit à l'immobilisme de l'Ordre, dites-vous que si c'était le cas, jamais nous n'aurions la reconnaissance et le respect que nous avons présentement au sein du monde professionnel tant québécois que canadien. 🍀

Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente

a message from the president



Usually, the *President's Message* informs you about the evolution of our priority issues. Right now, these issues are all linked together. First of all, training, specifically the initial training enhancement and the continuing training development. Second, professional integration, specifically the integration of clinical perfusionists to the Ordre and also welcoming the people trained abroad. Finally, the mobility of professionals with one of the following agreements: the Québec/Ontario, the Agreement on Interior Trade (AIT) for all Canadian provinces and territories and the Québec/France agreement.

For all these issues, nothing much has occurred in the last trimester. We are still waiting on decisions made by outside councils or on scheduling dates. Many meetings are planned and we will be able to bring you more information in the next edition.

Everything is a question of time. Ah, time. I don't know if you are like me, but waiting, taking it slow, letting it flow, ouf!, it's hard for me. I would prefer to settle everything much faster. Aren't we not used, as respiratory therapists, to work in situations where decisions are made quickly? Where we must act promptly? So, it's in our nature (mine at least!) to want to settle everything quickly and sometimes we get the feeling of standing still.

But, when we take a step back and analyze results, we notice that time has left its mark, it has brought on changes and that finally we are far from standing still.

Let us take a step back

I have been at the Ordre's chairmanship for the past ten years and if we go back to 1999, what are the changes that have occurred to our organization?

At the beginning of the millennium, we undertook three major issues: the professional system update, the initial training enhancement and the PanCanadian workforce mobility.

The organization (chairmanship, permanent staff and different committee members) has deployed all the necessary efforts and energy for the recognition of the respiratory therapist profession in the vast overhaul that led to the adoption of Bill 90. This legislative change modified our professional status. In fact, from a reserved title ordre, we became a reserved professional activities ordre. We've become an exclusive field sharing with other health professions. Do you remember the delegated acts with all the constraining



Time!

- supervision! With this change, the respiratory therapist acquired an increased level of professional autonomy. We also obtained, by legal statute from the *Collège des médecins*, the possibility of doing radial artery punctures.

If we look at the training issue, we finally obtained, after ten years of a long and arduous process, the revision of our professional status, or more commonly known as the analysis of work situation. The report should be presented by summer's end. I am convinced that the ensuing results will clearly show major changes in the respiratory therapist's professional practice. Still to be known is which direction and what decision will take the ministère de l'Éducation with these conclusions.

Let's continue on the training issue, but this time by looking at the continuing training situation. The adoption and application of this Rule generated much, sometimes heated, debates. But if we analyze this situation now, we can only be happy about the impact it yielded. Many workplaces got mobilized to offer respiratory therapists a training that is more in line with their professional practice. Today, many conventions organized by respiratory therapists from different institutions take place annually. These conventions have diversified the training, admittedly the OPIQ convention is growing in popularity but it is not the only event offered to respiratory therapists anymore.

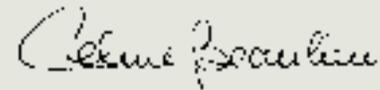
Do you remember the continuing training program offered in 1999: five to seven training sessions offered at set dates, almost always held in Montreal, sometimes in Quebec, and exceptionally in another region if all the conditions were present. Today, thanks to *Campus OPIQ*, sixteen qualifying training sessions are accessible online to every respiratory therapist and its use is in constant progress. We have defeated the geographical constraints, the members' various working hours and, furthermore, the direct costs have been reduced by 50%. I must speak about our participation to the Octas 2009 event, the most important for the technological sector in Québec, an event that we have won over companies with much more financial resources than ours! I direct my thanks to Mrs Marise Tétreault and Line Prévost for their excellent work in establishing the electronic platform *Campus OPIQ*. I also want to thank our corporate partners, who, by their contributions, helped realize this electronic platform: our Platinum

partners Covidien and Masimo; our Gold partner, AstraZeneca and our Silver partner, La Capitale.

Now, let's talk about the mobility issue. Without making it a long story, do you recall, for those who lived through it, the saga between the Canadian Society of Respiratory Therapists and the OPIQ. A lot of water has passed under the bridge since then and what changes it brought on! After signing the Mutual Understanding Agreement in 2002, OPIQ has established in collaboration with the Ontario College of Respiratory Therapists, the National Regulatory Alliance of Respiratory Therapy. Today, this organization encompasses regulated provinces (Alberta, Manitoba, Nova Scotia, Ontario and Québec) as well as the Canadian Society of Respiratory Therapists for non-regulated provinces. Saskatchewan, having recently been regulated, has shown an interest in joining the Alliance.

I could elaborate on the mechanisms put in place by OPIQ in order to facilitate the integration of people trained abroad, but I would take up all the space in this magazine.

Let's go back to our premise, time. What's the purpose of this article? It's a bit about reacting to a letter I received recently and to certain comments that we occasionally hear about OPIQ being a front, an exclusive club and thus is standing still. Personally, I can live with this sort of comments. On the other hand, I find this radically false perception unjust, unjust to all the people involved in moving these issues forward and getting recognition for the respiratory therapist profession. We find these people not only in the permanent staff but also in the many regular and special committees and in the great majority of members who support and cheer on our actions. For the minority who thinks OPIQ is standing still, ask yourself that if this was the case we would never have received the recognition and respect we presently enjoy in the Québécois as well as the Canadian professional world. 



Céline Beaulieu, inh., B.A.
president



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.

index des annonceurs

Apnair	34	La Résidence Hôpital Clémence	25
BM enr.	27	Maquet-Dynamed	5
Carestream Medical Ltd	44	Masimo	2
Covidien	43	Pfizer	13
CSSS Antoine-Labelle	31	RCR Pro	21
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	19	RIIRS	17
INHALO Stat	11	UQAT	39
La Capitale assurances générales	15		

Assemblée générale annuelle des membres

vendredi 2 octobre 2009 à 8 h

Avis de convocation

Juin 2009

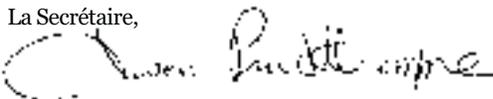
Cher(e) s membres,

Vous êtes convoqué(e)s à la prochaine assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec qui aura lieu le **vendredi 2 octobre 2009 à 8 h**, dans la salle Régence A-B de l'hôtel Delta Centre-Ville de Montréal. Veuillez prendre note que conformément à l'article 42 du *Règlement sur les affaires du Conseil d'administration (CA), du comité exécutif et les assemblées générales de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, vous pouvez amener une proposition à l'assemblée générale. Le libellé de ce règlement se lit comme suit :

Pour être reçue à une assemblée générale, une proposition doit parvenir par écrit, au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire, au moins 5 jours avant la tenue d'une assemblée.

Au plaisir de vous y rencontrer, acceptez, cher(e)s membres, l'expression de nos salutations distinguées.

La Secrétaire,

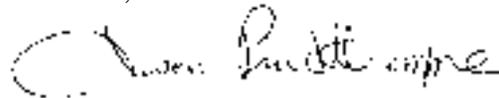


Josée Prud'Homme, inh., M. A. P.
Secrétaire de l'Ordre

Ordre du jour

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée;
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 8 novembre 2008;
4. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 8 novembre 2008;
5. Présentation du rapport annuel 2008-2009;
6. Nomination du vérificateur comptable;
7. Cotisation 2010-2011;
8. Divers;
9. Levée de l'assemblée.

La Secrétaire,



Josée Prud'Homme, inh., M. A. P.
Secrétaire de l'Ordre

Première Semaine des professionnels

11 au 17 octobre 2009

Sous les auspices du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), se tiendra pour la première fois, du 11 au 17 octobre 2009, la *Semaine des professionnels*, un événement mobilisateur visant à mettre en relief l'apport des professionnels à la société québécoise.

Soulignant le 35^e anniversaire du Code des professions, la *Semaine des professionnels* est l'occasion de promouvoir, notamment auprès des jeunes, les différentes facettes des 51 professions réglementées exercées par 332 000 professionnels membres de l'un des 45 ordres professionnels.

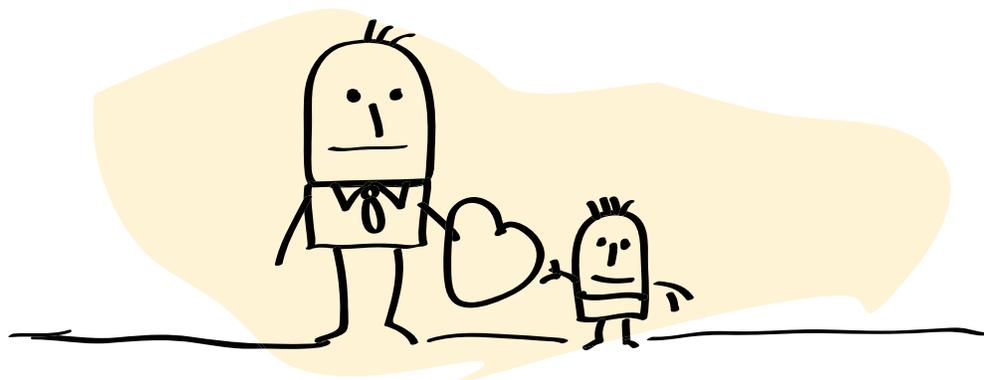
Au Québec, une personne sur 23 est membre d'un ordre professionnel. Les professionnels québécois rendent des services de qualité à la population québécoise et contribuent à relever les défis actuels du Québec dans un monde globalisé.

Parmi les activités de cette *Semaine des professionnels*, mentionnons :

- une campagne publicitaire, prévoyant notamment la parution d'un cahier spécial dans le journal *Les Affaires* ;
- le regroupement des ordres professionnels au Salon national de l'éducation, sous l'« Avenue des professions » aménagée par le CIQ ;
- la venue d'un conférencier de prestige ;
- la tenue d'une conférence-débat public sur les professions réglementées, en collaboration avec l'Institut du Nouveau Monde.

La *Semaine des professionnels* est organisée par le CIQ, en collaboration avec l'Office des professions et les ordres professionnels, afin de mieux faire connaître et apprécier les 51 professions réglementées.

Surveillez vos bulletins d'information pour tous les détails de cette première! 



Le don d'organes : un second souffle, une nouvelle VIE

par **Sandra Desrosiers, Kevin Harris et Catherine O'Brien**,
inhalothérapeutes et enseignants au Cégep de Rosemont

C'est au retour d'une soirée bien arrosée que François, un jeune homme de 25 ans, a été victime d'un grave accident d'automobile à haute vitesse. À l'arrivée, son score sur l'échelle de *Glasgow* nous révèle 3/15. Il souffre d'un traumatisme crânien sévère et de quelques fractures. Malgré tous les efforts déployés par l'équipe de soins pour sauver François, il demeure comateux. Ses pupilles sont dilatées et ne réagissent plus à la lumière. À la tomodensitométrie cérébrale, les médecins confirment les signes évidents d'une hypertension intracrânienne et d'un engagement cérébral persistant. Comme il y a atteinte cérébrale aiguë, le médecin pourrait demander un test auxiliaire afin d'accélérer le diagnostic de décès neurologique (DDN) mais il préfère plutôt accorder un délai de vingt-quatre heures avant d'entreprendre l'évaluation clinique. Suite à ce délai, le DDN est confirmé par deux examens cliniques effectués par deux médecins indépendants de l'équipe de transplantation. Le médecin annonce donc à la famille le DDN (mort cérébrale) de François en leur expliquant qu'il s'agit d'une *perte irréversible de la conscience et de toutes les fonctions du tronc cérébral comme la respiration spontanée et les réflexes du tronc cérébral*. Pour la famille, c'est le CHOC.

Quelques années auparavant, François avait signé sa carte d'assurance-maladie pour indiquer qu'il souhaitait faire don de ses organes et il avait fait part de sa décision à sa famille. Dans le

cas où la famille de François refuserait de consentir au don de ses organes, l'équipe médicale respecterait le choix familial. Il est donc important, au moment où vous signez votre carte, d'en discuter avec vos proches et de les informer de votre décision.

Quels sont les critères pour le diagnostic du décès neurologique ?

La complication directe d'une hypertension intracrânienne non maîtrisée est l'engagement des uncus temporaux à travers la tente du cervelet. Ce phénomène physiologique terminal est commun à la presque totalité des patients atteints de traumatisme cérébral sévère. Dans le processus d'engagement, il se produit un reflux des structures cérébrales dans le cervelet, ce qui provoque une compression irréversible des structures du tronc cérébral. Si la perte des réflexes pupillaires et cornéens s'ajoute à celle des autres réflexes (oculo-vestibulaire, oculo-céphalique, oropharyngé et respiratoire) la mort est inévitable (Langevin, 2008, p. 37).

Revoiyons ici en quatre étapes, les critères et les tests qui ont confirmé le DDN.

1. La cause du décès neurologique doit être confirmée irréversible. Les principales causes en sont : l'anoxie (pendaison, arrêt cardiorespiratoire, noyade, etc.) l'hémorragie intracérébrale, la tumeur cérébrale primaire et le traumatisme crânien important.

Test d'apnée

1. Préoxygénation 100 % pendant 10 à 15 minutes;
2. faire une gazométrie artérielle afin de s'assurer d'avoir des valeurs normales avant de débiter le test;
3. mettre le patient sur tube en T avec une valve de PEEP à 10 cmH₂O et un débit d'O₂ à 10 l/min **ou** introduire un cathéter dans le TET et administrer de l'O₂ à 6 l/min;
4. observer le patient pendant 10 à 12 minutes pour vérifier l'absence de mouvement respiratoire;
5. refaire une gazométrie artérielle et rebrancher le patient au respirateur.

Le test d'apnée est positif et confirme donc la perte du réflexe respiratoire si :

1. il y a eu absence totale d'effort respiratoire tout au long du test;
2. l'analyse du gaz artériel à la fin du test révèle :
 - PaCO₂ à 60 mmHg ou plus;
 - PaCO₂ augmentée de 20 mmHg par rapport à la valeur de départ, soit de 2 mmHg/min;
 - pH à 7,28 ou moins.

N.B. Il faut mettre fin au test d'apnée prématurément si :

- la SatO₂ chute sous 90 %;
- présence d'hypotension ou apparition d'arythmie.

Dans ces cas, on fait tout de même une gazométrie artérielle puisque les critères de PaCO₂ et de pH peuvent être atteints en moins de 10 minutes. Si ce n'est pas le cas, un test auxiliaire sera alors demandé.

Test auxiliaire :

Une angiographie ou une scintigraphie cérébrale peut être effectuée pour confirmer le DDN par l'absence de circulation intracrânienne dans les situations suivantes :

- dans les cas de pathologies pulmonaires sévères comme la MPOC où l'augmentation du CO₂ pourrait ne pas être suffisante pour stimuler la respiration;
- dans les cas où le test d'apnée est difficile à faire : instabilité hémodynamique, trouble d'oxygénation, etc.

2. Le coma profond doit être corroboré par un score de *Glasgow* à 3 ainsi qu'une absence de mouvement d'origine cérébrale, comme la réponse aux stimuli, la décortication, la décérébration ou les convulsions.
3. L'absence de réflexe du tronc cérébral attesté par les tests suivants :
 - réflexe pupillaire : pupilles à 4 mm ou plus et non réactives à la lumière;
 - réflexe cornéen : aucun mouvement des paupières ou de la mâchoire au toucher des cornées avec un brin de coton;
 - réflexe oculo-céphalique : absence de mouvement des globes oculaires lors d'un mouvement brusque de rotation de la tête (ne pas faire si trauma);
 - réflexe oculo-vestibulaire : absence de mouvement des yeux lors de l'injection de 50 ml d'eau glacée dans les conduits auditifs;
 - réflexe oro-pharyngé : absence de déglutition lors d'une stimulation de la paroi postérieure du pharynx et absence de toux lors de l'aspiration trachéale;
 - réflexe respiratoire : absence d'effort respiratoire malgré l'augmentation significative de CO₂ engendrée par le test d'apnée (encadré 1).
4. L'absence de facteurs confondants qui pourraient limiter ou fausser les examens neurologiques. Les principaux facteurs confondants sont : le choc persistant, l'hypothermie de moins de 34°C, les troubles métaboliques graves, l'intoxication médicamenteuse ou l'utilisation de curares.

Comme le trauma de François semble avoir créé une atteinte au canal auditif, le réflexe oculo-vestibulaire ne peut être vérifié, le médecin demande finalement un test auxiliaire. De plus, François semble avoir encore des réflexes spinaux de la moelle épinière (mouvements des membres ou du tronc). Ces derniers sont différents des réflexes du tronc cérébral et il n'est pas anormal qu'ils persistent malgré la mort cérébrale mais ils peuvent être confondants. Une angiographie cérébrale est donc demandée pour vérifier l'absence de circulation intracrânienne et ainsi confirmer hors de tout doute le décès neurologique.

...

Agence de placement exclusivement dédiée à la profession d'inhalothérapeute



Tél
(450) 447-2112

Ligne sans frais
1-877-447-2112

Télécopieur
(450) 447-2120

••• Optimiser le maintien du donneur pour sauver plus de vies

Maintenant que le diagnostic de décès neurologique est établi et que la famille respecte le choix de François, les efforts de l'équipe de soins ne seront pas réduits mais plutôt consacrés à maintenir le plus efficacement possible la fonction de chaque organe. Dorénavant, le médecin tient entre ses mains le pronostic de huit receveurs!

À l'exception des cornées et des tissus (peau, valvules, tendons, ligaments et tissus osseux) huit personnes en attente de greffe pourraient bénéficier des organes de François. Ses deux poumons, son cœur, ses deux reins, son foie, son pancréas et ses intestins pourraient être transplantés s'ils répondent à des critères stricts préétablis. Ce geste altruiste sauvera plusieurs personnes de la mort et améliorera grandement leur qualité de vie.

Les principales étapes jusqu'au prélèvement des organes:

Signalement rapide du donneur à Québec-Transplant

Dès que le diagnostic de décès neurologique est confirmé par les médecins, le coordonnateur de Québec-Transplant est avisé et un processus complexe est entrepris pour l'attribution des différents organes. Le coordonnateur agit à titre de conseiller clinique et apporte le support nécessaire aux équipes de soins. De plus, le coordonnateur chez Québec-Transplant, en collaboration avec les professionnels de la santé, intervient à chacune des étapes du processus du don d'organes:

1. Identification des donneurs potentiels;
2. maintien et surveillance des donneurs;
3. intervention auprès de la famille;
4. évaluation et acceptation d'un donneur d'organes;
5. transfert du donneur vers le centre de prélèvement (si stabilité hémodynamique);
6. évaluation des organes à transplanter et attribution des organes aux receveurs;
7. prélèvement et préservation des organes;
8. transport des organes et des équipes médicales.

Comme toutes ces étapes peuvent prendre plusieurs heures, il est important de signaler rapidement les donneurs potentiels à Québec-Transplant.

Maintien des fonctions vitales du donneur

Afin d'assurer un meilleur maintien des organes, la présence soutenue du médecin et de l'équipe de soins est cruciale. Il faut comprendre que le maintien du donneur peut être ardu. Dans la plupart des cas, les donneurs peuvent présenter une instabilité hémodynamique et celle-ci peut compromettre la fonction des organes à transplanter si elle n'est pas corrigée rapidement et adéquatement.

Les principaux paramètres de base qui permettront le maintien optimal des organes du donneur potentiel

Il est primordial de faire une surveillance étroite des donneurs potentiels aux soins intensifs. Des mesures et des traitements de réanimation sont entrepris pour optimiser la fonction vitale des organes.

Les règles d'or:

- Prendre soin du donneur comme s'il s'agissait du receveur;
- maintenir une perfusion adéquate des organes;
- assurer une oxygénation adéquate des organes;
- maintenir une température corporelle entre 36,5 et 38 °C centrale.

1. Comment traiter l'hypertension artérielle?

L'hypertension artérielle suite au diagnostic de décès neurologique (DDN) provient souvent d'une détérioration et d'une grande labilité du système cardiovasculaire. La tension artérielle systolique doit être maintenue sous 160 mmHg tandis que la tension artérielle moyenne doit être inférieure à 90 mmHg. Compte tenu des variations constantes de la détérioration de la fonction cardiovasculaire après le diagnostic de décès neurologique, il est préférable d'employer des antihypertenseurs à courte durée d'action tel le Nitroprussiate ou l'Esmolol.

2. Quelles sont les valeurs hémodynamiques cibles?

La tempête sympathique entraînée par l'hypertension intracrânienne provoque le dysfonctionnement du myocarde ainsi qu'une vasoconstriction intense, suivie d'un épuisement sympathique et d'une vasodilatation (Marsolais, 2008, p. 59). Il faut ajuster le traitement cardiovasculaire de façon à obtenir des paramètres cliniques, biochimiques et hémodynamiques permettant de rétablir le volume intravasculaire sans hypervolémie et d'assurer un débit cardiaque optimal pour la perfusion des organes (CCDT, 2004, p. 15). L'ajustement du traitement doit tenir compte de plusieurs variables. Aucune mesure, ni variable prise isolément ne doit justifier un traitement, car le maintien de la fonction des organes repose sur un équilibre précaire. Il faut viser une physiologie rationnelle plutôt qu'appliquer rigoureusement des mesures de traitement sans tenir compte de l'évaluation clinique globale.

3. Qu'est-ce que l'hormonothérapie combinée?

Il a été démontré par le *United Network for Organ Sharing* (UNOS) qu'une hormonothérapie combinée de vasopressine, d'hormone thyroïdienne et de méthylprednisone améliorerait considérablement le taux d'utilisation des reins, du foie, des poumons, du cœur et du pancréas chez les donneurs (CCDT, 2004, p. 23).

encadré 2

Maintien respiratoire du donneur des poumons

- Volume courant de 6 à 10 ml/kg
- FiO₂ pour saturation ≥ 95 et PaO₂ ≥ 80 mmHg
- Maintien des pressions inspiratoires de pointe sous les 30 cm H₂O
- PEEP minimal de 5 cm H₂O ou plus
- pH entre 7,35-7,45
- PaCO₂ entre 35-45 mmHg
- Aspiration et physiothérapie respiratoire systématique
- Rotation du patient en position latérale tous les deux heures
- Manœuvres de recrutement pulmonaire au besoin
- Éviter l'hypervolémie

Source: CONSEIL CANADIEN POUR LE DON ET LA TRANSPLANTATION. *Optimiser le maintien du donneur afin d'accroître le nombre d'organes admissible pour la transplantation: un forum canadien.* [En ligne]. [www.ccdt.ca/francais/publications/resultat-final.pdf/Optimiser.pdf]. Adaptation par C. O'Brien.

Protocole de recrutement pulmonaire du donneur

Gazométrie artérielle de référence

- Paramètres ventilatoires :
 - Volume courant de 6 à 10 ml/kg
 - PEEP de 5 cmH₂O
- Surveillance continue de la saturation
- FiO₂ 100 % pendant 20 min
- Gazométrie artérielle d'hyperoxygénation après 20 min
- Si PaO₂ inférieure à 300 mmHg procéder au protocole de recrutement alvéolaire

Manœuvre de recrutement alvéolaire

- Préoxygéner le patient à 100 %, mettre la PEEP à 10 cmH₂O.
- PEEP de 30 cm H₂O pendant 30 secondes, sans ventiler.
- Attendre 2 min avec une PEEP à 10 cmH₂O et les paramètres de base.
- Remettre la PEEP à 30 cmH₂O pendant 30 secondes, sans ventiler.
- Si la PAM devient inférieure à 50 mmHg ou si la saturation tombe sous les 85 %, pendant 5 secondes, cesser immédiatement la manœuvre.
- Pour les prochaines 60 minutes, ventiler le patient avec les paramètres initiaux de base avec une PEEP à 10 cmH₂O et une FiO₂ 40 %.
- Après 60 minutes remettre la PEEP à 5 cmH₂O, l'oxygène à 100 % et ventiler pendant 20 minutes. Faire gazométrie artérielle postrecrutement de référence.

Tous les donneurs pulmonaires doivent recevoir de la méthylprednisone à raison de 15 mg/kg (dose max 1 g) toutes les 24 heures, dès que le décès neurologique est constaté.

Source : QUÉBEC-TRANSPLANT, Protocole donneur pulmonaire (PDSA nov. 2005), Ferraro, P. et coll. [En ligne] [http://www.quebec-transplant.qc.ca/QuebecTransplant_fr/PDF/Formulaires/Protocole_pulm_version_finale.pdf]. Adaptation par C. O'Brien

4. Quelles sont les valeurs cibles et examens diagnostiques pour préserver les poumons ?

Dans le passé, les critères de sélection des donneurs conduisaient à l'élimination de plusieurs poumons potentiellement disponibles pour la transplantation. Un nombre important de décès de patients en attente de greffe ont amené le Conseil canadien à revoir leurs critères de sélection. Depuis dix ans, les transplantations pulmonaires ont augmenté de 84 % au Canada (ICIS, décembre 2008), cela donne un second souffle aux Canadiens en attente d'une greffe pulmonaire. Plusieurs agressions pulmonaires peuvent compromettre la « transplantabilité » des poumons tels des contusions, une aspiration, un SDRA, un pneumothorax ou une surinfection. Il faut

donc être très vigilant et utiliser une prise en charge ventilatoire stricte pour éviter ces différents types d'agression (encadré 2).

C'est à partir du rapport PaO₂/FiO₂ (après 20 minutes d'oxygénation à 100 %) que nous pouvons évaluer la « transplantabilité » des poumons. Cliniquement, un résultat de PaO₂ inférieur à 300 mmHg peut empêcher la transplantation des poumons. Par contre, cette situation est souvent causée par l'atélectasie. Dans la plupart des cas, des manœuvres simples de recrutement alvéolaire (encadré 3) permettent de remédier à la situation. Des poumons qui auparavant auraient été refusés pour la transplantation sont maintenant greffés avec d'excellents résultats.

La bronchoscopie est l'examen diagnostique de choix pour visualiser l'état pulmonaire. Elle donne des renseignements sur la qualité et la quantité des sécrétions en plus de permettre la toilette bronchique et des prélèvements en vue d'analyse. La bronchoscopie doit être répétée si le patient présente de l'atélectasie ou des bouchons muqueux.

Finalement, tous les donneurs de poumons devraient recevoir de la méthylprednisone à raison de 15 mg/kg (dose maximale 1 g), une fois par jour et ce, dès le diagnostic de décès neurologique. Ce médicament augmente significativement le taux d'utilisation des poumons des donneurs (McElhinney et coll. 2001, p. 68-71).

Le prélèvement des organes

Le « top chrono » débute lorsque François entre en salle d'opération pour le prélèvement de ses organes. Peut-être qu'à l'autre bout du Québec, quelqu'un attend impatiemment son nouvel organe. Il existe un temps maximal alloué entre le prélèvement de l'organe jusqu'à sa transplantation dans le receveur. Selon l'organe, le temps est variable. Par ailleurs, l'ordre de prélèvement des divers organes

...

A l'occasion de la
fête des Pères,

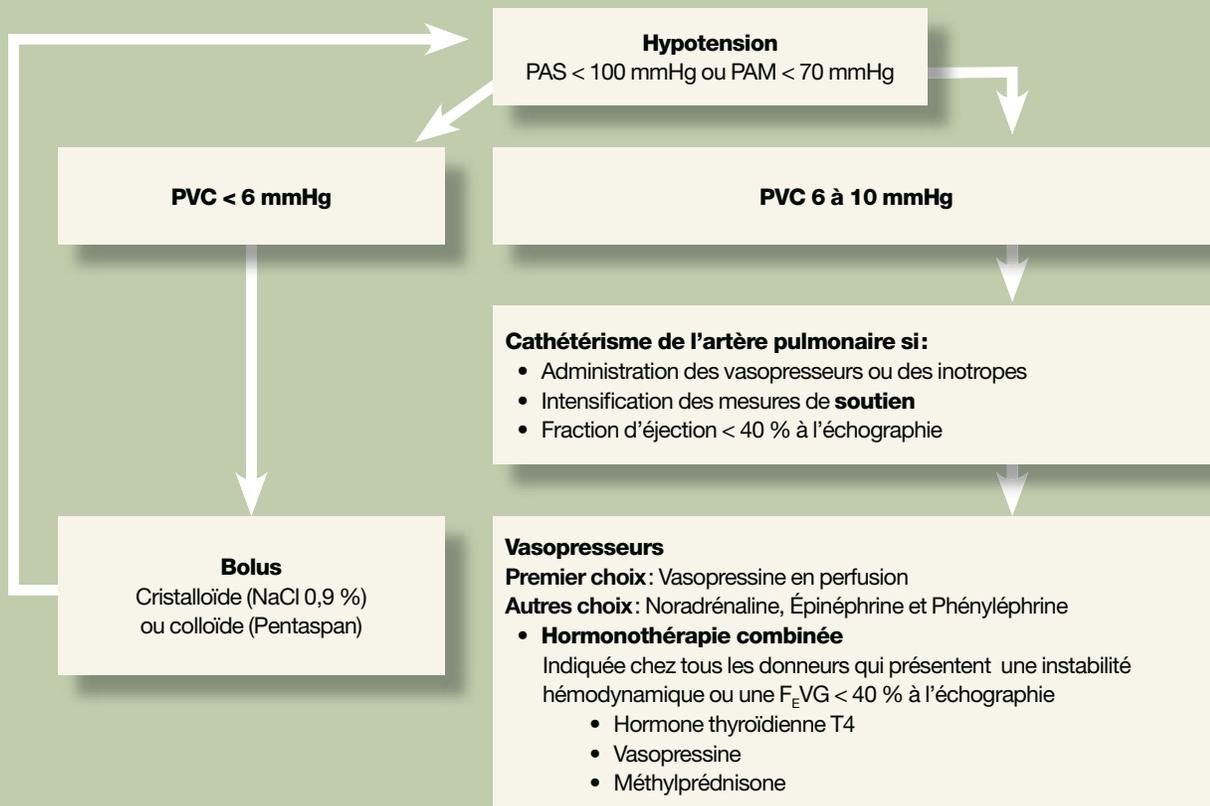
nous souhaitons vous informer
que **CHAMPIX™** est indiqué
pour la désaccoutumance au tabac
chez l'adulte en association
avec un programme de counseling.

Les arrangements thérapeutiques complexes
sont soumis au médecin.

CHAMPIX™, C.P. Pharmaceuticals International CV
Pilar Canada Inc., Israël
© 2003 Pilar Canada Inc., Gillingham, Québec, H8L 2M5

CHAMPIX
arrêter de fumer sans

Algorithme du maintien du donneur



PAS: Pression artérielle systolique; **PAM:** pression artérielle moyenne; **PVC:** pression veineuse centrale

Source: Tiré de MARSOLAIS, P. 2008. « Assurer un meilleur maintien pour sauver plus de vies », *Le Médecin du Québec*, vol. 43, n° 4 (avril), p. 53. Adaptation par C. O'Brien.

est aussi très important afin d'assurer la viabilité et la faisabilité de telles greffes (encadré 4).

Dans la plupart des cas, un organe greffé est bon pour 25 ans. Pour la transplantation pulmonaire, les cinq premières années sont les plus cruciales. Le taux de survie post-transplantation pulmonaire après la première année est d'environ 80 à 90 % pour les patients.

La période postopératoire peut s'avérer différente selon l'organe transplanté et aussi variable d'un patient à l'autre selon qu'il y ait présence ou non de complications pendant la chirurgie ou après. Après la chirurgie d'un greffé pulmonaire, ce dernier est transféré aux soins intensifs chirurgicaux et placé sous assistance ventilatoire jusqu'à recouvrement. Un protocole de sevrage est mis en place et l'extubation du receveur de nouveaux

poumons est très rapide lorsqu'aucune complication n'est présente. Quelques heures à peine après la chirurgie, le patient peut se voir libéré de son assistance ventilatoire. Puis, quelques jours après, de son oxygénothérapie. Durant son séjour à l'hôpital, le patient entreprend un programme de physiothérapie afin de regagner progressivement de sa masse musculaire. Suit lors du retour à la maison, une phase qui peut être qualifiée de récupération. C'est très souvent un patient encore affaibli et souffrant qui regagnera son domicile. Cette période de convalescence se veut un retour progressif à sa nouvelle vie qui sera certes moins contraignante et surtout source de bonheur.

encadré 4

Ordre de prélèvement des organes

- Cœur
- Poumon
- Foie
- Pancréas
- Reins

encadré 5

Temps entre le prélèvement et la transplantation

- Cœur et poumon: 4 à 6 heures après clampage
- Foie et pancréas: 12 h
- Intestin: 12 h
- Reins: 36 à 48 h perfusion pulsatile

« Dans le cas où la famille refuserait de consentir au don d'organes, l'équipe médicale respecterait le choix familial. Il est donc important, au moment où vous signez votre carte, d'en discuter avec vos proches et de les informer de votre décision. »

Nous ne soulignerons jamais assez l'importance de signer sa carte d'assurance-maladie. Comme François, il est primordial d'informer les membres de sa famille sur ses dernières volontés advenant un décès. François n'est peut-être plus présent au quotidien, au sein de sa famille mais il n'en demeure pas moins qu'une parcelle de lui est omniprésente en huit personnes qui étaient, il y a peu de temps en attendant d'une greffe et qui bénéficient aujourd'hui d'un second souffle afin de poursuivre leur vie.

Lors d'une telle tragédie, la famille est ébranlée et sous le choc et peut difficilement accepter la perte d'un être cher. Alors, faire don de ses organes est souvent au-dessus de leur force. En signant sa carte et en informant antérieurement sa famille, François fait don de soi, geste qui pourrait être qualifié d'héroïque puisqu'il a permis de sauver huit vies. Par ailleurs, dans un geste de générosité, sa

famille accepte de faire don des organes de leur proche, respectant ainsi les volontés et les valeurs humaines de la personne décédée. C'est aider d'autres patients à vivre et donner un sens à la mort. Le don est source de réconfort et peut faire cheminer les personnes endeuillées à traverser cette dure épreuve.

À travers cet article, nous n'avons que survolé brièvement ce qui touche le don d'organes puisqu'il s'agit d'un dossier tellement complexe que nous ne pouvions, en quelques pages seulement, traiter l'ensemble du sujet.

Les auteurs adressent leurs remerciements à M. Karl Lancelot, coordonnateur chez Québec-Transplant pour sa disponibilité

Références

- 1 LANGEVIN, S., 2008. « Mauvais pronostic neurologique et diagnostic du décès neurologique deux éléments essentiels au repérage des donneurs potentiels », *Le Médecin du Québec*, vol. 43, n° 4 (avril), p. 37
- 2 MARSOLAIS, P., 2008. « Assurer un meilleur maintien pour sauver plus de vies », *Le Médecin du Québec*, vol. 43, n° 4 (avril), p. 59.
- 3 CONSEIL CANADIEN POUR LE DON ET LA TRANSPLANTATION. *Optimiser le maintien du donneur afin d'accroître le nombre d'organes admissibles pour la transplantation: un forum canadien*. [En ligne]. [www.codt.ca/francais/publications/resultat-final_pdfs/Optimiser.pdf]. (Consulté le 29 avril 2009).
- 4 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Transplantation pulmonaire*. [En ligne]. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_18dec2008_f.] (Consulté le 29 avril 2009)
- 5 MCELHINNEY, DB, KHAN, JH, BABCOCK, WD et coll. 2001. "Thoracic organ donor characteristics associated with successful lung procurement". *Clin Transplant*, 15 : 68-71.
- 6 QUÉBEC-TRANSPLANT 2006. [En ligne]. [http://www.quebec-transplant.qc.ca/QuebecTransplant_fr/index_fr.htm] (Consulté le 29 avril 2009)

Exclusivement réservé aux membres

L'assurance d'avoir PLUS de privilèges

PLUS d'économies
sur vos primes d'assurance automobile et habitation

Nouveau
Des réductions s'appliquent maintenant sur vos véhicules récréatifs

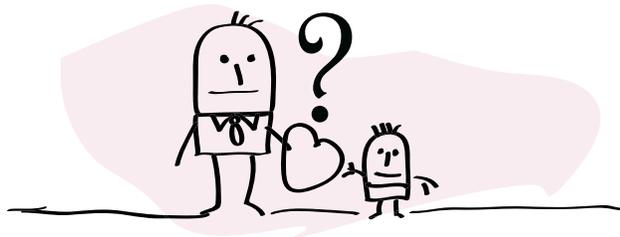
Règlements disponibles à la Vice-présidence marketing.

Ordre professionnel des infobibliothécaires du Québec

La Capitale
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

1 800 322-9226 • www.lacapitale.com



Don d'organes

Portrait des refus des familles au Québec

par Dana Baran, M.D., Stephan Langevin, M.D., Carole Lebeau, B.Sc.inf., et les infirmières-ressources

Plusieurs recherches faites dans le monde ont mis en évidence différentes raisons de refus invoquées par les familles lors d'une demande de don. Au Québec, il n'y a pas de données connues sur le sujet. Afin d'orienter nos actions auprès des familles, une recherche a été réalisée de janvier à décembre 2007 dans les centres hospitaliers qui ont en place des personnes spécialisées dans l'accompagnement des familles. Le but était de connaître les raisons de refus des Québécois lors d'une demande de don d'organes. Les résultats démontrent

que la connaissance des volontés de la personne décédée face au don ou aux traitements de fin de vie influence la famille. Lorsque les volontés ne sont pas exprimées, les conjoints des donneurs plus âgés refusent en plus grand nombre et les raisons sont surtout familiales ou circonstancielles. Les refus relatifs à la religion ou à la race sont plutôt rares. Un pourcentage de familles approchées avant le diagnostic de décès neurologique ne souhaite pas prolonger l'attente de tous les critères du décès.

CONTEXTE

Différentes recherches dans le monde ont analysé les refus des familles¹. Certaines raisons sont difficilement modifiables au moment du décès, par exemple les volontés de la personne décédée². Mais lorsque les volontés du défunt ne sont pas connues, les familles peuvent être influencées par la situation entourant la demande de don³, soit la personne qui fait la demande, le moment de la demande, l'endroit, la façon de faire ainsi que par différentes raisons, personnelles ou circonstancielles⁴. Au Québec, il n'y avait aucune donnée répertoriée sur le sujet.

OBJECTIF

Dresser un portrait des refus des familles au Québec.

MÉTHODOLOGIE

La recherche a été réalisée dans onze centres hospitaliers stratégiques où sont présentes des infirmières-ressources (IR), dont l'un des rôles importants est l'accompagnement des familles lors des

dons d'organes. Les données ont été compilées par les infirmières-ressources après un refus de la famille ou lors de la révision du dossier des donneurs potentiels pour l'année civile 2007 (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007). Le questionnaire utilisé pour la collecte des données portait sur le type d'approche utilisée, c'est-à-dire la personne qui fait la demande, le lieu où la demande a été faite, le moment de la demande et la présence de l'infirmière-ressource comme soutien à la famille. Le ou les motifs de refus invoqués par la famille devaient être notés ainsi que les données démographiques du donneur et du répondant.

RÉSULTATS

Au total, 103 refus ont été analysés dans les onze centres désignés. Pendant la même période, il y a eu 119 donneurs réels. Les répondants étaient principalement caucasiens et 44 % étaient le conjoint ou la conjointe du donneur. Quant aux donneurs, ils étaient le plus souvent âgés de plus de 40 ans et décédés d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

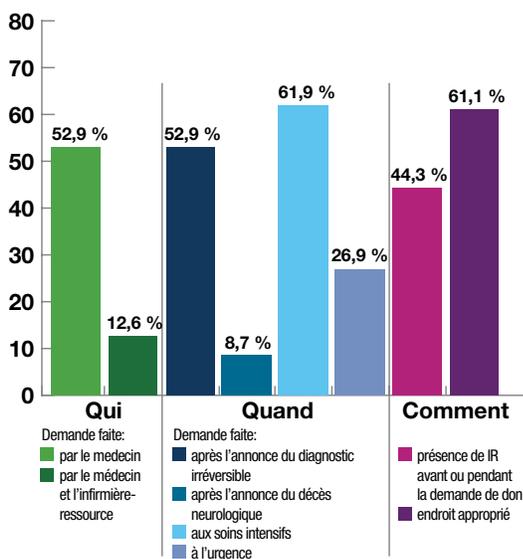
Répondant	Donneur		
Conjoint	44 %	> 40 ans	86,4 %
Caucasien	71,6 %	Homme	64,6 %
		AVC	55,4 %

L'APPROCHE

Les meilleures pratiques⁵ recommandent la présence du médecin et de l'infirmière-ressource au moment de l'annonce du décès neurologique ainsi qu'un lieu intime où la famille a la possibilité d'exprimer ce qu'elle ressent et peut recevoir le soutien d'une personne spécialisée.

Cette première étape permettra à la famille de prendre conscience de sa perte et sera suivie de la demande de don. Les données recueillies ont démontré que 52,9 % des demandes de don d'organes auprès des familles ont été faites par des médecins, 11,8 % par des résidents et 12,6 % conjointement par le médecin et l'infirmière-ressource. L'étude a mis en évidence que 25 % des demandes ont été faites à l'annonce du diagnostic irréversible et seulement 8,7 % après l'annonce du décès.

Approche utilisée



Faire la demande au moment approprié est important pour permettre à la famille de réaliser sa perte. On note que 61,9 % des demandes ont été faites aux soins intensifs, ce qui laisse à la famille un peu de temps pour faire face à la situation et 26,9 % à l'urgence. La plupart des demandes ont été faites dans un endroit approprié comme la salle réservée aux familles ou le bureau du médecin. Le soutien de la personne-ressource a été assuré avant la demande de don dans 27,4 % des cas et 16,9 % au moment de la demande de don. Dans 28,2 % des cas, l'infirmière-ressource n'était pas présente.

LES RAISONS DE REFUS

Les recherches ont mis en relief différentes raisons de refus exprimées par les familles. Certaines raisons sont reliées à des facteurs plus émotionnels entourant la demande de don comme

«Faire la demande au moment approprié est important pour permettre à la famille de réaliser sa perte.»

les circonstances du décès, le moment de la demande, la personne qui fait la demande et l'endroit de la demande. D'autres sont plus «prédisposantes» comme le fait de connaître les volontés de la personne décédée. Nous avons regroupé les raisons de refus invoquées par les familles du Québec. Une proportion des refus (36,6 %) était attribuable aux volontés de la personne décédée de ne pas faire de don d'organes ou de ne pas être maintenue artificiellement en vie. Une proportion importante de refus, soit 42 %, était reliée aux volontés de la famille lorsque les volontés de la personne décédée n'étaient pas connues : 14,5 % d'entre elles se sentaient inconfortables de devoir prendre une décision à la place de la personne décédée et 13,8 % ont exprimé des motivations personnelles, contextuelles ou familiales. En revanche, les raisons culturelles ou religieuses ont été invoquées peu souvent (8,4 %) de même que la difficulté d'accepter le décès (5,3 %).

Dans une proportion de 18,4 %, le refus était motivé par le temps d'attente imposé par les critères de décès neurologique. Nous avons constaté que les approches faites précocement, soit avant le diagnostic de décès, ont eu un impact sur la décision des familles de refuser (6,9 %) car elles ne souhaitent pas prolonger le processus alors que 11,5 % d'entre elles avaient attendu un certain temps mais ont dû se résigner en l'absence d'un décès neurologique confirmé.

Le RIIRS vous connaissez?

Le RIIRS est pour tous les infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires, physiothérapeutes, techniciens en circulation aéroscopelle, paramédicaux et québécoises retraités, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées ou sous de retraite.

Le RIIRS

- Chacun a le droit des droits de ses membres, offre des services sociaux et, par le biais d'un réseau, des services d'assistance pendant les grands événements;
- Favorise les liens entre les organismes membres et contribue des activités;
- publie l'Annuaire du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

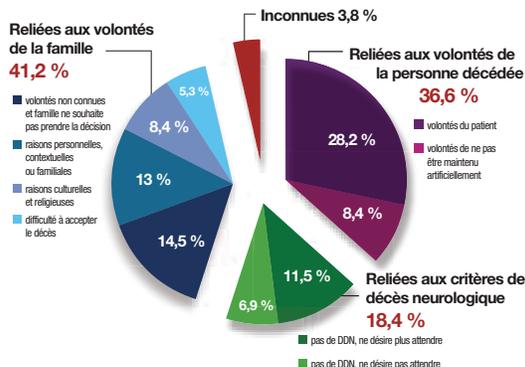
Pour vous prévenir du privilège de transfert de votre retraite vie, il est essentiel que vous devenez membre du Régime d'assurance-emploi des intervenants retraités des services de santé dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

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

Informez-vous dès aujourd'hui et nous contacter au :

Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé
 Tél. : 418 828 0981 • S.F. : 1 800 319 9519
 info@riirs.org • www.riirs.org

Approche utilisée



«...un nombre considérable de refus est relié aux volontés connues ou inconnues de la personne décédée.»

••• DDN: Diagnostic de décès neurologique

Conclusion

Cette étude démontre que la demande de don d'organes est le plus souvent faite par un médecin, aux soins intensifs, après le diagnostic d'irréversibilité du drame neurologique. Il y a un nombre significatif de refus chez les donneurs potentiels âgés de plus de 40 ans qui ont succombé à un AVC. Le respect des volontés de la personne décédée et différentes raisons souvent émotionnelles invoquées par les familles sont les principaux motifs de refus. Les familles sont souvent approchées avant la déclaration du décès neurologique et les infirmières-ressources sont peu impliquées dans les premières discussions avec la famille. Il y a un nombre considérable de refus reliés aux volontés connues ou inconnues de la personne décédée, ce qui renforce l'importance de continuer les programmes de sensibilisation de la population au don d'organes. 

Reproduit avec autorisation.

Avec la participation des infirmières-ressources des établissements suivants : Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Charles LeMoine, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Centre hospitalier de la Vallée de l'Outaouais, Centre hospitalier régional Trois-Rivières, CHA — Hôpital Enfant-Jésus, Centre hospitalier universitaire de Québec et Centre de santé et services sociaux de Chicoutimi.

Références

- MATINEZ J, LOPEZ JS, MARTIN A, MARTIN MJ, SCANDROGLIO. "Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system." *Social Science & Medicine*, 2001; 53: 405-421.
- FRUTOS MA et al. "Organ Donation: A Comparison of Donating and Nondonating Families", *Transplantation Proceedings*, 2005; 37: 1557-1559.
- RODRIGUE JR, CORNELL DL, HOWARD RJ. "Organ Donation Decision: Comparison of Donor and Nondonor Families", *American Journal of Transplantation*, 2006; 6:190-198
- SIMINOFF L, MERCER MB, GRAHAM G, BURANT C. "The Reasons Families Donate Organs for Transplantation: Implications for Policy and Practice", vol. 62, n° 4 avril 2007, p. 969-978.
- MALONEY R, WOLFELT AD. *Caring for donor families before' during and after*, 2001, Companion Press. Laguna Hills (CA), Companion Press, 2001, p. 142.
- SIMINOFF LA, GORDON N, HEWLETT J, ARNOLD RM. "Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation". *JAMA* 2001; 286: 71-77.

L'inhalothérapeute : un partenaire de premier plan pour Québec-Transplant

Si le refus de la famille est un facteur déterminant pour que le don puisse se réaliser comme vous avez pu le constater dans l'étude ci-dessus, la première étape importante du processus est l'identification du donneur potentiel. Car aucune transplantation ne peut se réaliser si les donneurs ne sont pas identifiés.

De par sa position stratégique dans le maintien respiratoire des patients, l'inhalothérapeute peut contribuer à l'identification des donneurs potentiels d'organes. Comme le décès neurologique implique la perte du réflexe respiratoire à la suite d'une atteinte neurologique grave, tous les donneurs d'organes doivent être maintenus sous respirateur. Certains centres hospitaliers utilisent même l'inhalothérapeute comme « élément déclencheur » de cette chaîne menant au don d'organes.

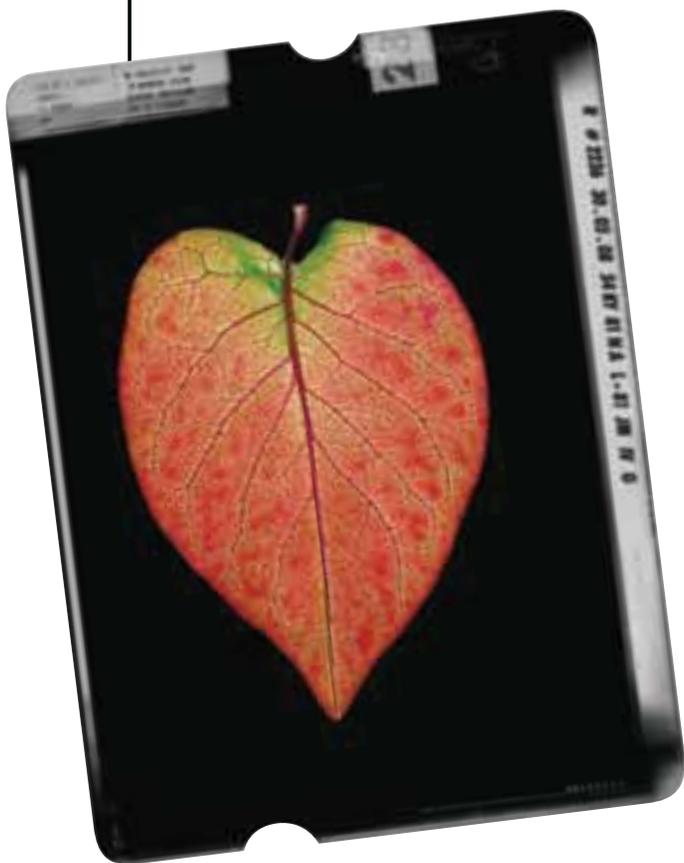
Le rôle de l'inhalothérapeute est aussi important dans le maintien respiratoire de ces patients afin d'assurer la stabilité hémodynamique du donneur et d'augmenter le nombre de dons de poumons. Les dons d'organes sont rares et la liste des personnes en attente d'une greffe pulmonaire augmente. Au Québec, au 31 décembre 2008, 82 personnes étaient en attente de 1 ou de 2 poumons alors qu'en 2000, elles étaient 35 et 70 en 2005. Six personnes sont décédées en 2008 durant l'attente de ce précieux don. Même si ce sont des décès de trop, leur nombre toutefois se maintient d'année en année. Les poumons ont pu être prélevés chez près du quart des donneurs et 26 personnes au Québec ont pu bénéficier d'une greffe de poumon.

Pour en savoir plus long sur le don d'organes, consultez le site www.quebec-transplant.qc.ca. De plus, Québec-Transplant offre depuis plusieurs années des formations dans les établissements d'enseignement et en milieu hospitalier. Pour des présentations adaptées à vos besoins, vous pouvez contacter le responsable de la formation, monsieur Hugues Villeneuve au 514-286-1414, poste 213.

Comme professionnel de la santé, nous pouvons changer le cours des choses.

Ensemble, nous pouvons permettre à la vie de se poursuivre...

Ensemble, nous pouvons sauver des vies!



On a besoin de sang neuf

Nous cherchons des gens qui ont du cœur

Vous cherchez à partager un fort sentiment de fierté et d'appartenance. Vous cherchez à relever le défi de travailler dans un établissement de grande envergure affilié à l'Université de Montréal. Vous cherchez à vous épanouir au sein d'une équipe qui soutiendra votre développement professionnel. Alors, c'est vous que nous cherchons.

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Inhalothérapeutes

Plusieurs postes à temps complet et partiel

Secteurs couverts par les inhalothérapeutes et incluant la possibilité de participer à des projets de recherche :

- Clinique de la douleur
- Clinique d'enseignement de l'asthme (adultes et enfants)
- Clinique de polysomnographie
- Laboratoire de physiologie respiratoire
- Néonatalogie et pédiatrie
- Salles d'opération
- Soins à domicile
- Soins intensifs
- Urgence

EXIGENCES

Membre de l'OPIQ et DEC en techniques d'inhalothérapie et d'anesthésie.

Pour tout renseignement additionnel, veuillez communiquer directement avec **M^{me} Sylvie Martel**, coordonnatrice du recrutement, DSM, au **514 252-3400, poste 6388**.

Pour une description détaillée des postes :
besoindevous.qc.ca

Direction des ressources humaines
5415, boulevard de l'Assomption, Montréal QC H1T 2M4
Télé. : 514 252-3833 • dotation.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Pandémie de grippe

Sommes-nous prêts ?

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

Source: *L'actualité médicale*, Vol. 30, N° 7, 25 mars 2009, p. 4-11.

Une pandémie de grippe semble inévitable et pourtant l'ensemble des acteurs mondiaux n'est pas bien préparé pour y faire face. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la prochaine pandémie touchera environ 25 % de la population mondiale, que le taux d'absentéisme atteindra 35 % ou plus et que les hôpitaux et les centres de soins seront incapables de répondre aux besoins de millions de personnes nécessitant des soins médicaux. Au Canada, plus de 10 millions de personnes pourraient être infectées en cas de pandémie, dont 2,6 millions au Québec. Les répercussions économiques surpasseront probablement ce que la plupart des entreprises et des chefs de gouvernements d'Amérique du Nord ont imaginé ou ce à quoi ils se sont préparés.

A flu pandemic seems unavoidable yet the international community is ill-prepared to face it. The World Health Organization (WHO) estimates that the next pandemic will touch 25% of the world population, that absenteeism level will reach 35% or more and that hospitals and health centres will be unable to care for the millions of people needing medical help. In Canada, more than 10 million people could become infected in case of a pandemic, 2.6 million in Quebec alone. The repercussions to the economy would probably surpass what most businesses and North American heads of state have imagined or are expecting.

Épidémie versus pandémie

Le Dr Weiss explique d'entrée de jeu la différence entre épidémie et pandémie. La première survient dans un espace géographique localisé, alors que la seconde est un événement à l'échelle planétaire qui touche au moins trois continents.

Glissement antigénique

À l'origine de l'épidémie, on parle de « glissement antigénique » (figure 1), soit un changement graduel du virus occasionné par une série de mutations, de substitutions ou de délétions des acides aminés constituant les antigènes de surface que sont l'hémagglutinine (HA) et la neuraminidase (NA).

Ces nouvelles souches antigéniques d'influenza domineront alors pour une période de deux à cinq ans, puis seront remplacées par une nouvelle souche émergente (Cox NJ et Fukuda K. *Infect. Dis. Clin. North Am.* 1998; 12: 27-38). La formation d'un nouvel ensemble d'anticorps chez l'hôte finira par protéger la population,

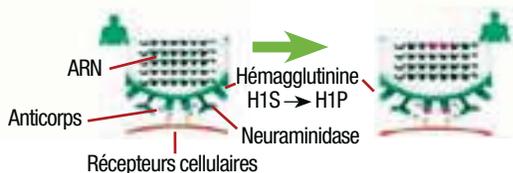
mais ce mécanisme exerce aussi une pression sélective sur le virus qui l'amène à muter de nouveau (Laver WG et coll. *Sci. Am.* 1999; 280: 78-87). L'OMS et les *Centers for Disease Control and Prevention*, aux États-Unis, surveillent continuellement ces changements. Le glissement antigénique explique donc les épidémies saisonnières et c'est ce qui rend nécessaire un nouveau vaccin à chaque année.

Cassure antigénique

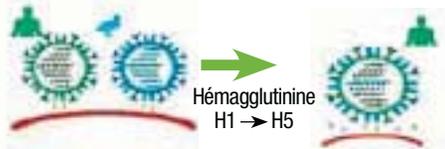
Alors que les épidémies d'influenza surviennent chaque année, les pandémies se manifestent tous les 10 à 40 ans environ. Elles sont causées par un changement brusque de la structure des protéines de surface de l'influenza A (voir encadré *Virologie 101*). Ce processus, appelé « cassure antigénique » (figure 1), favorise l'émergence d'un virus nouveau contre lequel la population humaine ne possède pas d'immunité naturelle. Des réassortiments géniques peuvent se produire lorsque deux virus d'espèces différentes infectent le

Figure 1 L'origine d'une pandémie

Glissement antigénique



Cassure antigénique



Source: MURPHY BR, WEBSTER RG. *Orthomyxoviruses*. 1996.

même hôte. Il en résulte la création d'une hémagglutinine et/ou d'une neuraminidase entièrement nouvelles (Riedel S. *Proc. [Bayl. Univ. Med. Cent.]* 2006; 19: 16-20). Cet événement peut être une cause importante de mortalité et de morbidité, puisqu'il n'existe pas d'immunité humaine contre la nouvelle combinaison HN. Moins fréquentes donc que les glissements antigéniques, les cassures antigéniques ont cependant un effet beaucoup plus grave puisqu'elles peuvent provoquer une pandémie. Seule l'influenza A a été liée aux pandémies, bien que les épidémies inter-pandémiques puissent être causées par des virus de type A et de type B.

Quelques données

Selon l'OMS (cf. www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic10things/fr/index.html), trois pandémies sont survenues au cours du siècle dernier, causant un nombre important de décès :

1. 1918-1919 : pandémie de grippe espagnole (H₁N₁) ; plus de 30 millions de décès
2. 1957-1958 : pandémie de grippe asiatique (H₂N₂) ; un million de décès
3. 1968-1969 : pandémie de grippe de Hong Kong (H₃N₂) ; 800 000 décès

«Alors que les épidémies d'influenza surviennent chaque année, les pandémies se manifestent tous les 10 à 40 ans environ.»

Plus récemment, l'apparition du virus de la grippe aviaire, influenza de type A (souche H₅N₁), a soulevé des inquiétudes dans la communauté médicale et les services de santé publique de nombreux pays (les virus de l'influenza aviaire sont des sous-types qui infectent principalement les oiseaux, bien qu'ils puissent infecter sporadiquement les humains).

Premier cas humain

Le premier cas chez un humain a été décelé à Hong Kong en 1997. En peu de temps, 18 cas d'infection au H₅N₁ chez les humains ont été confirmés, tous à Hong Kong. Le mode principal de transmission était le contact direct avec les oiseaux infectés. Entre 2003 et janvier 2008, 348 cas de grippe aviaire ont été confirmés, dont 216 décès. Le Dr Weiss souligne que le nombre de pays touchés par le H₅N₁ a considérablement augmenté depuis 2002, alors que le virus était confiné à deux ou trois pays de l'Asie. Depuis, les cas de grippe aviaire ont été signalés à l'OMS dans les pays suivants : Azerbaïdjan, Cambodge, Chine, Djibouti, Égypte, Indonésie, Iraq, Laos, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Thaïlande, Turquie et Vietnam.

Un virus évolutif

Par ailleurs, poursuit le Dr Weiss, les zones géographiques atteintes, tant au niveau humain que des oiseaux, se sont également étendues. Ce qui veut dire que la probabilité que le virus vienne en contact avec les humains et qu'il s'adapte à l'espèce humaine en général continue d'augmenter. Le virus est peut-être encore mal adapté à l'espèce humaine, mais il l'est certainement mieux qu'il l'était il y a 15 ans.

Le H₅N₁ est donc pour le moment un virus de l'influenza aviaire, mais il est pathogénique chez les humains. Pour cette raison, la propagation de H₅N₁ fait l'objet d'une étroite surveillance pour

 **plan stratégique 2007-2011**

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

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

 **“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: info@rcrpro.ca
rcrpro.ca

Membre de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur

« [...] la propagation de H_5N_1 fait l'objet d'une étroite surveillance pour déceler les signes de transmission d'humain à humain. »

- déceler les signes de transmission d'humain à humain. La souche H_5N_1 provoque une détérioration rapide de la santé des personnes infectées, notamment une pneumonie virale et une défaillance polyviscérale. Elle est associée à un taux élevé de mortalité (60 % des personnes infectées par le virus lors de l'écllosion actuelle sont décédées, enfants et jeunes adultes pour la plupart).

Vers une nouvelle pandémie?

La souche H_5N_1 du virus de la grippe aviaire répond déjà aux deux premiers critères des trois communément utilisés pour caractériser une pandémie de grippe :

1. Apparition d'une nouvelle souche du virus de la grippe
2. Propagation du virus de l'oiseau à l'humain
3. Transmission efficace du virus d'un humain à l'autre, le critère qui précède la déclaration d'une pandémie par l'OMS.

Les virus de la grippe appartiennent à la famille des orthomyxovirus. Il en existe trois types : influenza A, B et C. Ces désignations se rapportaient à l'origine aux classes d'anticorps réperandant aux virus, mais elles sont maintenant également rattachées aux différences génétiques liées aux capsides et aux nucléoprotéines respectives des trois types de virus. Le type (A, B ou C) est la première partie importante du nom du virus. Vient ensuite le sous-type, qui désigne la classe générale des protéines de surface. Ainsi, le virus de la grippe renferme notamment deux glycoprotéines : l'hémagglutinine (HA) et la neuraminidase (NA).

Figure 2
Sous-types d'hémagglutinine du virus de l'influenza A

Sous-type	Humain	Porc	Cheval	Oiseau
H1	●	▼		◆
H2	●			◆
H3	●	▼	■	◆
H4				◆
H5	●			◆
H6				◆
H7			■	◆
H8				◆
H9	●			◆
H10				◆
H11				◆
H12				◆
H13				◆
H14				◆
H15				◆

Source : Adapté de LEVINE AJ. *Viruses*. 1992; 165 (avec permission)

Figure 3
Sous-types de neuraminidase du virus de l'influenza A

Sous-type	Humain	Porc	Cheval	Oiseau
N1	●	▼		◆
N2	●	▼		◆
N3				◆
N4				◆
N5				◆
N6				◆
N7			■	◆
N8			■	◆
N9				◆

Source : Adapté de LEVINE AJ. *Viruses*. 1992; 165 (avec permission)

Comme celles-ci sont situées à la surface du virus, le système immunitaire peut les reconnaître et fabriquer des anticorps contre elles. Il existe 15 formes différentes (allèles) de glycoprotéines HA et 9 de NA. Désignées H1 à H15 et N1 à N9, elles sont à la base des différents sous-types de virus de l'influenza. Un même sous-type d'influenza A peut être présent chez plusieurs hôtes (figure 2). Ainsi, le sous-type H3 infecte à la fois les humains, les porcs, les chevaux et les oiseaux. De même, les sous-types N1 et N2 se retrouvent chez l'humain, le porc et l'oiseau (figure 3). Le virus de la grippe aviaire (H_5N_1) appartient au type A. Les trois types de virus de la grippe infectent les humains, mais le type A est celui qui cause les pandémies d'influenza.

Le virus se transmet soit par contact direct ou indirect, soit par les gouttelettes (particules de 3 à 5 microns en suspension dans l'air) lorsqu'une personne infectée parle, éternue ou tousse.

Figure 4 Transmission du virus de l'influenza

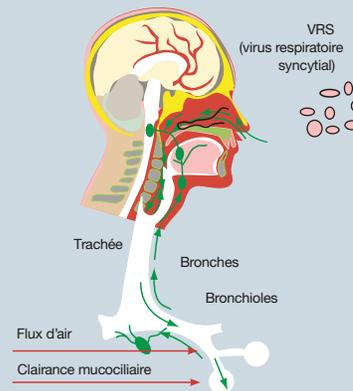
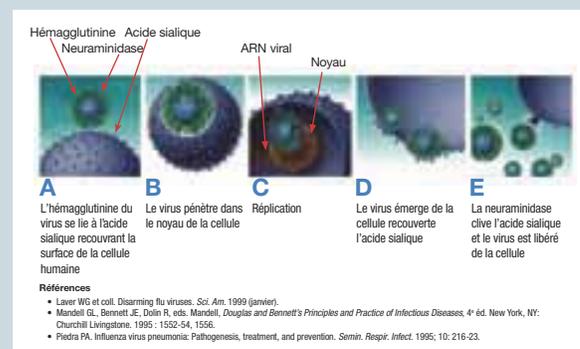


Figure 5 Pathologie de l'infection grippale



À cet égard, l'OMS dispose d'une classification d'alerte, comprenant initialement six niveaux. Selon celle-ci, nous sommes actuellement au niveau 3. « La marche entre les niveaux 3 et 4 est très élevée, souligne le D^r Weiss. Mais à partir du moment où l'on passe au niveau 4, il risque d'y avoir un phénomène d'accélération vers les autres niveaux. De fait, à partir du niveau 4, on sait qu'il y a transmission interhumaine. » Cette transmission pourrait être facilitée par les voyages aériens fréquents, l'urbanisation et le surpeuplement des villes. Pour le moment, le virus ne répond pas à ce dernier critère, mais on craint qu'une mutation lui confère la possibilité d'infecter plus facilement l'humain et de se propager d'une personne à l'autre. Actuellement, H₅N₁ est le virus le plus préoccupant, mais d'autres virus pourraient causer une pandémie.

Tableau 1 Classification d'alerte de l'OMS

Phase interpandémique	Faible risque de cas déclarés chez l'humain
Nouveau virus chez l'animal, mais sans cas déclarés humains	Risque élevé de cas éventuels chez l'humain
Nouveau virus causant des cas déclarés chez l'humain	Preuve d'accroissement de la transmission entre humain Preuve de transmission significative entre humains
Pandémie	Transmission efficace et soutenue entre humains

Selon les estimations de l'OMS, la prochaine pandémie devrait provoquer quelque deux à sept millions de décès dans le monde. L'Agence de la santé publique du Canada estime qu'en cas de pandémie de grippe, il y aurait entre 4,5 et 10,6 millions de Canadiens (soit 15 % à 35 % de la population) qui tomberaient malades. Parmi eux, de 2 à 5 millions requerraient des soins de santé en consultation externe, quelque 34 000 à 138 000 personnes devraient être hospitalisées et les pertes de vie se chiffraient à entre 11 000 et 58 000 personnes.

Un taux de mortalité élevé

Le D^r Weiss rappelle qu'au cours d'une année normale, le taux de mortalité associée à l'influenza est de 0,1 % environ. Comparativement, la mortalité lors d'une pandémie est de 1 % à 2 %, soit 10 à 20 fois plus. Il rappelle aussi que les complications liées à la grippe, telles que la pneumonie, doivent être prises en compte dans le traitement pour limiter la mortalité. Ainsi, dans le contexte de la Première Guerre mondiale, au cours de l'année 1917-18, les soldats infectés par le virus de l'influenza mouraient souvent de pneumonie, puisqu'on ne connaissait pas encore les antibiotiques. Aujourd'hui, un des problèmes qui pourraient survenir dans un hôpital serait de manquer rapidement d'antibiotiques pour traiter les complications de l'influenza; même si l'on dispose de médicaments en quantité suffisante pour combattre celle-ci.

Une propagation rapide

Le prochain virus pandémique pourrait toucher le Canada dans les trois mois suivant son apparition. Le délai pourrait en fait être plus court en raison du volume et de la rapidité des voyages aériens internationaux. À titre d'exemple, il n'a fallu que 24 heures au virus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) pour se propager d'un hôtel de Hong Kong au Canada. Le SRAS est l'exemple le plus récent d'une maladie infectieuse importante associée à un risque de pandémie à avoir touché le Canada. De novembre 2002 à juillet

«[...] un des problèmes qui pourraient survenir dans un hôpital serait de manquer rapidement d'antibiotiques pour traiter les complications de l'influenza.»

2003, plus de 8000 personnes ont été infectées par le SRAS dans le monde et 774 en sont décédées, dont 44 au Canada.

Une maladie communautaire

Malgré le danger associé à cette infection, les personnes touchées par le SRAS ne devenaient contagieuses que de 2 à 7 jours (quelquefois même 10 jours) après l'apparition des symptômes. Puisque les symptômes précédaient l'infection, le SRAS s'est peu répandu dans la communauté et les mesures de quarantaine adoptées ont été efficaces. Par contre, le virus de la grippe est une maladie communautaire, ce qui signifie que les personnes infectées deviennent contagieuses la veille de l'apparition des symptômes et le demeurent pendant sept jours. Pour cette raison, la grippe se propage très rapidement, en particulier dans les fortes concentrations de population.

Se préparer à la menace...

La liste de contrôle de l'OMS pour la planification préalable à une pandémie de grippe (www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluCheck_F4web.pdf) recommande que les plans de préparation comprennent :

1. La préparation à une situation d'urgence (incluant entre autres l'évaluation des risques, la communication et les questions juridiques et éthiques)
2. La surveillance (interpandémique, renforcée et pendant la pandémie)
3. L'examen et le traitement des cas (incluant notamment les capacités diagnostiques et la disponibilité des laboratoires)
4. La prévention de la propagation de la maladie dans la communauté (mesures de santé publique, programmes de vaccination, prévention par les antiviraux)
5. Le maintien des services essentiels
6. La recherche et l'évaluation
7. L'application, la mise à l'essai et la révision du plan.

...pour réduire le risque de pandémie de grippe

Il n'existe aucune méthode efficace pour éviter le risque de pandémie. Les gouvernements peuvent planifier stratégiquement et adopter diverses mesures d'atténuation telles que la prévention des infections, l'usage de masques et de vêtements conçus pour protéger les travailleurs de la santé contre l'infection, la conception d'un vaccin et l'utilisation préventive d'antiviraux. Voyons quelques éléments propres à ces mesures.

...

«L'efficacité du masque = efficacité du filtre + étanchéité au visage»

••• Les masques

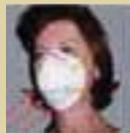
Pour ce qui est des masques, la norme actuellement recommandée pour la protection contre une grande variété d'agents infectieux aéroportés est un demi-masque à filtre particulière certifié N95 ou mieux (N, R ou P, 99 ou 100) par le *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) (figure 6). Le masque N95 doit pouvoir filtrer 95 % des particules de 0,3 micron. Pour bien protéger l'utilisateur, le masque doit être correctement ajusté, de façon à former un lien étanche avec son visage (voir la différence avec le masque médical, figure 7). Cette étanchéité évite que l'air contaminé s'infilte à l'intérieur du masque et soit inhalé. L'égalité suivante résume les caractéristiques fonctionnelles du masque : efficacité du masque = efficacité du filtre + étanchéité au visage.

Par ailleurs, les appareils de protection respiratoire requièrent des essais d'ajustement (*fit tests*), qualitatifs ou quantitatifs, qui permettront de sélectionner le modèle, la taille et le type d'équipement approprié à un individu. Au Québec, ces essais se font conformément à la norme CSA Z94.4-93. Les essais sont généralement de type qualitatif (plus rapides, peu chers, mais moins fiables) et/ou, moins fréquemment, de type quantitatif (plus précis). Idéalement, les essais pour s'assurer de l'étanchéité des masques sont effectués au moins une fois l'an par la suite, ou lorsqu'un changement d'appareil de protection respiratoire est nécessaire.

Figure 6 Masque médical vs masque N95



- Protection du patient contre les projections de salive (gouttelettes) émises par le personnel soignant
- Protection du soignant contre des éclaboussures de fluides biologiques contaminés d'un patient au cours d'un acte de soin ou de chirurgie
- Inefficace contre la contamination aérienne
- N'est pas étanche au visage



- Protection du soignant contre les risques de contamination aérienne (infections)
- Filtre les très petites particules impliquées dans la transmission par voie aérienne (bioaérosol)

Figure 7 Caractéristiques du demi-masque jetable N95



- 2 types de masque N95 de la banque provinciale — MSSS Pandémie influenza

Les vaccins

Sur le plan du vaccin, la conception d'un nouveau vaccin efficace contre la souche du virus de la grippe pandémique en circulation pourrait prendre entre cinq et six mois selon l'OMS. De plus, il faudrait de 6 à 12 mois pour produire un nombre suffisant de vaccins pour protéger tous les Canadiens. À l'échelle mondiale, les capacités de production actuelles ne pourraient répondre à la demande prévue en cas de pandémie. Puisque le vaccin doit correspondre étroitement au virus, il est clair que la production commerciale à grande échelle ne peut débuter avant que le nouveau virus n'ait émergé et qu'une pandémie ait été déclarée.

Les antiviraux

Reste l'utilisation préventive des antiviraux, une mesure qui, selon les experts, peut limiter une pandémie à sa source ou, du moins, ralentir la propagation du virus. Cela laisserait plus de temps aux autorités pour mettre en place des mesures d'urgence et accroître la quantité de vaccins offerts. Une récente étude (Gani R et coll. *Emerg. Infect. Dis.* 2005; 11(9): 1355-62) a ainsi montré qu'une réserve d'antiviraux couvrant 56 % de la population, utilisée pour traiter les personnes infectées et prévenir la maladie chez les personnes en contact étroit avec les cas de référence, pourrait réduire de 66 % le taux d'attaque clinique du virus, la morbidité et la mortalité. De plus, selon le *Toronto Academic Health Sciences Network*, il n'est pas possible de maîtriser une éclosion de grippe uniquement en traitant les cas de grippe à mesure qu'ils surviennent.

À l'heure actuelle, les antiviraux constituent le seul traitement médical qui s'est avéré efficace contre les souches pandémiques actuelles de grippe qui ont été évaluées. Mais la fabrication d'antiviraux est un processus complexe qui demande des mois de travail. Par conséquent, se fier sur une production rapide d'antiviraux une fois la pandémie déclarée ne constitue pas une solution viable. L'accumulation d'antiviraux à l'avance constitue donc le seul moyen de s'assurer que l'on dispose d'une réserve suffisante aux fins de prévention et de traitement.

Un plan de préparation et d'intervention d'urgence

Une stratégie axée sur la prophylaxie (avant ou après l'exposition à la maladie) est essentielle, si l'on veut arrêter la transmission du virus d'une personne à l'autre et ainsi résorber et contrôler l'éclosion de grippe. Qu'en est-il de cette stratégie au Canada ?

Plan canadien

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* (www.planpandemie.gc.ca), élaboré de concert par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a pour objectifs de 1) réduire la morbidité grave et la mortalité en général et 2) réduire au minimum les perturbations sociales résultant d'une pandémie d'influenza au sein de la population canadienne.

Le plan comprend des activités de prévention, telles que des programmes de surveillance et l'établissement d'une infrastructure pour la fabrication de vaccins et l'accumulation de réserves d'antiviraux. Toutefois, le plan canadien actuel ne fait aucune mention de l'utilisation des antiviraux en prophylaxie. La dernière version du plan (2006) indique qu'en attendant la réalisation d'autres études et analyses, la réserve nationale d'antiviraux ne sera utilisée qu'aux fins de traitement seulement. À l'heure actuelle, la réserve a été

portée à 55 millions de doses, soit une quantité suffisante pour traiter 5,5 millions de Canadiens (environ 18 % de la population). Aucune mesure d'utilisation d'antiviraux en prophylaxie n'est considérée pour le moment dans quelque groupe de personnes que ce soit, y compris les travailleurs de la santé.

Les autres pays du G7

Tous les autres pays du G7 ont accumulé une réserve d'antiviraux suffisante afin d'assurer une certaine utilisation préventive, en plus du traitement. Ainsi, le Royaume-Uni dispose d'une réserve d'antiviraux suffisante pour le traitement et la prévention de la maladie chez 50 % de sa population. En France, la réserve couvre 55 % de la population avec une intervention en prophylaxie « au besoin ». En Australie, la protection (traitement et prophylaxie) s'étend à 43 % de la population. Aux États-Unis, la protection touche 27 % de la population avec prophylaxie après exposition pour les membres des foyers du cas de référence. Le Canada, quant à lui, occupe l'avant-dernier rang en termes de quantité d'antiviraux accumulés.

Plan nord-américain

Le *North American Plan for Avian and Pandemic Influenza* considère que la participation des gouvernements à tous les niveaux est vitale en prévision d'une pandémie de grippe et

d'influenza aviaire. Le plan se concentre sur le maintien des déplacements, des services et du transport des marchandises entre les frontières durant une pandémie tout en protégeant les citoyens. Ultimement, le milieu des affaires doit aussi agir et mettre en place ses propres mesures thérapeutiques et préventives afin de limiter l'impact économique. En l'absence de telles mesures, on prévoit des conséquences financières potentielles en raison de l'interruption des opérations et des chaînes d'approvisionnement, de la fluctuation des principaux fournisseurs et de la diminution de demande chez les clients.





**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.

**LA RÉSIDENCE
HÔPITAL CLÉMENTE**

HÔPITAL DE LA SANTÉ RESPIRATOIRE

LEED OR

**AU CŒUR
DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

De par son caractère novateur dans les domaines de la pneumologie et de l'inhalothérapie, La Résidence Hôpital Clémentine est un futur hôpital pour les gens qui ont des problèmes de respiration et une unité de recherches scientifiques.

- Prévention facile et efficace contre les infections pulmonaires
- Des salles d'opérations équipées des derniers technologies
- 24 unités des soins et 5 salles d'intervention soignées chambre-appartements
- qualité d'air d'une salle d'opération dans chaque unité (MERV-17) isoler les unités des autres
- Ascenseur - Grande salle à manger
- 5 salles d'exercices
- Prêt à être complété selon les besoins des spécialistes



Alors, vous êtes **Inhalothérapeutes**, Médecins, Docteurs, Chercheurs, Intervenants de la santé, Cliniques privées, Services parapublics, universitaires

Idéal pour partenariat public-privé en santé ou hôpital pulmonaire privé.

Résidence Hôpital Clémentine est à votre disposition.

RENSEIGNEMENTS
Bernard Peirier
819 664-1971 / 819 568-0066
www.residenceclementine.com

Mon plaisir pour votre bien-être

Varénicline ou timbre de nicotine pour la cessation tabagique : une première étude comparative directe

par **Yves Gagnon**, résident 1 en médecine familiale, en collaboration avec le Dr Michel Cauchon

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 30, N° 10, 6 mai 2009, page 38.

Article de référence : AUBIN, HJ. BOBAK, A. BRITTON, JR et coll. "Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation : results from a randomised open-label trial", *Thorax* 2008 ; 63:717-24.

résumé

Objectifs

Comparer l'efficacité et l'innocuité d'un traitement de varénicline de 12 semaines à celles d'un traitement à l'aide de timbres de nicotine pendant 10 semaines pour l'arrêt tabagique.

Conception

Essai clinique randomisé ouvert.

Contexte

Des patients motivés à arrêter de fumer ont été recrutés dans des cliniques de cessation tabagique ou par une publicité dans 24 centres en Europe et aux États-Unis entre janvier 2005 et juin 2006.

Participants

Les patients étaient des fumeurs d'au moins 15 cigarettes par jour n'ayant pas eu de période d'abstinence importante au cours de la dernière année. Ils étaient âgés de 18 à 75 ans, en bonne santé et n'avaient pas d'autres dépendances.

Interventions

Parmi 957 patients admissibles, 757 ont été randomisés dans deux groupes : varénicline (n = 378) et timbres de nicotine (n = 379), selon les posologies usuelles. Tous ont reçu un bref counseling et un livret éducatif à la première visite. Des relances téléphoniques et un suivi périodique ont eu lieu.

Principales mesures de résultats

La mesure principale est l'abstinence continue pendant les quatre dernières semaines de traitement rapportée par le patient et confirmée par une mesure du CO exhalé (10 ppm ou moins).

Les mesures secondaires étaient : l'abstinence continue des quatre dernières semaines de traitement jusqu'à la semaine 24 et jusqu'à la semaine 52 ; l'abstinence pendant une semaine dans les

7 jours précédant la fin de la période de traitement à 24 semaines et à 52 semaines ; le besoin urgent de fumer, les symptômes négatifs (humeur dépressive, irritabilité, anxiété, difficultés de concentration), l'agitation, l'insomnie et l'appétit évalués par le *Minnesota Nicotine Withdrawal Scale* (MNWS) ; la satisfaction de fumer, la récompense psychologique, la réduction du besoin, les sensations respiratoires agréables et l'aversion mesurées par le *Modified Cigarette Evaluation Questionnaire* (mCEQ) ; les effets secondaires.

Résultats

L'abstinence continue pendant les quatre dernières semaines de traitement a été de 55,9 % avec la varénicline et de 43,2 % avec le timbre (rapport de cotes [RC] 1,70 ; IC 95 % 1,26-2,28). À six mois, l'abstinence continue a été de 32,4 % avec la varénicline et de 27,3 % avec le timbre (RC 1,29 ; IC 95 % 0,94-1,77). À un an, l'abstinence continue a été de 26,1 % avec la varénicline et de 20,3 % avec le timbre (RC 1,40 ; IC 95 % 0,99-1,99).

Le MNWS a été utilisé chez tous pour les sept premières semaines de traitement. La différence entre les deux groupes était significative en faveur de la varénicline pour tous les symptômes sauf l'insomnie et l'appétit. Le mCEQ a été utilisé pour les sept premières semaines chez les individus ayant rapporté avoir fumé depuis le dernier questionnaire rempli. La différence entre les deux groupes était significative en faveur de la varénicline pour tous les symptômes sauf l'aversion.

Les nausées et les céphalées ont été significativement plus fréquentes dans le groupe varénicline. L'abandon de traitement en raison d'effets secondaires a été plus élevé dans le groupe varénicline (8,0 % vs 4,3 %) que dans celui des timbres. De plus 0,5 % des personnes du groupe varénicline ont eu des effets secondaires graves (dépression et idées suicidaires).

Conclusion

La varénicline est supérieure au timbre de nicotine en termes de pourcentage d'abstinence à court terme et de maîtrise des symptômes de sevrage, mais elle est moins bien tolérée.

Pertinence de l'étude

La cessation tabagique est un enjeu de santé crucial. Le timbre de nicotine est un traitement de première intention efficace et sécuritaire. La varénicline est un médicament relativement nouveau, bien toléré et qui a démontré sa supériorité par rapport au bupropion¹. Comment se compare-t-elle au timbre de nicotine ?

Importance des résultats

L'utilisation de varénicline accroît les chances d'être abstinent durant les quatre dernières semaines de traitement par rapport à l'emploi des timbres (RC 1,7). Le nombre de patients à traiter dans le groupe varénicline pour avoir un abstinent de plus qu'avec le timbre (NNT) est d'environ huit. Toutefois, le pourcentage d'abstinence continue à six mois et à un an ne diffère pas de façon statistiquement significative entre les deux traitements.

Dans le groupe varénicline, 8 % ont abandonné le traitement en raison d'effets secondaires contre 4 % dans le groupe timbres de nicotine. Ainsi, une personne de plus cesse le traitement à cause d'effets secondaires pour chaque groupe de 25 personnes traitées (NNH) par la varénicline par rapport aux timbres de nicotine.

Critique de la méthodologie

Il s'agit d'un essai clinique qui présente certaines limites méthodologiques. Le processus de randomisation et d'assignation est explicite et approprié. Les groupes étudiés sont comparables.

Les patients sont des fumeurs motivés en bonne santé physique et psychique. Ils sont âgés en moyenne de 43 ans, fument au moins 15 cigarettes par jour depuis 25 ans et ont déjà essayé de cesser de fumer dans plus de 85 % des cas. Fait important à souligner : la moitié des participants avaient déjà utilisé un timbre de nicotine. L'analyse a également été faite selon le respect du protocole et a donné des résultats similaires.

Les participants avaient des séances de counseling antitabac individuelles lors des visites hebdomadaires et des suivis téléphoniques répétés ; ce qui peut faire surestimer l'efficacité des traitements. De plus, l'emploi de rapports de cotes plutôt que de risques relatifs tend à « amplifier » quelque peu les résultats. Les principaux points faibles de l'étude sont l'absence d'insu et le pourcentage élevé d'abandon. Quelque 83 % des patients sous varénicline et 80 % de ceux sous timbres ont complété la phase active de traitement. Toutefois, seulement 66 % sous varénicline et 62 % sous timbre ont complété l'étude. Les patients qui n'ont pas terminé l'étude ont été considérés comme des fumeurs, ce qui peut avoir désavantagé le groupe timbres de nicotine.

L'analyse a été faite en respectant le groupe d'assignation des participants selon l'intention de traitement modifiée (participants ayant reçu au moins une dose).

Mise en perspective selon l'état des connaissances

Une méta-analyse² conclut à la supériorité de la varénicline par rapport aux timbres de nicotine sur la base d'une comparaison indirecte. Un avis récent (6 janvier 2009) de Santé Canada rapporte

que « certains utilisateurs ont éprouvé des sensations inhabituelles d'agitation, de dépression ou d'hostilité, des changements de comportement, de l'impulsivité ou des pensées troublantes d'autodestruction ou d'agressivité ».

Contribution à la prise de décision clinique

Selon cette étude, la varénicline est un peu plus efficace à court terme que le timbre de nicotine, mais est moins bien tolérée ; elle comporte toutefois certaines limites méthodologiques d'importance. 

Échelle de confort décisionnel



Références

- GONZALES D, RENNARD SI, NIDES MA, ONCKEN C, AZOULAY S, BILLING CB et coll. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*, juillet 2006 ; 296:47-55.
- WU P, WILSON K, DIMOULAS P, MILLS EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 2006 ; 6:300.
- Bulletin des effets indésirables*, Santé Canada, 13 juin 2008 ; site Web : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/_2008/champix_hpc-cps-fra.php

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL	BM enr.
---------------------------------------	----------------

Perfectionnement
en milieu hospitalier

Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.

Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps.

Nous traitons des sujets variés, par exemple :

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

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

Brigitte Morin

Inhalothérapeute
Bac en enseignement professionnel
Tél. : (418) 824-3430
morin.brigitte@videotron.ca

Apprendre ou réviser en ligne les arythmies cardiaques et la réanimation cardiorespiratoire avancée (ACLS) ... du rêve à la réalité ou du réel au virtuel !

par **Marise Tétrault**, inh., coordonnatrice au développement professionnel - OPIQ

Comme vous la savez, la formation en ligne est devenue très tendance au fil du temps et des ans puisqu'elle facilite la transmission de savoirs professionnels, et ce, sans réel besoin de déplacement ni d'obligation de réunir le formateur et les participants. Cependant, malgré les avantages indéniables reliés à ce type de formation très contemporain, il apparaît évident que

la formule en ligne ne peut convenir à tous les sujets de formation. En effet, si le savoir formel et tacite est une matière virtuellement transmissible, les compétences liées au savoir-faire et au savoir-être s'avèrent plus difficiles à acquérir et surtout à évaluer en ligne. À cet égard, une formation portant sur la réanimation cardiorespiratoire en constitue le parfait exemple.

L'OPIQ est fier de proposer, dès cet été, un modèle de formation hybride, complet, unique et exclusif à ses membres, et ce, en utilisant le *campusopiQ* comme principal vecteur des notions théoriques essentielles.

Ainsi, en partenariat avec M^{me} Marie Boisclair, inhalothérapeute et récipiendaire du concours *Place à la relève 2008*, des docteurs Alain Labrecque et Michel Beauvais, anesthésiologistes et maîtres-instructeurs de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ), il vous sera possible d'apprendre ou de réviser, d'une part, l'électrocardiographie et les arythmies cardiaques (formation OPIQ-303) et d'autre part, les chapitres relatifs aux arythmies du cours de réanimation cardiorespiratoire avancée (formation OPIQ-304). Par ailleurs, ceux qui le désireront et qui auront satisfait toutes les exigences parallèles de la formation recevront une certification (ou recertification) de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ).

Vos intentions et vos objectifs de formation professionnelle, des éléments-clés de votre parcours de formation.

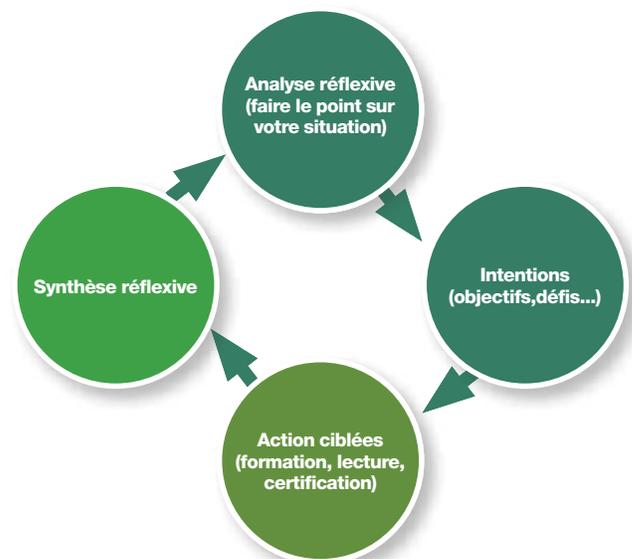
Puisque l'OPIQ a développé une formation flexible, s'adaptant à différentes intentions et objectifs pour un même sujet, il importe que vous déterminiez au préalable vos intentions et objectifs de formation sur le sujet.

Que souhaitez-vous ajouter ou consolider à votre bagage de connaissances et de compétences en lien avec le sujet?

- Vous familiariser avec les différents types d'arythmies ?
- Rehausser vos connaissances en réanimation cardiorespiratoire avancée (sans l'obtention d'une certification) ?
- Obtenir une certification de la Fondation des maladies du cœur du Québec en réanimation cardiorespiratoire avancée (ACLS) ?

Voilà une question à priori simple, mais qui demande une démarche réflexive de votre part et celle-ci tiendra compte notamment des exigences du poste que vous occupez, du type de clientèle que vous desservez, de vos expériences passées et des défis que vous souhaitez relever. Une fois vos intentions claires et vos objectifs fixés, il vous sera possible de choisir parmi les trois scénarios offerts.

figure 1
La démarche réflexive



Trois scénarios possibles pour une formation adaptée à vos objectifs de formation professionnelle

Veillez lire attentivement le texte explicatif ci-dessous afin d'établir avec justesse le scénario vous permettant d'atteindre les objectifs visés.

Scénario 1.



Pour apprendre ou réviser vos connaissances sur les arythmies cardiaques, inscrivez-vous à la formation *Les arythmies cardiaques*.

- **Sigle:** OPIQ-303 (durée: 3 heures)
- **Formatrice:** M^{me} Marie Boisclair, inhalothérapeute, CHU Ste-Justine et conceptrice du site Web <http://inhalotherapie.com>
- **Description:** cette formation sera l'occasion d'apprendre ou de réviser l'électrocardiographie et les arythmies cardiaques et de s'exercer en identifiant l'arythmie présentée dans plus de 40 tracés.
- **Préalable:** aucun.

Scénario 2.



Pour apprendre ou réviser les chapitres relatifs aux arythmies du cours de réanimation cardiorespiratoire avancée (sans l'obtention d'une certification de la FMCQ), inscrivez-vous à la formation *Réanimation cardiorespiratoire avancée* (volet arythmies)

- **Sigle:** OPIQ-304 (durée: 2 h)
- **Formateurs:** D^r Alain Labrecque et D^r Michel Beauvais, anesthésiologistes et maîtres-instructeurs de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ),
- **Description:** cette formation sera l'occasion d'apprendre ou de réviser notamment:
 - les nouvelles normes ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*);
 - les principales arythmies rencontrées;
 - l'interprétation, la thérapeutique et les algorithmes d'intervention de la fibrillation ventriculaire, la tachycardie, la bradycardie, la dissociation électromécanique et l'asystolie.
- **Préalables:**
 - la participation à cette formation requiert une expérience clinique avancée dans le secteur des soins critiques et d'urgence ou en assistance anesthésique;
 - la réussite de la formation *Les arythmies cardiaques* (OPIQ-303) est fortement suggérée.
 - l'utilisation, en référence, du livre *Réanimation cardiorespiratoire avancée* du D^r Alain Labrecque est fortement suggérée (figure 3);

Scénario 3.



Pour obtenir une certification complète de la FMCQ, inscrivez-vous à une session de pratique et de certification avec les formateurs (coût, date et endroit restant à déterminer).

- **Description:** une session comprend une révision théorique, une période de pratique et de certification (examen pratique). Le contenu théorique ajouté traite notamment des sujets suivants:
 - intubation difficile: algorithme d'intubation difficile
 - syndrome coronarien aigu: algorithme du syndrome coronarien aigu
 - hypothermie et noyade: algorithme d'hypothermie
 - choc anaphylactique: algorithme du choc anaphylactique
 - le brûlé: réanimation du brûlé et intoxication au CO
 - le donneur d'organes: diagnostic du décès neurologique
- **Préalables:**
 - la réussite de la formation OPIQ-304 *Réanimation cardiorespiratoire avancée* (volet arythmies) est **obligatoire**;
 - détenir une certification (ou recertification) en réanimation cardiorespiratoire de base (BCLS) **valide au moment de l'inscription**;
 - la lecture du livre *Réanimation cardiorespiratoire avancée* du D^r Alain Labrecque est **obligatoire** (figure 3).

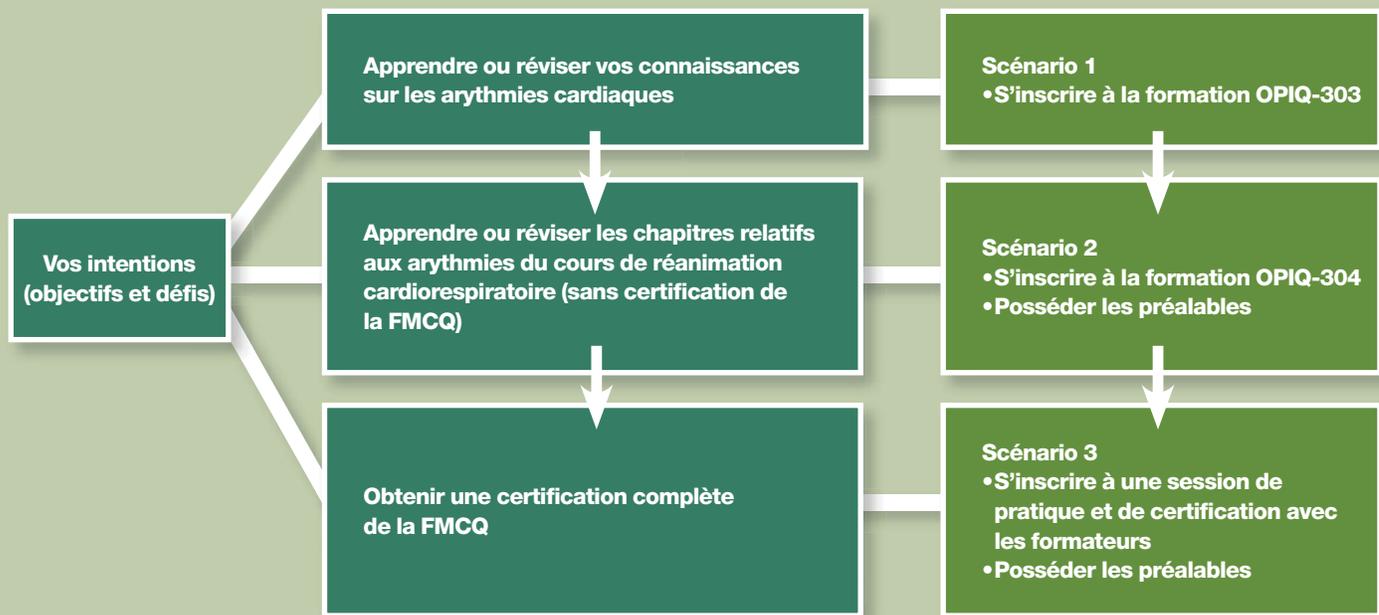
NDLR: Une ou des sessions, d'une journée chacune, seront proposées à Montréal ou Québec. La ou les dates seront déterminées en fonction notamment du nombre de participants et de la disponibilité des formateurs et l'information vous sera communiquée dans les meilleurs délais.

...

**plan stratégique
2007-2011**

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

Son engagement...
...Parce que l'organisation est solidaire et
responsable, parce qu'elle participe active-
ment à la réalisation de sa mission.



« Le Bureau (Conseil d'administration) de l'Ordre exige une formation de base en BCLS (Basic Cardiac Life Support) et au moins une mise à jour aux deux ans. [...] En ce qui concerne les inhalothérapeutes travaillant en sédation-analgésie et en clinique privée d'anesthésie, une formation en ACLS (Advanced Cardiac Life Support) est recommandée. Par ailleurs, en sédation-analgésie, lorsqu'il n'y a pas présence d'un anesthésiologiste sur place, la formation en ACLS est exigée.»*

Conclusion

Puisque les arythmies cardiaques et la réanimation cardiorespiratoire avancée sont des sujets de premier plan pour de nombreux inhalothérapeutes, il importe que des formations qualifiantes sur le sujet soient accessibles à tous. C'est pourquoi l'OPIQ a mis tout en œuvre pour que ces formations de grande qualité deviennent une réalité, et ce, en utilisant une approche pédagogique à la fois novatrice et adaptée aux besoins des sujets traités.

Il est essentiel que l'inhalothérapeute adopte, au préalable, une démarche réflexive sur sa situation, car il est responsable de sa formation professionnelle ainsi que du maintien de ses compétences. En ce sens, le parcours de formation qu'il choisira doit répondre à ses intentions, ses objectifs et ses défis personnels.

Enfin, l'OPIQ remercie très sincèrement M^{me} Marie Boisclair et les docteurs Alain Labrecque et Michel Beauvais qui ont choisi de faire équipe avec nous dans ce magnifique projet, à la fois réel et virtuel. 

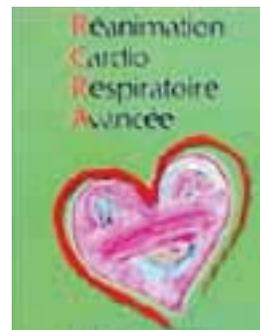


figure 3

Le livre *Réanimation cardiorespiratoire avancée* du D^r Alain Labrecque est disponible au coût de 40 \$ (transport et manutention inclus). Pour le commander, veuillez contacter M^{me} Marie-Andrée Cova: info@opiq.qc.ca ou 514.931.2900 (1 800 561.0029) au poste 21.

Introduction

Études de cas :

- 1 Réanimation cardiorespiratoire: algorithme de réanimation cardiorespiratoire
- 2 Intubation difficile: algorithme d'intubation difficile
- 3 Syndrome coronarien aigu: algorithme du syndrome coronarien aigu

Contenu de la formation OPIQ-304

- 4 Fibrillation ventriculaire: algorithme de fibrillation ventriculaire
- 5 Tachycardie: algorithme de tachycardie ventriculaire, de tachycardie supraventriculaire et de fibrillation auriculaire
- 6 Bradycardie: algorithme de bradycardie
- 7 Dissociation électromécanique: algorithme de dissociation électromécanique
- 8 Asystolie: algorithme d'asystolie
- 9 Hypothermie et noyade: algorithme d'hypothermie
- 10 Choc anaphylactique: algorithme du choc anaphylactique
- 11 Le brûlé: réanimation du brûlé et intoxication au CO
- 12 Le donneur d'organes: diagnostic du décès neurologique

13 Arythmies

* Source: Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. 2002. *Normes de pratique de l'inhalothérapeute, fascicule Outil de perfectionnement*. Montréal, p. 3.



Devenez un emprunteur sélectif

L'art de payer moins pour vos emprunts

par **Bernard Marin**, conseiller principal en gestion de patrimoine, Scotia McLoad

L'endettement en soi n'est ni une bonne chose ni une mauvaise chose. Ce qui compte, c'est l'utilisation qu'on en fait. Une « bonne dette » est un emprunt qui représente un investissement pour votre avenir. En voici quelques exemples :

- Un prêt étudiant qui peut vous permettre de faire des études — l'un des meilleurs investissements que vous puissiez faire.
- Un prêt qui sert à acheter un bien susceptible de prendre de la valeur tel qu'une maison ou un investissement immobilier.
- Un prêt d'appoint RER, grâce auquel vous pouvez maximiser vos cotisations RER et réduire vos impôts. Un conseil : utilisez votre remboursement d'impôt ainsi obtenu pour rembourser votre prêt. Vous aurez alors une vraie combinaison gagnante.
- Un prêt qui vous permet d'obtenir un placement ou un revenu d'affaires dont les intérêts sont déductibles de l'impôt.

Voyez maintenant certains emprunts qui s'accumulent et qui n'offrent aucun avantage futur. En d'autres termes, de « mauvaises dettes ». En voici quelques exemples :

- Une avance de fonds sur votre carte de crédit, dont les intérêts sont calculés dès la date de l'avance.
- Un prêt servant à acheter un objet de luxe qui a peu ou pas de valeur financière future pour vous ou votre famille.

Stratégies d'emprunt

Afin qu'un emprunt fonctionne pour vous et non contre vous, il est important que vous soyez proactif. Examinez les stratégies suivantes :

- **Remboursez d'abord vos emprunts les plus coûteux.** Afin d'emprunter intelligemment, vous devez d'abord réduire ou rembourser les dettes qui vous coûtent le plus cher. Supposons que vous avez un peu d'argent de côté dans un compte d'épargne à taux d'intérêt peu élevé et que vous avez un solde sur une carte de crédit dont le taux d'intérêt est de 18 %. Il serait souhaitable d'utiliser une partie de ces économies pour réduire le solde de votre carte de crédit.

Consolidez pour économiser. Si vous avez de la difficulté à rembourser certains emprunts coûteux, songez à obtenir une ligne de crédit afin de consolider tous vos prêts avec un taux d'intérêt moins élevé. Vous économiserez énormément en frais d'intérêts, et vous aurez plus de facilité à suivre et à contrôler vos finances.

- **Utilisez de l'argent comptant et vos économies pour vos besoins actuels.** Si vous devez prendre des vacances, c'est une bonne chose d'utiliser vos économies plutôt que d'obtenir un emprunt. Encore mieux : planifiez d'avance en ouvrant un « compte vacances » dans lequel vous déposez un peu d'argent chaque mois.

Évaluez vos achats à crédit. Avant d'acheter un bien à crédit, demandez vous pendant combien de temps vous devrez rembourser votre dette. Compte tenu du coût d'emprunt, finirez-vous par payer beaucoup plus au bout du compte ?

Equifax Canada

Connaissez-vous le contenu de votre dossier de crédit ? Une bonne stratégie pour emprunter intelligemment consiste à avoir un dossier de crédit à jour. Votre cote de crédit est en quelque sorte votre bulletin financier que les prêteurs avec qui vous faites affaire utilisent pour évaluer votre solvabilité. De nombreux Canadiens ignorent à quel point il est important de vérifier périodiquement leur dossier de crédit afin de faire corriger tout renseignement périmé ou erroné. Cet exercice vous permet en outre de comprendre pourquoi une demande de crédit vous a été refusée et de protéger vos renseignements contre l'usurpation d'identité. 

Pour obtenir une copie gratuite de votre dossier de crédit, il vous suffit d'appeler Equifax Canada au 1 800 465-7166.

Centre de santé et des services sociaux
d'Antoine-Labellé

Notre centre vous offre l'opportunité de relever un défi de taille
comme inhalothérapeute dans un site enchanteur, situé au cœur
des hautes Laurentides ou santé et plein air vont de pair !
Vous aimez les défis, vous avez le goût du dépassement, vous êtes
la personne qu'on recherche !

Postes permanents à temps partiel 7 Qt/Paié
Primes de recrutement jusqu'à 5000 \$
Garanties salariales
Aide financière au déménagement
Crédit d'impôt région ressource

Nous offrons des services d'inhalothérapie dans différents
programmes cliniques tels que : l'urgence, bloc opératoire, soins
intensifs, unités de soins, clinique d'enseignement MPOC, clinique
d'apnée du sommeil et soins à domicile.

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

* Veuillez faire parvenir votre curriculum vitae à l'attention
de Brigitte Guindon, conseillère en développement organisationnel
par intérim :

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
CSSS d'Antoine-Labelle
2561, Chemin de la Lièvre sud
Mont-Laurier, QC J9L 3G3
Télécopieur : 819 440-4219
Courrier électronique : Brigitte.Guindon@ssss.gouv.qc.ca
www.csssal.org

Anesthésie et apnée du sommeil : chronique d'un accident annoncé ?

par **D^{re} Marta Kaminska**, pneumologue, CUSM ; **D^r Vincent Jobin**, pneumologue et **D^r Pierre Mayer**, pneumologue, Hôtel-Dieu du CHUM

Source: *Le Clinicien*, avril 2009, Vol. 24, N° 04, pages 59-62.

Présenté dans le cadre de la conférence : *Approche multidisciplinaire de la médecine périopératoire*, Université de Montréal, mai 2008

Le cas de Francine

Octobre 2007 : Francine, qui est âgée de 53 ans, sans antécédent, non fumeuse, IMC à 40,4, est retrouvée en arrêt respiratoire. Nous sommes 18 heures postopératoires d'une réduction ouverte d'une fracture de la rotule survenue 48 heures auparavant. Selon l'infirmière, la patiente a très peu dormi depuis sa fracture, et elle a reçu 1 mg s/c d'hydromorphone une heure avant l'arrêt respiratoire.

La patiente reprend conscience lors de la tentative infructueuse d'intubation orotrachéale et sera traitée efficacement avec un BiPAP. Le gaz artériel montre une acidose respiratoire aiguë, un pH de 7,23 et une PaCO₂ à 66 mmHg. L'anamnèse a révélé la présence, depuis quelques années, de ronflement et d'hypersomnolence, alors que la revue du dossier montre que la patiente a présenté à la salle de réveil une dépression respiratoire importante avec une diminution de l'état de conscience et une désaturation à 90 % malgré un Ventimask® à 50 %, et pour laquelle elle a reçu de la naloxone.

Le syndrome d'apnée obstructif du sommeil (SAOS) se caractérise par l'obstruction intermittente des voies aériennes supérieures au cours du sommeil. Ces obstructions entraînent du ronflement, une chute de la saturation en oxygène et une fragmentation du sommeil. S'ensuivent diverses manifestations dont l'hypersomnolence, une activation sympathique et une augmentation du risque cardiovasculaire. En 1997, la prévalence du SAOS était de 4 % chez les hommes et de 2 % chez les femmes. En 2008, il est probable que la prévalence soit beaucoup plus élevée compte tenu de l'épidémie d'obésité.

Les problèmes périopératoires potentiels chez les apnéiques

L'intubation difficile

L'obésité, qui est associée au SAOS, augmente le risque d'intubation difficile. Le SAOS est souvent associé à une morphologie des voies aériennes supérieures pouvant rendre l'intubation difficile, tels

L'infirmière a inscrit dans ses notes l'ordre verbal de l'anesthésiste de ne pas donner d'analgésie à cette patiente à la salle de réveil. Cette information et cet événement ne seront jamais communiqués au chirurgien. L'investigation a confirmé la présence d'un syndrome d'apnée du sommeil grave, et un CPAP a été débuté.

Plusieurs questions sont soulevées par ce cas type d'accident postopératoire :

- La contribution de l'apnée du sommeil grave non traitée et de l'obésité ;
- Le contexte d'une carence en sommeil préopératoire ;
- L'utilisation de narcotiques sans surveillance ;
- L'inefficacité de l'oxygène par Ventimask® pour corriger la désaturation ;
- L'absence de communication entre l'anesthésiste et le chirurgien en relation avec l'incident de la salle de réveil.

«D'après une étude rétrospective, l'intubation pour une chirurgie sous anesthésie générale s'est avérée difficile chez 21,9 % des apnéiques et chez 2,6 % des sujets contrôles.»

la rétrognathie, un cou large et court ou une langue et des tissus pharyngés augmentés de volume. D'après une étude rétrospective, l'intubation pour une chirurgie sous anesthésie générale s'est avérée difficile chez 21,9 % des apnéiques et chez 2,6 % des sujets contrôles. Chez les apnéiques, aucune différence n'a été décelée entre ceux avec intubation difficile et les autres (ex. : gravité du SAOS, indice de masse corporelle [IMC], indice de Mallampati). Il est donc prudent de considérer chaque patient apnéique comme étant à risque d'intubation difficile.

« Le risque de fibrillation auriculaire augmente de six fois, et celui de tachycardie ventriculaire non soutenue de cinq fois chez les apnéiques. »

Les effets postanesthésiques

L'anesthésie générale produit une diminution globale de l'activité des muscles respiratoires qui affecte préférentiellement les muscles pharyngés. Cela peut entraîner l'obstruction des voies aériennes supérieures et l'apparition d'apnées postextubation, alors qu'un effet résiduel de l'anesthésiant persiste. Les narcotiques diminuent la commande ventilatoire et peuvent causer des événements respiratoires tant obstructifs que centraux, amenant quelquefois des désaturations prononcées en période postopératoire. À partir de la troisième nuit après une chirurgie, on assiste à un rebond (augmentation) du sommeil paradoxal, pendant lequel le risque et la gravité des apnées peuvent augmenter, causant des désaturations. La position en décubitus dorsal, souvent requise en période postopératoire, peut également favoriser les apnées.

L'apnée du sommeil augmente le risque de certaines arythmies. Le risque de fibrillation auriculaire augmente de six fois, et celui de tachycardie ventriculaire non soutenue de cinq fois chez les apnéiques. Le risque d'ectopie ventriculaire semble associé principalement aux désaturations graves (saturation < 60 %). Les apnéiques pourraient donc être plus à risque d'arythmies périopératoires, ce qui a été démontré pour la fibrillation auriculaire à la suite de pontages aortocoronariens.

« Les patients traités par PPC à la maison avant la chirurgie semblent avoir moins de complications, et ce, même si la PPC n'est pas utilisée en postchirurgie. »

Le risque anesthésique et périopératoire

De nombreux cas de complications périopératoires graves chez des patients apnéiques ont été rapportés, et plusieurs études ont essayé de mieux établir le risque. Chez un groupe de patients opérés spécifiquement pour le traitement du SAOS, 13 % ont eu des complications, dont 77 % étaient liées aux voies aériennes supérieures, incluant un décès. Les facteurs de risque étaient un indice d'apnées et d'hypopnées plus élevé, des désaturations importantes et une plus grande quantité de narcotiques reçus pendant l'opération. D'après une étude rétrospective chez des patients orthopédiques, 39 % ont eu des complications, tels l'hypoxémie, l'hypercapnie, l'ischémie cardiaque, les arythmies, le délirium et le transfert non planifié aux soins intensifs, comparé à 18 %, un niveau également très élevé chez le groupe contrôle. Toutefois, les résultats récents d'une étude prospective réalisée au Québec n'ont pas confirmé l'augmentation du risque observée dans les études rétrospectives, même si le diagnostic était inconnu par le personnel traitant. La puissance de cette étude était cependant insuffisante pour conclure hors de tout doute à l'absence d'un risque augmenté. De plus, les patients étaient en moyenne plus jeunes et avec un SAOS moins grave que dans les études précédentes. Il est intéressant de noter que dans une autre étude prospective, la morbidité postopératoire n'était pas augmentée chez les apnéiques après une chirurgie cardiaque. Par ailleurs, l'étude de Hwang et coll. montre que la saturométrie nocturne utilisée en dépistage préopératoire (index de désaturation $\geq 4\% \geq 5$ /heure) permet d'identifier les patients

plus à risque de présenter des événements indésirables, principalement des désaturations, en postopératoire. Finalement, la chirurgie d'un jour est sécuritaire chez les patients dont l'apnée du sommeil est connue et traitée.

Il existe très certainement un risque anesthésique accru pour les patients apnéiques, surtout pour les apnéiques graves ayant des désaturations importantes. Toutefois, il reste difficile à quantifier, car on ne connaît pas la prévalence du SAOS chez les patients opérés, tout comme, par analogie, le nombre de conducteurs en état d'ébriété sur les routes chaque jour. Il est probable que pour l'apnée comme pour l'alcool au volant, un facteur déclenchant doit se rajouter à un fond de risque augmenté pour produire un « accident ». Ce sont ces « accidents », chez les apnéiques en période périopératoire, qu'il faut s'efforcer de prévenir.

La pression positive continue (PPC/CPAP) périopératoire

Dans une série de cas, la PPC par masque nasal s'est révélée efficace pour prévenir les complications, lorsque débutée avant la chirurgie et appliquée dès l'extubation pour une période de 24 à 48 heures. Les patients traités par PPC à la maison avant la chirurgie semblent avoir moins de complications, et ce, même si la PPC n'est pas utilisée en postchirurgie. La PPC s'est avérée également supérieure à l'oxygène pour corriger les désaturations observées en postopératoire de chirurgie digestive chez les patients présentant une obésité morbide.

Les recommandations

La littérature supportant des stratégies pour diminuer le risque périopératoire lié à l'apnée du sommeil est plutôt limitée. Cependant, des recommandations ont été émises, basées sur les données et sur l'opinion d'experts.

Le dépistage préopératoire

Tout d'abord, un dépistage préopératoire devrait avoir lieu, basé sur la suspicion clinique. Une étude récente a validé le questionnaire STOP (*Snoring, Tiredness, Observe you stop breathing, high blood pressure*) dans le contexte de la préadmission chirurgicale. La présence de deux items sur quatre s'est avérée un outil sensible (65,6 à 79,5 %) pour reconnaître les patients souffrant d'apnée du sommeil et présentant des désaturations en postopératoire (Chung et coll.). Une connaissance de base du SAOS par les médecins en préadmission est donc essentielle pour identifier les patients potentiellement à risque, déterminer la probabilité clinique du SAOS, et élaborer une prise en charge d'après celle-ci ou demander une étude du sommeil. La saturométrie nocturne est très utile dans ce contexte, permettant de déceler les apnéiques désaturants qui semblent les plus à risque.

La préparation préopératoire

La préparation préopératoire vise à optimiser la condition du patient et devrait inclure la PPC, ou la ventilation non invasive (débutée avant la chirurgie, surtout pour l'apnée grave), ou possiblement l'usage d'une prothèse d'avancement mandibulaire et la perte de poids. Chez le patient connu ou chez qui on suspecte de l'apnée du sommeil, l'anesthésie devrait être de préférence locale, régionale ou spinale/épidurale, sans prémédication. Un monitoring ventilatoire continu pendant la procédure, préférentiellement par capnographie, est primordial, surtout lors de sédation modérée. ●●●

- La PPC intraopératoire devrait être considérée dans ces cas. Par contre, une anesthésie générale avec intubation est préférable à une sédation profonde sans intubation. L'extubation doit se faire à l'éveil, après vérification du renversement complet des bloqueurs neuromusculaires, et préférentiellement en position latérale ou semi-assise.

La prévention postopératoire

Plusieurs mesures doivent être prises pour éviter la dépression ventilatoire lors de la période postopératoire. Les opiacés systémiques ou en épidual doivent être évités si possible, et les méthodes visant à les diminuer devraient être envisagées, tels l'analgésie locale ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'administration d'oxygène doit se faire très prudemment, car l'oxygène peut allonger les apnées en plus d'empêcher la détection de l'hypoventilation par saturométrie. Il est recommandé que le médecin traitant soit avisé de toute augmentation de la FiO₂ nécessaire pour assurer une saturation adéquate. La PPC devrait être favorisée chez les patients obèses, à moins de contre-indication. Le décubitus dorsal est à éviter. Chez les patients à risque ou nouvellement mis sous PPC, un monitoring par saturométrie continue devrait idéalement se poursuivre pour au moins 48 heures, que ce soit sur une unité d'observation intermédiaire ou sur un étage, par exemple par un système de télémétrie. Finalement, chez le patient connu pour une apnée du sommeil et déjà traité par PPC, la chirurgie d'un jour est sécuritaire et aucune mesure particulière n'est recommandée en dehors de l'utilisation de la PPC habituelle dès la salle de réveil.



Reproduit avec autorisation.

À retenir

- Reconnaître qu'un patient est potentiellement porteur du SAOS est le premier pas vers une diminution du risque d'ACCIDENT postanesthésique. Ce risque, à la lumière des études récentes, semble cependant moins important que le suggère les études rétrospectives ou les rapports de cas;
- Une prise en charge basée sur une bonne compréhension des facteurs jouant sur ce risque devrait permettre de nettement le diminuer;
- Certaines mesures de prévention sont à considérer: protocole de dépistage en préadmission (saturométrie nocturne?); protocole d'intervention lorsque des désaturations sont observées (premièrement, ne pas nuire); protocole de surveillance par télémétrie de la SatO₂;
- L'utilisation de la PPC, la surveillance postanesthésie et la communication entre les intervenants restent primordiaux pour la sécurité des patients apnéiques.

Bibliographie

- MAYER P, JOBIN V: L'apnée du sommeil: mode d'emploi. *Le Clinicien*, 2006; 83- 87.
- YOUNG T, PALTA M, DEMPSEY J, et coll: The Occurrence of Sleep-Disordered Breathing among Middle-Aged Adults. *N Engl J Med*. 1993; 328:1230-35.
- ROSE DK: CMM: The Airway: Problems and Predictions in 18,500 Patients. *Can J Anaesth* 1994; 41:372-83.
- SIYAM MA, BENHAMOU D: Difficult Endotracheal Intubation in Patients with Sleep Apnea Syndrome. *Anesth Analg* 2002; 95:1098-102.
- OCHIAI R: Effects of Varying Concentrations of Halothane on the Activity of the Genioglossus, Intercostals, and Diaphragm in Cats: an Electromyographic Study. *Anesthesiology* 1989; 70:812-16.
- DHONNEUR G: Post-operative Obstructive Apnea. *Anesthesia and Analgesia* 1999; 89:762-67.
- CATLEY DM: Pronounced, Episodic Oxygen Desaturation in the Postoperative Period: its Association With Ventilatory Pattern and Analgesic Regimen. *Anesthesiology* 1985; 63: 20-28.
- KNILL RL: Anesthesia with Abdominal Surgery Leads to Intense REM Sleep During the First Post-operative Week. *Anesthesiology* 1990; 73:52- 61.
- REEDER MK: Late Post-operative Nocturnal Dips in Oxygen Saturation in Patients Undergoing Major AbdominalVascular Surgery. PredictiveValue of Pre-operative Overnight Pulse Oximetry. *Anaesthesia* 1992; 47:110-15.
- MEHRA R: Association of Nocturnal Arrhythmias with Sleep-Disordered Breathing:The Sleep Heart Health Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2006; 173: 910-16.
- CHUNG F, YEGNESWARAN B, LIAO P, et coll: Validation of the Berlin Questionnaire and American Society of Anesthesiologists Checklist as Screening Tools for Obstructive Sleep Apnea in Surgical Patients. *Anesthesiology* 2008; 108:822-30.



Un emploi chez Apnair vous intéresse ?

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

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

Qualifications requises
 Diplôme d'études collégiales en inhalothérapie et anesthésie
 Membre de l'Ordre professionnel des Inhalothérapeutes du Québec
 Posséder un permis de conduire valide
 Expérience dans les tests diagnostiques et les soins des troubles du sommeil (un atout)
À noter que nous offrons la possibilité aux inhalothérapeutes motivés et intéressés par le sommeil à suivre une formation complète en apnée du sommeil à nos points de services afin de se qualifier pour des postes.

Pour soumettre votre candidature ou celle d'une de vos connaissances, veuillez faire parvenir le CV au service des ressources humaines, soit : par télécopieur au 514 315-9998, par courrier électronique à rh@laboratoirebiron.com ou par courrier au 4105-F boul. Matte, Matte, Brossard QC J4Y 2P4

www.apnair.com

Élection 2009

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

Le 26 mai dernier, nous procédions, au siège social de l'Ordre, au dépouillement du scrutin des élections 2009. Au terme de la période de mise en candidature, des scrutins ont eu lieu dans trois des quatre régions électorales en élection, soit les régions de Laval/Laurentides/Lanaudière, de la Montérégie et de Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-Saint-Laurent. Seule la région de Montréal, où deux des cinq sièges étaient en jeu, n'a pas connu d'élection en raison du fait que nous n'avons reçu qu'une seule candidature. Ainsi, Monsieur Jean-Claude Lauzon y a été élu par acclamation.

Dans les régions où il y a eu élection, 514 inhalothérapeutes sur un potentiel de 1434 ayant droit de vote ont pris part à l'élection, soit un taux de participation de 35,8 %. À la suite de ce scrutin, un administrateur a été réélu soit madame Francine LeHouillier dans la région Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-Saint-Laurent. Monsieur Réjean Duchesne qui était jusqu'à maintenant administrateur dans la région de Montréal, a été élu dans la région de Laval/Laurentides/Lanaudière. Par ailleurs, une nouvelle administratrice a été élue dans la région de la Montérégie, soit madame Annie Quenneville.

Les nouveaux administrateurs entreront en fonction, comme le prévoit le *Règlement sur les modalités d'élections au Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, lors de la première réunion du CA qui suit la date de l'assemblée générale annuelle, soit le 2 octobre prochain.

Afin de pourvoir le poste vacant pour la région de Montréal, un appel de candidature sera lancé au cours des prochaines semaines parmi les membres ayant leur domicile professionnel à Montréal, afin que le Conseil d'administration puisse choisir l'inhalothérapeute qui obtiendra le poste.

En terminant, nous vous rappelons qu'en raison de dispositions du décret d'intégration des perfusionnistes cliniques à l'OPIQ qui entrera en vigueur le 1^{er} avril 2010, les administrateurs élus cette année le sont, de façon exceptionnelle, pour un mandat de deux ans. Ainsi, aux élections de 2011, tous les postes d'administrateurs au CA de l'Ordre seront en jeu.

Nous remercions madame Dominique Brault ainsi que messieurs Bernard Cadieux et Richard Di Lallo qui agissaient à titre de scrutateurs lors du dépouillement du vote. 

régions en élection	nombre de postes à combler	administrateurs élus
Laval/Laurentides/Lanaudière	1	Réjean Duchesne
Montréal	2	Jean-Claude Lauzon 1 poste vacant
Montérégie	1	Annie Quenneville
Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-Saint-Laurent	1	Francine LeHouillier



L'Ordre y était

- 6^e Colloque sur l'interdisciplinarité; De l'interdisciplinarité à la collaboration public-privé
- Rencontre avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
- 1^{er} Colloque du Réseau RISQ + H (Réseau de sensibilisation et de partage d'expériences sur la gestion des risques, la sécurité des patients et la qualité des soins)
- Congrès de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires
- Rencontre de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Office des professions (Entente Québec-Ontario)
- MSSS/Comité de pilotage en inhalothérapie
- MSSS/Comité de révision du Cadre de référence en ventilation à domicile
- MSSS/Comité de révision du cadre de référence en oxygénothérapie
- Assemblée générale de l'Association des perfusionnistes cliniques du Québec
- CIQ/Assemblée générale annuelle des membres
- Gala Octas (OPIQ finaliste et récipiendaire)
- Congrès canadien sur la santé respiratoire
- Colloque 2009 du Collège des médecins Comblant les besoins de main-d'œuvre médicale
- Assemblée générale annuelle de la CBRC (Canadian Board for the Respiratory Care)
- International Congress on Professional & Occupational Regulation
- Colloque annuel du Barreau du Québec Les développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire
- Congrès annuel du Barreau du Québec
- Le 2^e rendez-vous des maladies chroniques: de la prévention au suivi
- CQTS/Assemblée générale annuelle et rencontres régulières du CA
- CIQ/Rencontre annuelle du Forum de l'inspection professionnelle
- CIQ/Rencontre du comité des directeurs de l'inspection professionnelle
- Réunion québécoise de leadership en matière d'abandon du tabac: *Optimiser les stratégies d'interventions par les professionnels de la santé*
- 3^e colloque des services respiratoires du CHUQ — *Vers de nouveaux horizons*
- 6^e édition du colloque des programmes de bioéthique de l'Université de Montréal — *La continuité: enjeux éthiques dans les services de santé*
- Mise à jour McGill pour les inhalothérapeutes en assistance anesthésique
- Exposition Inspiration 100^e de l'Hôpital Mont-Sinaï-Montréal
- Comité directeur du forum des syndicats
- CIQ - Journée des syndicats.



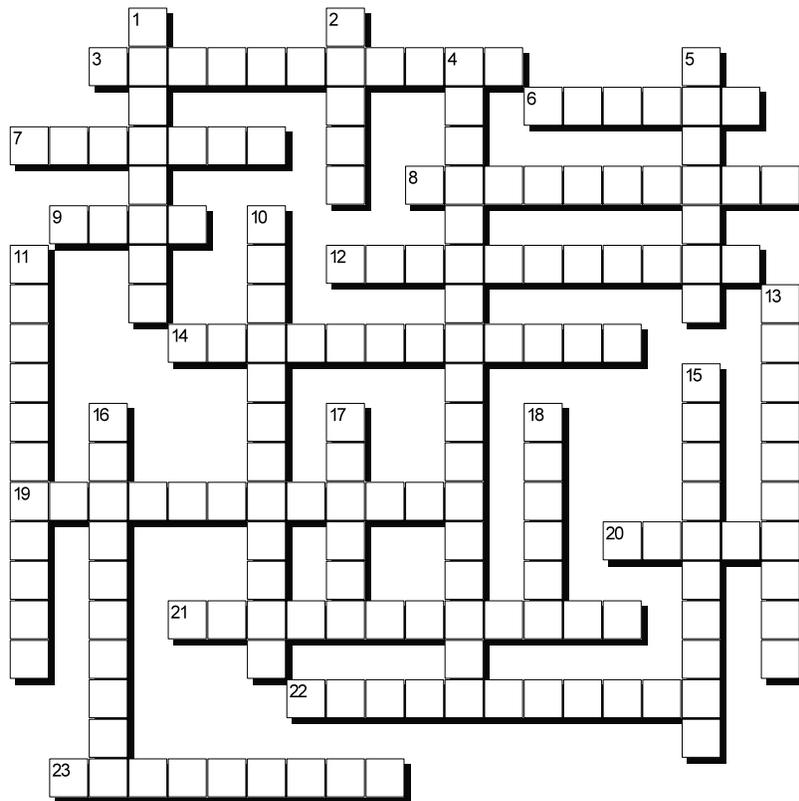
Les dons d'organes

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

Geste posthume des plus altruistes. Je dédie cet entrecroisé à tout ceux et celles, petits et grands qui, par leur précieux don, ont contribué à sauver plus d'une personne. Parlez-en à votre famille et à vos proches. Signifiez votre consentement aux dons d'organes en signant et en apposant l'autocollant à cet effet au verso de votre carte d'assurance-maladie.

Je profite de cette occasion pour vous aviser que cet entrecroisé est le dernier d'une longue série. En effet, certaines de mes activités font en sorte que je dois mettre un terme, temporairement je l'espère, à ma collaboration avec notre revue. J'ai eu un grand plaisir à bâtir, pour vous toutes et tous, ces exercices à caractère ludique au cours des dernières années. Mais je crois aussi en leur utilité pédagogique. Comme quoi, il y a parfois moyen de joindre l'utile à l'agréable.

Sincères salutations chères et chers collègues!



Horizontalement

- 3 Problème fréquent chez une personne cérébralement morte, qui se manifeste par une perte de contrôle homéostatique de la température corporelle.
- 6 Nom de famille de la première Québécoise à avoir subi une greffe cœur-poumon en 1985. Elle est à l'origine de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie comme carte officielle de don d'organes.
- 7 Nom de famille de la personne d'origine française ayant subi une greffe partielle du visage en 2005.
- 8 Type de greffe dont le greffon appartient au receveur. Il s'agit essentiellement de tissus et de cellules.
- 9 Organe le plus fréquemment greffé.
- 12 Complication hémodynamique majeure la plus souvent rencontrée chez le donneur potentiel.
- 14 Cytokine sécrétée par des lymphocytes.
- 19 Immunosuppresseur extrait d'un champignon qui inhibe la production des interleukines 2 produites par les lymphocytes auxiliaires.
- 20 Nom d'un des tests à effectuer afin de déterminer la mort cérébrale d'un donneur potentiel. Nous sommes très impliqués dans l'application de ce test.
- 21 Accord légal qui confirme le désir de faire le don d'un ou de plusieurs de ses organes.

- 22 Type d'œdème qui représente 50 % des complications des greffes pulmonaires.
- 23 Type de greffe rare dont le greffon provient d'un vrai jumeau.

Verticalement

- 1 Médiateur permettant à certaines cellules de communiquer entre elles. Contrairement aux hormones leur action est locale.
- 2 Complication grave de la greffe annulant l'effet escamoté.
- 4 Classe de médicament employée chez les personnes greffées afin d'empêcher la réaction de rejet dont est à l'origine le système immunitaire.
- 5 Partie de tissu ou organe transplantés.
- 10 Nom générique de l'Imurel. Immunosuppresseur qui inhibe l'ARN et l'ADN des lymphocytes.
- 11 Cellules immunitaires. Globules blancs.
- 13 Type de greffe expérimentale dont le greffon provient d'une autre espèce, mais qui se rapproche génétiquement.
- 15 Corticostéroïde employé pour ses propriétés immunosuppressives.
- 16 Immunosuppresseur dont l'effet s'apparente à la cyclosporine. Aussi appelé FK506.
- 17 Greffe qui obtient le plus haut taux de réussite.
- 18 Transplantation.

Références

INSTITUT NATIONAL CANADIEN POUR LES AVEUGLES, Banque d'yeux du Canada. [En ligne] [<http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/adressez-vous/greffe-de-cornee/banques-yeux-canada.aspx#Québec>]. (Consulté le 17 mai 2009)

DELAMARRE, J., DELAMARRE, F., GÉLIS-MALVILLE, É. et DELAMARRE, L. Garnier Delamarre, 2000. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris: Maloine. 26^e édition. 991 p.

LA FONDATION CANADIENNE DU REIN. [En ligne]. [http://www.kidney.ca/files/Kidney/a4_6002.pdf] (Consulté le 16 mai 2009).

MARIEB, E. N. 1999. *Anatomie et physiologie humaine*. Montréal, ERPI. 1194 pages.

QUÉBEC-TRANSPLANT. 2006. [En ligne] [http://www.quebec-transplant.qc.ca/QuebecTransplant_fr/professionnels.htm]. (Consulté le 16 mai 2009).

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG. [En ligne] [<http://www.ccdt.ca/francais/glossaire/d-f.htm>]. (Consulté le 16 mai 2009).

Solution à la page 41
Les dons d'organes
commentaires *Elaine.Pare@CegepSherbrooke.qc.ca*



Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

Jeudi le 24 septembre 2009

Club de golf de l'Île de Montréal
départ entrecroisé vers 12 h

3700, rue Damien Gauthier Montréal H1A 5S2

www.cgimgolf.com



combinez vos deux passions... tournoi annuel de golf de l'OPIQ

inscription

entreprise:

nom:

adresse:

ville: code postal:

téléphone: courriel:

quatuor

	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"/>

J'aimerais être intégré à un quatuor:

forfaits

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



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

Pour toute information, veuillez contacter:

M^e Andrée Lacoursière au (514) 931-2900 poste 25,
adjoint.dg@opiq.qc.ca

M. Jean-Claude Roy au (514) 863-9766, jcroy@oxymed.ca

Veillez retourner votre formulaire d'inscription au plus tard le 1^{er} septembre 2009 avec votre paiement par chèque libellé à:

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

La fumée tertiaire, le nouveau cheval de bataille anti-tabac

Source: *Les actualités du cœur*, Hiver 2009, Vol. 12, N° 1, p. 11

TORONTO – L'odeur de fumée de cigarette qui reste imprégnée dans les voitures, dans les meubles et sur les fumeurs eux-mêmes porte désormais le nom de « fumée tertiaire », qui pourrait devenir un nouveau front dans la bataille anti-tabac.

Une nouvelle recherche publiée dans l'édition de mois de janvier de la revue scientifique *Pediatrics* serait la première à employer ce terme. Les chercheurs croient que la fumée tertiaire demeure présente beaucoup plus longtemps, et qu'elle peut être ingérée par les enfants qui rampent partout, se mettent les doigts dans la bouche et mâchonnent n'importe quoi.

L'auteur principal de l'étude, le pédiatre et professeur adjoint Jonathan Winickof, de la *Harvard Medical School*, soutient que les parents qui essaient de protéger leurs enfants contre la fumée secondaire en baissant la vitre latérale de leur voitures ou en fumant dans une pièce voisine n'en font pas assez.

Les chercheurs ont sondé 1500 foyers américains au sujet de leur attitude à l'égard de la fumée tertiaire. Ils ont découvert que seulement 65 % des non-fumeurs et 43 % des fumeurs croient que la fumée tertiaire peut affecter la santé des enfants.

L'étude a également révélé que l'appui en faveur de l'interdiction de fumer dans les résidences était supérieur auprès de ceux qui croient que la fumée tertiaire est nocive.

En plus d'autres toxines, la fumée tertiaire contient de l'arsenic, du plomb du monoxyde de carbone et de l'acide cyanhydrique, utilisé notamment dans la fabrication d'armes chimiques. 

Reproduit avec autorisation.

Liste des personnes radiées

Non-paiement

- Christine Albert (07156)
- Marie-Claude Bélanger (88113)
- Shirin Bitajian (02007)
- Annie Boissonnault (96038)
- Carole Bond (83016)
- Danielle Boucher (73021)
- Anne Poudrier Brodeur (06026)
- Sonia Carier (99094)
- Guylaine Carrier (74113)
- Jade Cloutier (05182)
- Kim Carolyn De Nie (08016)
- Manon Desaulniers (96079)
- Ghislain Dickner (74088)
- Sylvie Fillion (74083)
- Isabelle St-Georges Gagnon (01057)
- Marie-Anne Gaudry (06135)
- Martin Gauthier (05026)
- Régis Girard (85076)
- Valérie Hamel (09008)
- Marie Merzée Jean (08158)
- Freeda Khan (06154)
- Sonia Bélanger Lajoie (03071)
- Kathy Landry (02050)

Non-paiement

- Manon Laprise (93060)
- Sylvia Lavoie (85032)
- Jean-Philippe Lebreux (07154)
- Marie-Noël Lebrun (04119)
- Diane Legendre (76090)
- Julie Lemieux (95092)
- Sylvie Massé (83054)
- Natalina Medeiros (91032)
- Julie Michaud (03017)
- Mélanie Morais (05037)
- Bernard Morrissette (73015)
- Brigitte Ouellette (97112)
- Mylène Paquet (88076)
- Angie Penta (97117)
- Nathalie Perron (95122)
- Martine Poitras (76009)
- Eric Rageot de Beurivage (08007)
- François Ratté (90109)
- Elizabeth Ribeiro (08168)
- Jennifer Roy (04068)
- Athena Stamatopoulos (99071)
- Linda Starke (94144)
- Nicole Turcotte (74028)
- Karine Trudel (02049)
- Mélanie Verret (03049)

Abandon de la profession

- Lucie Clouâtre (75098)
- Thierry Gracian (81001)
- Émilie Bilodeau (06004)
- Réjean Carpentier (72019)

Retraite

- Monique Allard (73032)
- Sylvie Beaudry (74029)
- France Beausoleil (74096)
- Sylvie Bégin (74040)
- Carmen Auger Bellerose (73033)
- Guylaine Carrier (74113)
- Pierrette Comtois (73041)
- Lina Éthier (75032)

- Sylvie Fillion (74083)
- Ginette Fortin (74084)
- Marielle Gamache (75017)
- Diane Gélineau (74045)
- Danielle Lajeunesse (75048)
- Suzanne Lamontagne (70022)
- Jocelyn Lapointe (74111)
- Danielle Messier (75029)
- Diane Meunier (74100)
- Fabienne Simard (75070)
- Randi Umansky (86061)
- Jessey Venner (74031)
- Linda Woronka (77113)



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.



parce que
**chaque geste
compte**

**36^e édition du congrès annuel
de l'OPIQ**

2 et 3 octobre 2009
Delta Centre-Ville, Montréal

Formation à distance

*Développez vos connaissances cliniques
avec...*

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



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

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

- SCL1416 Phénomène de la douleur
- SCL2703 Anesthésie et types de chirurgie
- SCL2706 Inhalothérapie dans des contextes d'urgence
- SCL2707 Le patient en soins intensifs
- SCL2711 Défaillances aiguës : prise en charge clinique (hiver 2010)
- SCL3101 Ventilation et intubation difficiles (1 cr.)
- SCL3102 Technologies avancées en ventilation mécanique I (1 cr.)
- SCL3103 Technologies avancées en ventilation mécanique II (1 cr.)
- SCS2217 Pharmacothérapie I
- COM2708 Communication, intervention et éthique

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



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

Renseignez-vous!

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



Calendrier des événements

THÈMES ET DATES DE TOMBÉE

Le NO expiré
1^{er} août 2009

Le diabète
1^{er} novembre 2009

Le deuil
1^{er} février 2010

- Colloque des dirigeants des ordres professionnels, du 9 au 11 septembre 2009, Manoir St-Sauveur;
- Demi-journée des chefs de service et tournoi de golf de l'OPIQ, le 24 septembre 2009;
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 2 et 3 octobre 2009, au Delta Centre-Ville, Montréal;
- Assemblée générale annuelle des membres, vendredi 2 octobre 2009, à 8 h à l'hôtel Delta Centre-Ville, Montréal;
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 4 au 11 octobre 2009.



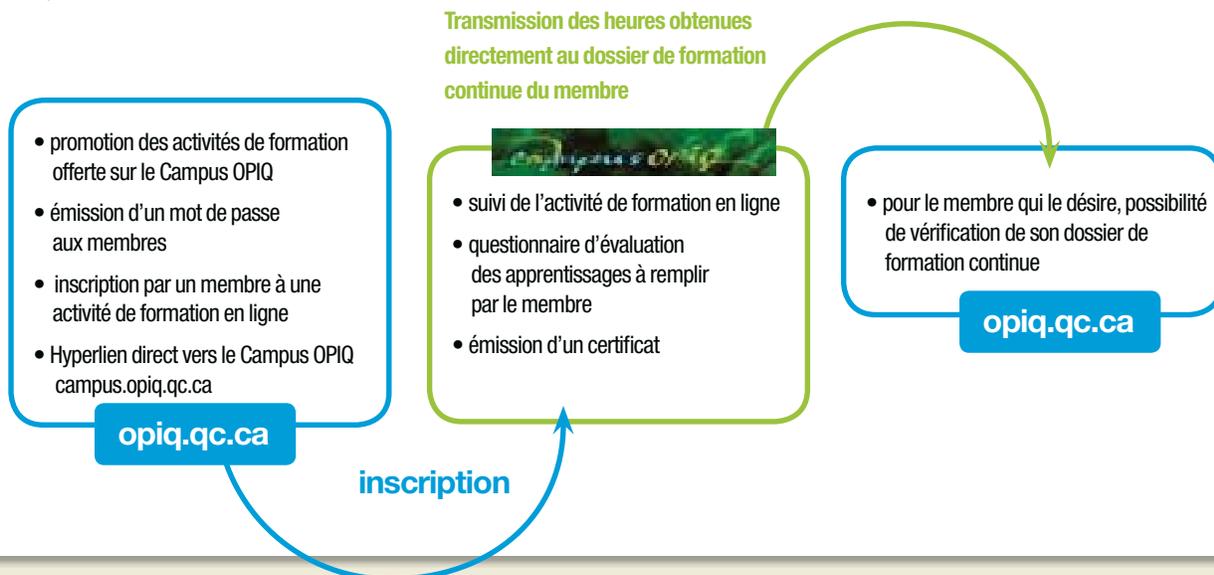
Le site Web OPIQ et le *campusopiq* deux appellations différentes pour deux plateformes Web différentes!

par Marise Tétreault, coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

Vous êtes nombreux à croire que le site Web de l'OPIQ (www.opiq.qc.ca) et le (<http://campus.opiq.qc.ca>) ne font qu'un. Eh bien, détrompez-vous, car il s'agit de deux plateformes Web distinctes dont les objectifs diffèrent.

En effet, si le site Web OPIQ a notamment pour objectif d'informer les membres et de leur offrir différents services en ligne tel que le renouvellement de la cotisation ou l'inscription à une activité de formation, le *campusopiq*, a, pour sa part, la mission de rendre accessibles des activités de formations qualifiantes à tous les membres inscrits au Tableau de l'Ordre.

Bien que distinctes, les deux plateformes se côtoient et communiquent ensemble pour optimiser la gestion des activités de formation en ligne offertes par l'OPIQ et le dossier membre des inhalothérapeutes. Ainsi exprimé, on comprend pourquoi votre mot de passe pour accéder à votre dossier membre (site Web OPIQ) et au *campusopiq* est le même.



35^e anniversaire de l'entrée en vigueur du Code des professions (1^{er} février 1974)

Lors de l'assemblée générale des membres du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), les représentants des ordres ont souligné cet anniversaire en adoptant, à l'unanimité, la résolution suivante :

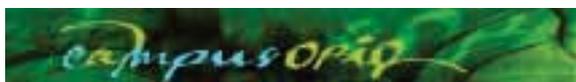
Qu'en ce 35^e anniversaire de l'entrée en vigueur de Code des professions, les ordres professionnels du Québec, réitèrent unanimement à la population leur engagement à assurer la compétence et l'intégrité des 326 000 professionnels qu'ils regroupent et à contribuer, au meilleur de leurs capacités, au progrès de la société québécoise.

Le 35^e anniversaire du Code sera souligné de diverses manières au cours des prochains mois, notamment par le biais d'une publicité conjointe de l'Office des professions et du CIQ.

Également, une Soirée du 35^e aura lieu le 10 septembre 2009 à l'occasion du 3^e Colloque des dirigeants des ordres professionnels, qui se déroulera du 9 au 11 septembre 2009 à Saint-Sauveur.

ERRATUM

Une erreur s'est glissée en page 19 de l'édition précédente d'avril 2009. Il aurait fallu lire que M^{me} Carole Prud'homme, récipiendaire du *prix Mérite du CIQ 2008* est chef de service à l'Hôpital du Haut-Richelieu du CSSS Haut-Richelieu/Rouville, et non à l'hôpital Pierre-Boucher. Toutes nos excuses.



De nouvelles formations se sont ajoutées sur le *campus opiq*

Avril — Mai 2009

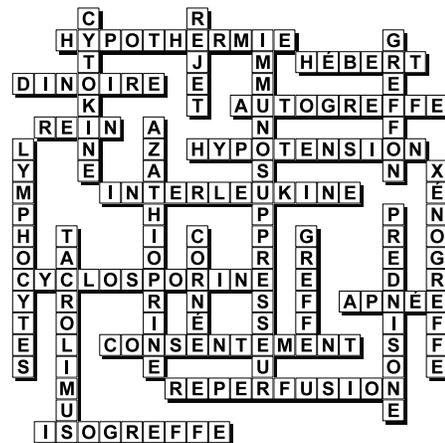
- La transplantation pulmonaire: comment donner un second souffle. D^r Pasquale Ferraro. (OPIQ-210)
- Assistance anesthésique lors d'urgences obstétricales. D^r Maxime Côté. (OPIQ-301)
- L'utilisation des dispositifs d'inhalation dans les maladies pulmonaires, M^{me} Julie Racicot, pharmacienne. (OPIQ-302)

Été 2009

- Les arythmies cardiaques. M^{me} Marie Boisclair, inhalothérapeute. (OPIQ-303)
- La réanimation cardiorespiratoire avancée (volet arythmies), D^s Alain Labrecque et Michel Beauvais, anesthésiologistes et maîtres-instructeurs en réanimation cardiorespiratoire avancée (ACLS). (OPIQ-304)

Surveillez les annonces courriels du *campus opiq* ou sur notre site Web (www.opiq.qc.ca) pour connaître la date de mise en ligne des nouvelles formations.

SOLUTION LES DONNS D'ORGANES



babillardopiq



des livres et vous



Apprendre à vivre avec la bronchite chronique ou l'emphysème

BELLEAU, R. et F. MALTAIS, 2008, Les Presses de l'Université Laval, 96 p. Prix : 19,95 \$

ISBN : 2842996666

Un ouvrage très utile pour les personnes souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), il peut aussi s'adresser aux proches ou au personnel soignant.

Réalisé par un groupe de professionnels de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, dirigé par les pneumologues Roger Belleau et François Maltais, cet ouvrage traite de différents aspects de la maladie. Ils prônent une approche multidisciplinaire faisant participer le patient, car au-delà des difficultés physiques, la bronchite chronique et l'emphysème peuvent engendrer des problèmes psychologiques et sociaux.

Rédigé dans un style facile d'accès, il décrit l'appareil respiratoire et ses fonctions ainsi que la MPOC dans son ensemble, les causes, le diagnostic et les manifestations. Il est également question des médicaments et de la manière d'utiliser les inhalateurs pour un maximum d'efficacité.

Les auteurs enseignent aussi comment économiser son énergie au quotidien, maîtriser ses émotions, bien s'alimenter, respirer adéquatement et vivre sa sexualité. Ils suggèrent également des exercices physiques pour améliorer la tolérance à l'effort pour l'amélioration de la qualité.

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



QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE

LE DON D'ORGANES : UN SECOND SOUFFLE,
UNE NOUVELLE VIE, PAGES 10 À 15

1. Vrai ou faux

Lors d'un décès, lorsque la carte d'assurance-maladie de la personne décédée est signée, l'équipe médicale n'a pas à consulter les membres de la famille et peut procéder sans l'accord de la famille au don d'organes même si celle-ci s'oppose.

VRAI FAUX

2. Lequel des énoncés suivants est faux ?

Le test d'apnée consiste à :

- Préoxygéner à 100 % pendant 10-15 minutes
- Faire une gazométrie artérielle afin de s'assurer d'avoir des valeurs normales avant de débiter le test
- Introduire un cathéter dans le TET et administrer de l'O₂ à 10 l/min.
- Observer le patient pendant 10-12 minutes afin de vérifier l'absence de mouvements respiratoires
- Refaire une gazométrie artérielle et rebrancher le patient au respirateur

3. Il est essentiel d'accorder une surveillance étroite au donneur potentiel et maintenir le plus optimalement possible les organes qui seront prélevés. Il existe donc des règles d'or. Quelles sont-elles ?

- Prendre soin du donneur comme s'il s'agissait du receveur
- Maintenir une perfusion adéquate des organes
- Assurer une oxygénation adéquate des organes
- Maintenir une température corporelle centrale supérieure à 38 °C

Choix de réponse :

- A 1 et 2; B 2 et 3;
 C 1, 2 et 3; D 1, 2, 3, 4

4. L'hormonothérapie combinée est conseillée puisqu'elle améliore considérablement le taux d'utilisation des organes chez les donneurs. De quels médicaments s'agit-il ?

- nipride
- vasopressine
- méthylprednisone
- d'hormone thyroïdienne
- esmolol

Choix de réponse :

- A 1 et 2; B 1, 3 et 4;
 C 1, 2 et 3; D 2, 3, 4; E 1, 2, 3, 4, 5

5. Vrai ou faux

C'est à partir du rapport PaO₂/FIO₂ (après 20 minutes d'oxygénation à 100 %) que nous pouvons évaluer la «transplantabilité» des poumons. Donc, un résultat de PaO₂ supérieur à 300 mmHg peut empêcher la transplantation des poumons.

6. Quel est l'examen diagnostique de choix afin de visualiser l'état pulmonaire d'un patient ?

- L'auscultation
- L'aspiration nasotrachéale
- La bronchoscopie
- L'imagerie pulmonaire

7. Associer le temps entre le prélèvement et la transplantation des différents organes (associer la lettre au bon chiffre).

- L'hypertension pulmonaire;
- Une hypertrophie du ventricule droit;
- Une diminution soudaine du débit cardiaque;
- Une hypotension systémique.

- 12 heures
- 36-48 heures perfusion pulsatile
- 4-6 heures après clamping

8. Lors du prélèvement des organes, il existe un ordre de prélèvement à suivre afin de mener à bien l'éventuelle transplantation. De quel ordre s'agit-il (associer la lettre au bon rang) ?

- 1^{er} organe:
2^e organe:
3^e organe:
4^e organe:
5^e organe:

- rein
- foie
- pancréas
- cœur
- poumon

9. Parmi les suivants, nommez le test auxiliaire pouvant être effectué afin de confirmer le DDN par l'absence de circulation intracrânienne dans certaines situations.

- échographie
- EEG
- Angiographie cérébrale

10. L'hypertension artérielle suite au diagnostic de décès neurologique (DDN) provient souvent d'une détérioration et d'une grande labilité du :

- système immunitaire
- système cardiovasculaire
- système lymphatique
- système parasymphatique

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1^{er} septembre 2009.

Nom :

Prénom :

N° de membre :

Adresse :

Signature :

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à :

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

réponses :

- 1 VRAI FAUX
- 2 a. b. c. d. e.
- 3 a. b. c. d.
- 4 a. b. c. d. e.
- 5 VRAI FAUX
- 6 a. b. c. d.
- 7 1. 2. 3. 4.
- 8 1^{er} organe: 2^e organe:
3^e organe: 4^e organe: 5^e organe:
- 9 a. b. c.
- 10 a. b. c. d.



VOUS VIVEZ ET RESPIREZ L'EXCELLENCE

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

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





CAREstream Medical Ltd.

Le ventilateur Newport e360

Le ventilateur Newport e360 met en application la meilleure technologie de pointe au profit du soin au patient. Son panneau de commande convivial, son écran tactile intégré à interface graphique, sa dimension compacte et ses nombreuses caractéristiques vous assurent que le e360 saura répondre à tous vos besoins en matière de ventilation. Deux modèles sont offerts, le e360 Standard et le e360 Plus offrant davantage de flexibilité afin de satisfaire vos besoins cliniques et les exigences de limitations des coûts. De plus, le e360 a été conçu afin d'offrir le plus bas prix d'achat et d'entretien de sa catégorie, ce qui peut se traduire par de grandes économies de coûts au cours de la durée de ce produit.

Caractéristiques:

- Ventilation non invasive – offert dans tous les modes
- Compensation de fuite automatique
- Réglage de montée/descente automatique*
- Réglage du seuil expiratoire automatique *
- Contrôle de la valve expiratoire pour la décompression en ventilation biphasique *
- Bimodal - Volume cible pour le contrôle de la pression/maintien de la pression*
- Vue à 360 ° du voyant d'alarme et alarmes mises en ordre de priorité pour assurer la sécurité essentielle.
- Fichier historique des résultats – enregistre jusqu'à 1 000 alarmes et changements de réglage
- Condition de veille – pour préétablir les paramètres et exécuter des vérifications avant utilisation
- Contrôle à distance et capacités d'affichage
- Autodiagnostic et vérification de circuits électriques informatisés

**disponible sur le modèle e360 Plus*



Filtration expiratoire HEPA chauffante Newport

- ~ Préviend l'accumulation de condensation due à l'humidité qui pourrait amener un niveau de résistance inacceptablement élevé tel qu'avec les filtres non chauffés.
- ~ Réduit l'apparition d'humidité potentielle en suspension dans l'air des lieux environnants, laquelle peut être propice à la propagation d'infections, surtout en présence de gouttelettes d'infection aéroportées.
- ~ Réduit de façon significative le nombre de fois où le professionnel de soins de santé ait à fermer le circuit pour changer le filtre, ce qui réduit considérablement les risques de contamination.



Pour de plus amples renseignements communiquiez avec nous:

Ligne sans frais : 1-888-310-2186

Télocopieur sans frais : 1-888-310-2187

info@carestream.com

www.carestream.com

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

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