



l'inhalo

avril 2014

DOSSIER

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

HISTOIRE DES MALADIES:
LA FIBROSE KYSTIQUE

 **opiQ**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

volume numéro

31.1

Une nouvelle vision du monitoring de la fonction cérébrale

Une vision plus claire commence par des données plus complètes



Le module de surveillance de la fonction cérébrale SedLine® pour la plateforme de monitoring Root™ aide les cliniciens à améliorer la gestion de l'anesthésie en permettant une titration plus individualisée.

- > Se connecte à Root via les ports Masimo Open Connect™ (MOC-9™)
- > 4 canaux EEG simultanés permettent une surveillance continue de l'état de chaque hémisphère cérébral
- > Un algorithme sophistiqué unique fournit des informations précises et fiables sur la réponse du patient à l'anesthésie
- > Écran haute visibilité pour une interprétation immédiate des mesures exclusives rainbow® et SET® fournies par le moniteur portable Radical-7® de Masimo

www.masimo.com
888-336-0043



© 2014 Masimo Corporation. Tous droits réservés.

Mise en garde : la loi fédérale des États-Unis restreint la vente de cet appareil par ou sur prescription d'un médecin.



2014, une année de festivité!

L'année en cours marquera les 50 ans de notre belle profession et les 30 ans d'existence de notre ordre professionnel. Que de chemin parcouru n'est-ce pas? Au risque de dévoiler mon âge, j'ai constaté, au cours des 35 dernières années, l'évolution de notre rôle. La reconnaissance de notre profession au sein du système professionnel en est un exemple. Les inhalothérapeutes occupent une place de choix dans le suivi systématique des clientèles atteintes de problèmes cardiorespiratoires, de même que dans tous les autres secteurs d'activités dans lesquels ils sont activement impliqués.

Je vous entends déjà me dire que nous ne sommes pas encore reconnus à notre juste valeur, mais croyez-moi, je peux vous affirmer que les choses ont réellement changées. Malgré le fait qu'il nous reste certes du chemin à parcourir, nous avons de quoi être fiers de notre profession et des professionnels que nous sommes!

50 ans déjà!

À chacun de mes anniversaires, ma mère inscrivait toujours l'âge célébré, comme un rappel. Je trouvais cela plutôt curieux... Comme si je pouvais l'oublier! Elle a depuis cessé de le faire à mon grand plaisir! Toutefois, maintenant, je comprends qu'elle faisait référence au temps qui filait à toute vitesse emportant sa jeunesse...

Comme bien des gens, je n'aime pas vieillir, mais il en va autrement pour certaines choses... Ainsi, que la profession célèbre aujourd'hui ces

50 ans d'existence me réjouit et m'émeut. Car, bien que ce chiffre paraisse considérable, nous demeurons une « jeune » profession.

Marquer un anniversaire permet de dresser un bilan de ses réalisations et de se donner une vision pour les prochaines années. Et visionnaires, nous l'avons été, puisque c'est d'abord au Québec que s'est dessiné le profil de cette profession, traçant ensuite son chemin au niveau pancanadien.

J'ai toujours cru qu'ensemble nous pouvions faire la différence, la synergie d'un groupe créant une force qui peut nous propulser vers de nouveaux horizons. Je vous invite donc en grand nombre à vous joindre à nous et à nos collègues canadiens pour souligner cet important événement lors du congrès qui aura lieu du 22 au 24 mai à Montréal.

Au plaisir de vous y rencontrer! J'espère que nous aurons aussi l'occasion de souligner ensemble le 30^e anniversaire de la création de notre ordre professionnel, à Québec en 2015.

Bon anniversaire à tous les inhalothérapeutes du Québec et du Canada! 🐦

Inhalothérapeutement vôtre,



Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	6
Dossier	
Bronchopneumopathie chronique obstructive	
La réadaptation respiratoire et la BPCO	8
Le SMAF ^{MC} : l'évaluation de la mobilité harmonisée à la MPOC modérée à grave	16
Partenaires jusqu'au dernier souffle	24
Chronique: déontologie	32
Finances	36

À l'avant-scène	43
Actualités	
L'inspection professionnelle	34
De la sorcellerie à <i>Star Académie</i>	
La fibrose kystique	38
Profession: inhalothérapeute	42
E-cigarette: une technologie prometteuse ou dangereuse?	44
Chronique de la relève	48
Entrecroisé	49
Babillard	50
Questionnaire formation continue	56





AVANT-PROPOS

Pour en savoir plus...

Assis à la table de la cuisine, sur le bout de sa chaise, dans la position typique des personnes souffrant d'insuffisance respiratoire, monsieur B. pleurait doucement. Fumeur invétéré depuis des années, il avait accepté le diagnostic de BPCO ainsi que la dyspnée invalidante, la toux et les nombreux séjours à l'hôpital imposés par sa maladie. Il refusait l'installation du concentrateur d'oxygène. Oxygène 24 h sur 24, c'était trop ! Il « ne se laisserait pas attacher comme un chien à un poteau », d'autant plus qu'il souffrait d'un important déconditionnement physique.

À cette époque, on commençait à parler des bienfaits de la réadaptation respiratoire. Assurées de son intérêt, de sa motivation à intégrer un programme et toutes contre-indications exclues, nous avons fait les démarches pour faire accepter monsieur B. à l'Institut thoracique de Montréal. Lorsque j'ai tenté d'obtenir la prescription nécessaire à l'inscription au programme, je me suis heurtée à un mur : refus catégorique du spécialiste, pas assez de preuves scientifiques ; inutile d'y inscrire son patient ; pure perte de temps. Je n'en croyais pas mes oreilles ! Je le rencontre pour en discuter ; peine perdue. Je ne baissai pas les bras pour autant. J'ai appelé le médecin de famille de monsieur B., qui m'a écoutée lui présenter les bienfaits de la réadaptation, citant au passage les résultats de l'étude du Dr Yves Lacasse et coll. publiée dans *The Lancet*, et j'ai obtenu la précieuse ordonnance !

Je vous raconte cette histoire pour souligner qu'il n'y a pas que les patients qui profitent de votre expertise. Les nombreux professionnels qui gravitent autour de vos patients en profitent eux aussi !

Et si cette expertise s'acquiert en perfectionnant savoir, savoir-faire et savoir-être, elle se nourrit aussi de curiosité scientifique, de rencontres inspirantes et d'échanges dynamiques. Et quel meilleur endroit que le [Congrès éducatif et salon professionnel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires](#) pour y trouver tout ça ? Nous vous y attendons en grand nombre, du 22 au 24 mai 2014, pour célébrer ensemble les 50 ans de la profession !

Ça bouge à la permanence !

Deux nouvelles personnes se sont greffées à l'équipe : bienvenue à Éline Paré et à Sandra Di Palma qui agissent respectivement à titre de chargée de projet et de coordonnatrice à l'inspection. Avis aux cruciverbistes : madame Paré reprend la parution de l'entrecroisé, pour notre plus grand plaisir. Je félicite aussi Martine Gosselin pour l'obtention du poste de directrice générale de l'Ordre des podiatres du Québec. Je souhaite à toutes trois bon succès dans leurs nouvelles fonctions.

Bon printemps... malgré l'hiver qui s'accroche !



Line Prévost inh.

Line Prévost, inh., réd. a.

Coordonnatrice aux communications

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Président

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

Administrateurs

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions

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

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Président

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

1^{er} vice-présidente

Michèle Vincent Félix, inh.

2^e vice-présidente

Francine LeHouillier, inh.

Trésorière

Annie Quenneville, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Laurier Boucher

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A., M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^{re} Andrée Lacoursière, D.É.S.S. Droit et politiques de la santé

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Sandra Di Palma, inh.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh., réd. a.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

Chargée de projet

Éline Paré, inh., M.A.

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

Secrétaire à l'accueil et services aux membres

Lise Lafrance

Syndic

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

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh., réd. a.

Collaborateurs

Bernard Cadieux, inh., M.A.P., M. Sc., Magali Courmoyer-Proulx, avocate, Martine Gosselin, inh., M.B.A., Johanne Gravel, inh., Louise Milmore, inh., Aurore Olszanowski, banquière personnelle, D^r Simon Parenteau, pneumologue, Anick Perreault-Labelle, François Philibert-Dubois, inh., D^{re} Marie-Claude Raymond, médecin de famille, Marise Tétreault, inh., M.A.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2014

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et archives nationales du Québec. ISSN-1494-1945

Conception graphique, réalisation, révision, correction et traduction

Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OIOP

Pilar Macias, photographe

Publicité

CPS Média

Jean-Philippe Thibault, conseiller publicitaire
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél.: (450) 227-8414 • Téléc.: (450) 227-8995

Courriel: jpthibault@cpsmedia.ca

Publication trimestrielle

de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721
Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

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

l'inhalo n'est associé à aucune publicité

apparaissant dans ses pages.

Un air de confiance

**Bienvenue au
50^e anniversaire de la SCTR**

Venez nous visiter au
kiosque **# 24** pour voir notre
nouveau produit.....
AnchorFast Guard !

**Offre une mesure de protection supplémentaire —
avec confiance.**

Le nouveau support pour tube endotrachéal AnchorFast Guard présente un manchon protecteur intégré afin d'aider à prévenir l'occlusion du tube.

Voyez comment nous aidons à faire passer l'intérêt des patients avant tout — avec confiance. Téléphonnez au 1.800.263.7400 ou visitez le www.anchorfast1.com

AnchorFast Guard
Support pour tube endotrachéal oral

Maintenant avec protection du tube



Mise en garde : Avant d'utiliser le support pour tube endotrachéal oral AnchorFast Guard, veuillez lire entièrement le feuillet de mode d'emploi qui accompagne le produit.

Hollister et son Logo, et AnchorFast Guard sont des marques de commerce de Hollister Incorporated.
© 2013 Hollister Incorporated



MOT DU PRÉSIDENT

Être compétent, ça veut dire quoi exactement ?

Bien qu'*a priori* la notion de compétence ne pose pas de problème dans notre langage professionnel courant, on peine quand même à la définir. Pour ma part, j'aime bien la définition qu'en donne Guy Le Boterf¹ à savoir qu'*une compétence donnée est un « savoir-agir » validé dans une situation professionnelle complexe et en vue d'une finalité; elle est le résultat de la combinaison de différents types de ressources*. Ainsi, l'on reconnaît que la compétence se trouve au point de convergence de trois composantes: le savoir (ensemble des acquis théoriques et pratiques), le savoir-faire (habiletés) et le savoir-être (qualités personnelles, attitudes et comportements). Le professionnel compétent est donc celui qui réunit ces trois facettes dans l'exercice de ses fonctions. Il s'agit de compétence de base. Alors qu'auparavant on parlait plutôt de *qualifications*, le concept de *compétence* a pris de l'ampleur à la fin des années 1980 pour faire maintenant partie du vocabulaire professionnel courant.

Au tournant des années 2000, avec l'approche par compétence préconisée dans les différents programmes de formation, cette notion s'est vue redéfinie en capacité de l'individu à agir et réagir de façon appropriée en mobilisant ses ressources lors de situations complexes. On parle alors de *savoir dans l'action*. Ainsi, on réfère toujours aux différents savoirs, mais les contextes de réalisation dans lesquels ils doivent se manifester sont de première importance et doivent être considérés. Pour parler de *compétence*, il faut donc qu'il y ait engagement d'un répertoire de ressources (les connaissances générales et procédurales, les savoir-faire opérationnels, conditionnels, relationnels et cognitifs, auxquels s'ajoutent l'expérience acquise, les attitudes professionnelles et les aptitudes personnelles) selon une situation donnée. Guy Le Boterf écrit d'ailleurs que « la compétence s'acquiert largement dans l'action ».

Alors, concrètement, être compétent en 2014, ça veut dire quoi pour un inhalothérapeute? C'est prendre la juste mesure d'une situation clinique et s'y adapter, c'est utiliser son jugement clinique pour voir plus loin que ce qui est prescrit. Savoir exécuter c'est bien, mais aller au-delà — analyser et faire des choix, prendre des initiatives et des décisions, proposer des pistes de solution à un problème, anticiper les aléas et les complications —, c'est mieux et tellement plus valorisant!

L'OPIQ est conscient que la compétence passe aussi par le rehaussement de la formation initiale et fait toutes les représentations nécessaires pour que le programme soit ajusté. Est-ce que la campagne électorale entraînera de nouveaux délais dans ce dossier? L'avenir nous le dira...

Je ne peux toutefois passer sous silence l'importance de la formation continue, pierre angulaire du maintien des compétences. Pour demeurer compétent et offrir des soins de haut niveau à nos différentes clientèles, il nous faut actualiser nos acquis scientifiques, connaître les tendances dans les modalités thérapeutiques, découvrir les nouveautés technologiques et pharmacologiques. Je vous invite donc au *Congrès éducatif et salon professionnel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires* qui aura lieu du 22 au 24 mai 2014, au Fairmont Le Reine Elizabeth de Montréal!

Un vent de changement a soufflé sur le siège social de l'OPIQ en ce début d'année. Deux administratrices ont quitté le Conseil d'administration pour de nouveaux défis: mesdames Éleine Paré, représentant l'Estrie et Mélanie Grondin de la région de Québec-Chaudière-Appalaches-Bas-St-Laurent-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Je les remercie pour leur dévouement et leur implication au sein du C.A. et je leur souhaite bonne chance dans leurs nouvelles fonctions. Madame Paré poursuit sa collaboration avec nous à titre de chargée de projet au sein de la permanence.

Un autre départ. Madame Martine Gosselin, coordonnatrice à l'inspection professionnelle, occupe maintenant la fonction de directrice générale de l'Ordre des podiatres du Québec. Je la félicite et lui souhaite beaucoup de succès dans cette nouvelle aventure. Merci pour ces douze années passées à l'OPIQ. J'en profite pour souhaiter la bienvenue à madame Sandra Di Palma, nouvelle coordonnatrice à l'inspection professionnelle.

Comme quoi la compétence mène vers l'expertise, laquelle nous offre de nouvelles opportunités...✈



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

¹ Auteur français, P.H. D. en lettres et en sciences humaines qui a publié de nombreux ouvrages sur le sujet, dont *Construire les compétences individuelles et collectives — Le modèle: agir avec compétence en situation, les réponses à plus de 100 questions*. 6^e édition parue en mars 2013.



Association pulmonaire canadienne	23
Banque Nationale	37
BOMImed	19
CardinalHealthCanada	33
CAREstream	47
Covidien	10
FIQ	35
GlaxoSmithKline	30-31
Hollister	5





A WORD FROM THE PRESIDENT

Being competent, what does it actually mean?



Even though at first glance the notion of competence does not seem to cause any problem, still it is hard to define. For myself, I like the definition Guy Le Boterf¹ proposes which is that a *given competence is a “practical knowledge” validated in a complex professional situation aimed towards a final objective; it is the result of a combination of different types of resources* (our translation). This way, we recognize that competence is located at a point where three components converge: knowledge (theoretical and practical assets), know-how (abilities) and people skills (personal qualities, attitudes and behaviour). The competent professional is thus the one who combines these three facets while exercising one’s functions. It is basic competence. Whereas we previously talked of *qualifications*, the concept of *competence* began to gain prominence in the late 1980s to be part of the current professional vocabulary.

As the year 2000 rolled in, placing the approach by competence at the forefront in different training programs, this notion has seen itself redefined as the capability of the individual to act and react appropriately by mobilizing one’s resources when facing complex situations. We are then speaking of *knowledge through action*. So, we still refer to different types of knowledge but the contexts in which they actually manifest themselves are of the utmost importance and they must be considered. Therefore, to speak of *competence*, there must be a commitment to a repertoire of resources (general and procedural knowledge, operational, conditional, relational and cognitive know-how, to which are added the acquired experience, professional attitudes and personal aptitudes) depending on the given situation. Besides, Guy Le Boterf writes that “competence is largely acquired through action.”

So, in practical terms, what does being competent mean to a respiratory therapist in 2014? It is to take the exact measure of a clinical situation and to adapt to it, it is using one’s clinical judgement to see further than what is prescribed. Knowing how to execute is good, but to go beyond—analyse and make choices, take initiative and make decisions, propose ways of solving a problem, anticipate uncertainties and complications—, is better and much more rewarding!

OPIQ is aware that competence also has to go through the enhancement of initial training and makes all the required representations so that the program be adjusted. Will the electoral campaign lead to new delays on this issue? Only time will tell...

However, I cannot ignore the importance of continuing education, cornerstone to staying competent. In order to remain competent and be able to provide high level care to our different clientele, we must bring our scientific assets up-to-date, know the therapeutic modality trends, discover what is new in the fields of technology and pharmacology. Therefore, I invite you to the *Canadian Society of Respiratory Therapists Educational Conference and Trade Show* that will be held May 22-24, 2014 at the Fairmont Queen Elizabeth in Montreal.

The start of the new year has seen a wind of change sweep through OPIQ’s office. Two administrators have left the Board of directors to take on new challenges: Mrs Éline Paré, representing the Eastern Townships and Mélangy Grondin for the region of Québec-Chaudière-Appalaches-Bas-St-Laurent-Îles-de-la-Madeleine. I thank them both for their devotion and their involvement on the Board of directors and I wish them good luck in their new endeavors. Mrs Paré continues her collaboration with us as project manager.

Another departure. Mrs Martine Gosselin, professional inspection coordinator, now occupies the function of general manager of the *Ordre des podiatres du Québec*. I congratulate her and wish her great success in this new venture. Thank you for the twelve years spent at OPIQ. I also take this opportunity to welcome Mrs Sandra Di Palma, the new professional inspection coordinator.

Which goes to show that competence leads to expertise which in return presents us with new opportunities...



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

La Capitale	21
Maquet-Dynamed	57
Masimo	2
McArthur Medical Sales	29
Novartis	15, 58
RIIRS	27
Solutions Inhalostat	39
Transplant Québec	40
UQAT	41

¹ French author, P.H. D. in literature and social sciences who published many works on this subject, of which *Construire les compétences individuelles et collectives — Le modèle: agir avec compétence en situation, les réponses à plus de 100 questions*. 6^e édition that came out in March, 2013.



compétence

7

La réadaptation respiratoire et la BPCO: une intervention musclée

par **D^r Simon Parenteau**, pneumologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal,
professeur adjoint de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Source: PARENTEAU, S. Novembre 2013. « La réadaptation respiratoire et la BPCO: une intervention musclée ». *Le Médecin du Québec*, vol. 48, n° 11, p. 61-65. ©FMOQ.

Reproduction autorisée.

Summary

COPD and Pulmonary Rehabilitation: A Powerful Intervention. General practitioners eagerly recognize the importance of physical activity as part of a healthy lifestyle. Chronic obstructive pulmonary disease is a condition very frequently found among patients in the general population. Dyspnea is the main symptom and forces patients into a vicious circle of inactivity, deconditioning and poor quality of life. Doctors can help patients fight this condition safely by encouraging them to maintain an active lifestyle and by referring them to a pulmonary rehabilitation program. Such programs have been scientifically proven to significantly improve patients' condition by lowering their level of dyspnea and fatigue, thereby improving their quality of life. Most programs are designed to combine physical training and self-management education. Québec has many resources to help physicians direct their patients to a pulmonary rehabilitation program or even to start up a program in their local areas.

En conférence, vous demandez à votre auditoire : « Qui, dans cette salle, croit que l'exercice est bon pour la santé ? Qui, parmi vous, le recommande à ses patients ? » Les mains se lèvent généralement de manière assez unanime. « Et qui le recommande aux patients atteints de BPCO ? » Les mains se baissent soudainement...

Il semble effectivement que lorsque l'on pose ces questions en désignant spécifiquement des patients atteints de maladie respiratoire chronique, notamment la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), moins de médecins se sentent assez sûrs d'eux pour accomplir un acte thérapeutique utile qui peut avoir un effet considérable sur les symptômes, la qualité de vie, voire la survie.

M^{me} Allaire, 63 ans, est une serveuse retraitée qui a été hospitalisée en 2013 pour un infarctus et a alors cessé de fumer. En 2003, elle a reçu un diagnostic de BPCO, son VEMS se situant alors à 1,78 l (65 % de la valeur prédite). Elle prend les médicaments suivants :

- AAS, 80 mg/j par voie orale;
- bisoprolol, 5 mg/j par voie orale;
- irbésartan, 150 mg, 2 f.p.j., par voie orale;
- salmétérol, 50 µg, 2 f.p.j.;
- tiotropium 18 µg/j;
- salbutamol, 100 µg, 2 inhalations jusqu'à 4 f.p.j., au besoin.

Depuis peu, sa dyspnée rend ses courses pénibles. Elle va donc de moins en moins à l'extérieur, craignant une détérioration de sa fonction pulmonaire et de son cœur. Elle semble légèrement déprimée et vous avoue avoir l'impression de ne plus profiter de la vie.

Pourquoi encourager ces patients à faire de l'exercice ?

Après avoir rigoureusement vérifié que sa maladie coronarienne est stable et qu'il n'y a aucun signe de surinfection, vous croyez que votre patiente pourrait bénéficier d'un programme de réadaptation respiratoire. Vous vous posez toutefois certaines questions :

- ❶ Un programme d'exercices est-il sûr pour cette patiente ?
- ❷ Comment peut-il s'avérer utile puisqu'il ne modifiera pas la fonction respiratoire ?
- ❸ Aurais-je de la difficulté à convaincre la patiente de faire de l'exercice alors qu'elle s'en croit incapable ?
- ❹ Une modification du traitement médicamenteux pourrait-elle permettre d'obtenir un effet plus important ?

Parmi les nombreux effets généraux de la BPCO, l'inactivité, le déconditionnement et l'atteinte musculaire périphérique contribuent grandement à perpétuer la dyspnée et la fatigue et entraînent une faible tolérance à l'effort. La survenue d'exacerbations de BPCO et la détérioration progressive des symptômes nuisent énormément à la qualité de vie des patients. Certains qualifient ce phénomène de « cercle vicieux de la BPCO » (voir figure 01).

Le programme de réadaptation est offert dans plusieurs hôpitaux et cliniques de BPCO. Il permet d'une part au médecin de traiter le déconditionnement musculaire par l'exercice et, d'autre part, aux patients de participer plus activement à l'amélioration de leur qualité de vie grâce à un programme d'enseignement. Ce dernier vise une meilleure compréhension et une meilleure maîtrise des symptômes au quotidien et au cours de l'activité physique. Il fournit aussi aux malades les outils nécessaires pour mieux percevoir et prendre en charge leurs exacerbations.

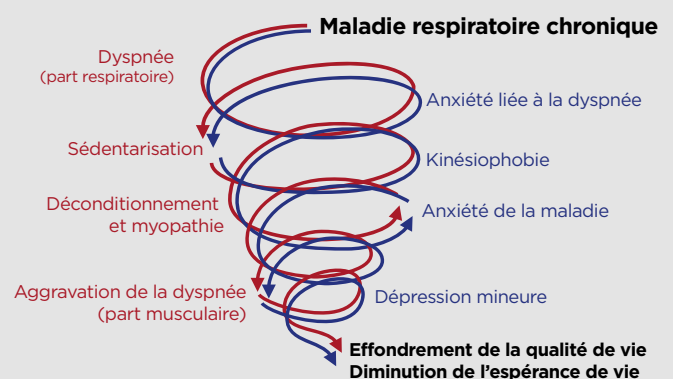
Une intervention sûre

La pratique de l'activité physique chez le patient atteint de BPCO est sûre, dans la mesure où une évaluation à la fois simple, mais structurée a lieu. Cette évaluation a principalement pour but de dépister d'éventuels problèmes médicaux qui peuvent rendre la pratique de l'exercice difficile ou douloureuse ou entraîner des conséquences défavorables pour le patient.

Des bienfaits réels et mesurables

On définit la réadaptation respiratoire comme un programme multidisciplinaire d'interventions thérapeutiques pour les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques dont les symptômes limitent les activités quotidiennes. Le programme est personnalisé, repose sur des preuves scientifiques et s'intègre au plan de soins afin d'optimiser l'état fonctionnel des patients en diminuant les répercussions des symptômes et des autres manifestations de leur maladie. Conséquemment, il permet aussi de réduire les coûts de santé². Une abondante littérature scientifique montre les bienfaits considérables de la participation à un programme de réadaptation (voir tableau 01 à la page 12).

figure 01. Évolution de la BPCO¹



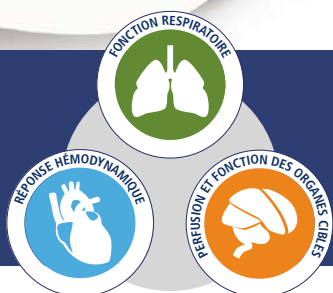
Source: LIPOVETSKY, G., ROCHE, N., NINOT, G., BOURBEAU, J. et CHAVIGNAY, É. « La qualité de vie dans tous ses états ». *Revue des Maladies Respiratoires* 2010; 2 (6): 560-566. ©2010 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Reproduction autorisée. D'après ROCHE, N., SOYEZ, F. « Place de la qualité de vie dans l'évaluation des maladies respiratoires chroniques - La réhabilitation du malade respiratoire chronique ». Paris: Masson Eds (2009), p. 177-194.



Révéler un portrait
plus complet

Voir plus pour en faire plus.

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



LES SYSTÈMES DE DÉTECTION DE COVIDIEN

Capnographie **Oridion**[®] Microstream[®] | Oxymétrie de pouls **Nellcor**^{MC} avec technologie OxiMax^{MC}

- • • Quelles sont les composantes essentielles d'un programme de réadaptation respiratoire ?

Comment sélectionner et évaluer les patients ?

Tous les patients dont l'intensité de la dyspnée limite le degré d'activité et la qualité de vie, sans égard au sexe, à l'âge, au niveau d'obstruction bronchique ou au statut tabagique, vont bénéficier d'un programme de réadaptation respiratoire. Ceux qui présentent un déconditionnement musculaire plus important semblent percevoir davantage d'amélioration².

L'état (respiratoire, cardiovasculaire, musculosquelettique, etc.) des patients doit être relativement stable. Plus récemment, cependant, on a remis en question ce dernier concept. Une étude a même suggéré qu'il y aurait un avantage à commencer tôt un programme de réadaptation après une exacerbation. Le nombre de jours d'hospitalisation serait alors réduit et la survie, améliorée. Plus d'études sont toutefois requises pour confirmer ces informations³.

L'évaluation doit aussi permettre de repérer les patients dont l'état de santé peut constituer une contre-indication au programme de réadaptation respiratoire, notamment ceux qui présentent une

« Tous les patients dont l'intensité de la dyspnée limite le degré d'activité et la qualité de vie, sans égard au sexe, à l'âge, au niveau d'obstruction bronchique ou au statut tabagique, vont bénéficier d'un programme de réadaptation respiratoire. Ceux qui présentent un déconditionnement musculaire plus important semblent percevoir davantage d'amélioration. »

maladie coronarienne instable et certains troubles neurologiques ou psychiatriques. Les problèmes doivent être pris en considération lorsqu'ils peuvent nuire à la participation à un programme d'exercices ou à tout le moins nécessiter une adaptation du programme. Les maladies pour lesquelles le programme de réadaptation respiratoire est contre-indiqué sont énumérées dans le tableau 02.

À quoi ressemble un programme de réadaptation respiratoire ?

Généralement, on bâtit un programme de réadaptation respiratoire en prévoyant deux composantes principales : des séances d'enseignement pour les patients et un programme d'exercices physiques.

tableau 01

Bienfaits liés à la réadaptation respiratoire²

- Réduction de la dyspnée et de la fatigue
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution de l'utilisation des services de santé
- Diminution de la fréquence des hospitalisations

tableau 02*

Maladies ou états contre-indiqués pour un programme de réadaptation respiratoire

- Angine instable
- Sténose valvulaire importante
- Arthrose avancée incapacitante
- Quadriplégie
- Troubles graves de la personnalité

* Tableau de l'auteur



« À l'heure actuelle, les guides de pratique pour les programmes de réadaptation respiratoire recommandent unanimement trois séances par semaine pendant de six à dix semaines. »

Grâce aux séances d'enseignement, les patients peuvent mieux comprendre la physiopathologie de la BPCO, le rôle de la prise en charge globale de la maladie, l'utilisation appropriée des médicaments, des techniques de maîtrise de la dyspnée et des principes d'économie d'énergie. On leur explique aussi ce qu'est une exacerbation, quelles en sont les principales causes, comment la reconnaître précocement et, surtout, comment y réagir rapidement et efficacement.

Le programme d'exercices doit comporter deux volets : entraînement de type aérobie et exercices de musculation pour les membres supérieurs et inférieurs. Chaque séance est préférablement précédée d'une période d'échauffement, puis suivie d'une récupération par des étirements et une relaxation.

Il n'y a pas encore de consensus clair sur l'intensité exacte de l'entraînement, la fréquence des séances et la durée des programmes. À l'heure actuelle, les guides de pratique recommandent unanimement trois séances par semaine pendant de six à dix semaines^{2,3}. L'intensité de l'entraînement varie d'un programme à l'autre, notamment en fonction de la clientèle desservie.



tableau 03

Éléments du programme d'exercices⁴

- *Activités aérobiques mobilisant les membres inférieurs :*
 - ▶ vélo stationnaire
 - ▶ tapis roulant
 - ▶ marche
 - ▶ escaliers
- *Entraînement en endurance pour les membres supérieurs, sans appui physique (ex. : ergocycle pour les bras)*
- *Activités de musculation (poids ou appareils) pour les membres supérieurs : épaules et bras*
- *Activités de musculation (poids ou appareils) pour les membres inférieurs*

tableau 04

Éléments du programme d'enseignement

- *Conseils sur l'abandon du tabac*
- *Information de base sur la respiration et physiopathologie de la BPCO*
- *Information sur les médicaments et utilisation optimale des inhalateurs*
- *Stratégies de contrôle de la dyspnée*
- *Technique de respiration et de toilette bronchique*
- *Plan d'action pour le traitement précoce des exacerbations aiguës*
- *Vivre avec une maladie chronique – prise de décision en fin de vie*
- *Identification des ressources éducatives*
- *Gestion du stress et de l'anxiété*
- *Maintien d'un style de vie sain et pleinement satisfaisant (travail, loisirs et sexualité)*
- *Oxygénothérapie : indication et mode d'emploi*
- *Importance de l'activité physique et nutrition*

* Source : inspiré et adapté de ©2013, [RÉADAPtsanté](#), tous droits réservés. Reproduction autorisée.

« Le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) aide les professionnels de la santé à améliorer les soins aux patients atteints de BPCO en leur fournissant plusieurs outils et de la formation sur plusieurs aspects liés à cette maladie, notamment la réadaptation. »

••• Vous trouverez, dans les tableaux 03⁴ et 04², les principaux éléments des exercices d'enseignement en réadaptation respiratoire.

Où s'adresser pour trouver un programme de réadaptation ?

Le rôle du médecin de première ligne

Une fois la clientèle repérée et les contre-indications exclues (tableau 02), il faut s'assurer de la collaboration du patient. Une première approche vise à évaluer le rapport de ce dernier avec l'exercice : son degré d'activité actuel ainsi que sa confiance et sa motivation pour devenir plus actif sans risque. Il importe aussi de clairement l'informer des bienfaits possibles d'un tel programme et de lui mentionner qu'il s'agit d'un traitement complémentaire qui s'ajoutera à l'efficacité de ses médicaments.

Dans plusieurs secteurs de la province de Québec, on trouve des centres de réadaptation respiratoire où les patients peuvent être dirigés directement pour une consultation médicale avec les experts du programme ou encore avec un pneumologue. Pour trouver une clinique spécialisée en BPCO, allez au www.poumon.ca/respDB/search-copd_f.php. Pour un centre d'enseignement sur la BPCO, consultez le www.pq.poumon.ca/services/ressources-ressources.

De l'aide et des outils précieux

L'accessibilité au programme de réadaptation respiratoire est très variable d'un endroit à l'autre en dépit de l'importance de cette modalité dans la prise en charge globale de la BPCO. Heureusement, plusieurs ressources peuvent aider le médecin à s'acquitter de ce rôle un peu complexe. Elles sont régulièrement mises à jour afin de demeurer pertinentes et conformes aux recommandations les plus récentes.

Le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) aide les professionnels de la santé à améliorer les soins aux patients atteints de BPCO en leur fournissant plusieurs outils et de la formation sur plusieurs aspects liés à cette maladie, notamment la réadaptation. On peut aussi y faire appel pour trouver une ressource en réadaptation respiratoire dans sa région (www.rqam.ca).

Parmi les outils mis au point par le RQAM, on trouve une brochure destinée aux patients s'intitulant : « *Bougez plus, respirez mieux* », qui aborde l'importance d'intégrer l'activité physique à leur mode de vie et qui les guide sur la façon d'y arriver. Une formation destinée aux professionnels de la santé (médecins et techniciens paramédicaux) a aussi été préparée afin qu'ils puissent assister et suivre les patients efficacement dans leur démarche et mesurer les effets de l'incorporation de cette mesure dans le plan de soins des patients. Il est possible d'accéder à ces ressources en communiquant avec le RQAM.


Le RQAM a aussi collaboré à l'élaboration du site Internet www.livingwellwithcopd.com (*Mieux vivre avec la MPOC*) où les professionnels de la santé peuvent télécharger gratuitement six modules d'autoapprentissage en français ou en anglais pour les patients.

Chaque module couvre un aspect précis de la BPCO et permet aux patients de se familiariser de façon interactive avec les différents éléments mentionnés.

Pour les cliniciens qui seraient tentés de mettre sur pied un programme de réadaptation respiratoire, le site Internet www.readaptsante.com fournit toute l'information nécessaire pour créer un programme complet, structuré et adapté aux ressources dont ils disposent.

L'information y est synthétisée et organisée en onglets qui abordent chacun un aspect particulier et précis de l'organisation du programme. La prochaine fois que vous verrez un patient atteint de BPCO au cabinet ou à l'hôpital, pensez-y!

Votre rôle est prédominant

M^{me} Allaire, tout comme un nombre important de patients que vous suivez, peut vraiment obtenir des bienfaits considérables en participant à un programme de réadaptation respiratoire. Elle doit toutefois être informée de l'existence de ces programmes et des avantages qu'elle peut en retirer. Avant toute chose, vous devez vous-même être convaincu de la valeur thérapeutique de ce traitement qui a fait ses preuves et qui chaque jour permet à de nombreuses personnes de bénéficier d'une qualité de vie meilleure. 

Le Dr Simon Parenteau n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- LIPOVETSKY, G., ROCHE, N., NINOT, G. et coll. « La qualité de vie dans tous ses états ». *Revue des maladies respiratoires Actualités* 2010; 2 (6): 560-6.
- NICI, L., DONNER, C., WOUTERS, E. et coll. « American Thoracic Society/ European Society. Statement on pulmonary rehabilitation ». *Am J Respir Crit Care Med*, 2006; 173 (2): 1390-413.
- MARCINIUK, D.D., BROOKS, D., BUTCHENS, S. et coll. « Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease-practical issues: a Canadian Thoracic Society Practice Guideline ». *Can Respir J*, 2010; 17 (4): 159-68.
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC. *Les 5 étapes pour implanter un programme de réadaptation avec succès*. Québec: Le Réseau, 2013. Site Internet: www.readaptsante.com (date de consultation: mai 2013).

Pour en savoir plus

- CELLI, BR. « Pulmonary rehabilitation in COPD ». *UpToDate* 2013. Site Internet: www.uptodate.com (date de consultation: juillet 2013).
- VESTBO, J., HURD, S.S., AGUSTI, A.G. et coll. *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2013. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* 2013; 76 p. Site Internet: www.goldcopd.org (date de consultation: février 2013).
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE. Feuillelet d'information sur la réadaptation pulmonaire. Ottawa: La Société; 2012. Site Internet: www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/2012_Feuillet_Information_Readaptation_Pulmonaire.pdf (date de consultation: juillet 2013).

L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

Le SMAF^{MC} : l'évaluation de la mobilité harmonisée à la MPOC modérée à grave

par **Louise Milmore**, inhalothérapeute, CLSC Jean-Olivier-Chénier, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et formatrice accréditée pour l'OEMC par le CESS.

CONTEXTE

Tous les clients qui bénéficient d'un suivi régulier avec le soutien à domicile doivent se soumettre à une évaluation annuelle des besoins. Ces évaluations, complétées par l'intervenant responsable du dossier au CLSC, s'effectuent avec l'outil d'évaluation de l'autonomie multidentèle (OEMC) qui inclut le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF^{MC}). L'inhalothérapeute qui, au soutien à domicile agit à titre d'intervenant pivot pour la majorité des clients de sa charge de cas, n'y échappe pas.

Durant mes douze années de pratique au soutien à domicile, j'ai été confrontée au problème d'harmoniser le SMAF^{MC} pour la clientèle MPOC, en fonction de la gravité de la maladie.

En effet, lorsqu'on lit la description du score de l'incapacité (voir le tableau 01, p. 17), la cotation, la plus logique à première vue, pour situer une MPOC lors de l'évaluation de la mobilité, semble se situer à -0,5: *autonome avec difficulté ou lenteur (sans aide, sans surveillance et sans risque)*. Ces clients, en effet, se mobilisent seuls, avec ou sans aide technique (marchette), avec ou sans oxygène, sans aide humaine, avec une difficulté variable selon la gravité de la maladie.

En remplissant le formulaire d'évaluation de l'autonomie multidentèle, j'ai noté que notre clientèle se retrouvait, majoritairement, avec des profils iso-SMAF 1, 2 ou 3 de la *catégorie 1 : atteintes aux tâches domestiques* (voir le tableau 02, p. 17).

Règle générale, la clientèle de la catégorie 1 des profils iso-SMAF n'est pas prise en charge par les services du soutien à domicile en raison de leur trop grande autonomie. Lorsqu'elle se retrouve dans la charge de cas d'un inhalothérapeute, ce dernier doit se présenter devant le chef de programme pour justifier sa présence et la nécessité d'un suivi systématique.

Bien que la catégorie 1 des profils iso-SMAF s'adapte à un client souffrant d'une forme bénigne de MPOC, elle n'est pas représentative de la clientèle MPOC modérée à grave qui, elle, est prise en charge par le service d'inhalothérapie du CLSC (voir le tableau 03, p. 18). Cette clientèle devrait en principe se retrouver avec un profil iso-SMAF de 4, 6 ou 9 de la *catégorie 2 : atteinte motrice prédominante en raison de leur essoufflement à l'effort, même léger* (voir le tableau 02, p. 17).

Cette réflexion m'a amené à me pencher attentivement sur la cotation de chacun des éléments de la mobilité pour la clientèle MPOC modérée à grave.

MÉTHODE

Commençons par décrire ce qu'est la MPOC modérée et grave selon la [classification](#) de la Société canadienne de thoracologie (voir le [tableau 03](#), p. 18) : le stade modéré est décrit comme *le patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'oblige à s'arrêter pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 m (ou après quelques minutes) sur une surface plane (CRM 3-4)*. Le stade grave décrit *le patient qui manque de souffle en raison de la MPOC, ce qui l'empêche de quitter la maison, ou qui s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille (CRM 5)*.

Pour l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM), le lecteur peut se référer au [tableau 04](#) à la page 18. Prenez note que depuis la parution de ce tableau en 2008, cette échelle de dyspnée a été modifiée de 0 à 4 au lieu de 1 à 5.

Voyons chacun des éléments compris dans le thème de la mobilité du SMAF^{MC}.

1. Transferts (voir le [tableau 05](#), p. 20)

Cet élément mesure la capacité de se transférer du lit vers une chaise ou un fauteuil roulant ou à la position debout et vice versa. À première vue, la cotation -0,5 semble décrire la clientèle MPOC : *indique la capacité de se transférer, mais avec difficulté. Doit se reprendre à plusieurs reprises, mais se corrige lui-même de façon sécuritaire. Fractionne la tâche.*

Regardons comment un client avec une MPOC modérée à grave se comporte le matin, au lever. La dyspnée est, en général, beaucoup plus inconfortable le matin par rapport au reste de la journée. Ce qui se traduit par un client qui doit fractionner la tâche lors du lever : il commence par se relever pour s'asseoir sur le bord du lit. Déjà la dyspnée et la respiration « lèvrés pincées » débutent. Il prend une pause pour reprendre son souffle et nécessite dès cette étape la prise de ses aérosols doseurs. Il se met en position debout, seulement après quelques longues minutes. Il a encore une capacité de mise en charge, mais souvent accompagnée d'une désaturation et d'essoufflement. Il peut ensuite se transférer au fauteuil.

Je rappelle au lecteur que la définition de la cotation -0,5 au [tableau 01](#) inclut la notion *sans risque*. Est-ce qu'un essoufflement important accompagné d'une désaturation est un état sans risque, donc sans préjudice pour la personne ?

Ce client ne nécessite pas de *stimulation* ou d'être *guidé*. Par contre, une *surveillance* (cote de -1) est-elle suffisante (voir le [tableau 05](#), p. 20) ? L'évaluateur utilisera son jugement clinique à cette étape.

Bien que la dyspnée peut s'améliorer au fur et à mesure que la journée avance ; on peut lire au [tableau 1](#), 5^e point : *le niveau d'incapacité d'une personne peut varier au cours d'une même journée, l'évaluateur retient alors le niveau d'incapacité le plus important dans la journée.*

J'ai tendance à coter le client -2 sur cette base : pour que le transfert se fasse de façon sécuritaire, sans risque, sans atteinte à son intégrité physique, il aurait besoin de l'aide humaine sous forme de soutien. Est-ce qu'on fournit cette aide ? Pas nécessairement. On encourage le client à faire seul ses transferts pour éviter un déconditionnement physique ; à rester autonome malgré l'essoufflement et la désaturation. Le handicap sera coté en conséquence, soit -2 : *actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines pour combler l'incapacité = non*. Pour trouver un exemple sur comment coter l'incapacité et le handicap sur l'OEMC, voir le [tableau 06](#), p. 20.

tableau 01

SMAF[®]

CONSIGNES SMAF[®]

Lorsque l'évaluateur utilise le SMAF[®], il doit encoder la cote appropriée. Le score a été défini ainsi :

- 0 = Autonome (sans aide, sans surveillance, sans risque)
- 0,5 = Autonome avec difficulté ou lenteur (sans aide, sans surveillance et sans risque)
- 1 = Nécessite de la surveillance, de la supervision ou des consignes verbales
- 2 = Nécessite de l'aide partielle pour effectuer l'activité
- 3 = Nécessite une aide totale

L'incapacité est déterminée selon la **meilleure source d'information possible** (usager, proche, évaluateur) :

- Si plus d'un élément, souligner ce qui est approprié.

- Lorsqu'une difficulté est identifiée (-0,5) ou à chaque incapacité (-1, -2, -3), l'évaluateur doit **obligatoirement** inscrire de l'information dans la section **commentaire** pour expliquer la nature de la difficulté ou de l'incapacité encodée.
- Les informations recueillies doivent refléter le portrait actuel de la personne au moment de l'évaluation (photo de la personne au quotidien).
- Dans le doute, mieux vaut surestimer l'incapacité que la sous-estimer. Exemple : une personne qui présente une fluctuation de l'autonomie dans une même semaine et que vous hésitez entre -1 ou -2, indiquez cote -2 et documentez le tout dans le **commentaire**.
- Le niveau d'incapacité d'une personne peut varier au cours d'une même journée, l'évaluateur retient alors le niveau d'incapacité le plus important dans la journée et inscrit des commentaires.
- La personne est évaluée dans son fonctionnement à partir de ce qu'elle fait et non sur ce qu'elle pourrait faire. Ce n'est pas parce qu'une personne pourrait faire l'activité qu'elle le fait.
- La stabilité des ressources humaines est cotée lorsque l'incapacité est **entièrement compensée**.
- Une situation d'incapacité est compensée lorsque l'utilisateur a les ressources humaines en quantité et en qualité au moment où il en a besoin.
- Une situation de handicap est présente lorsque l'utilisateur n'a pas les ressources humaines suffisantes pour compenser son incapacité alors la cote pour l'handicap est la même que celle de l'incapacité.

AUTONOMIE COMPLÈTE (AVEC OU SANS DIFFICULTÉ)

STABILITÉ DE LA RESSOURCE*

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité.

A. ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

1. SE NOURRIR

0 Se nourrit seul **1,5** avec difficulté

-1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable

-2 A besoin d'aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un

-3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie

Sonde naso-gastrique Gastrostomie

COCHER S'IL Y A LIEU

Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

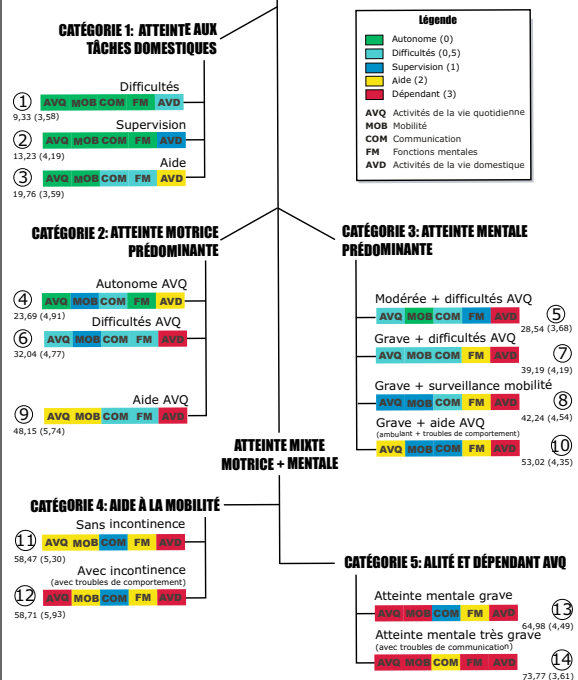
Oui Non

Ressources* :

Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : COMMENT LA PERSONNE FAIT L'ACTIVITÉ. IMPRESSIONS CLINIQUES. PRÉCISER LA DIFFICULTÉ SI LE SCORE RETENU EST À -0,5.

tableau 02

PROFILS ISO-SMAF



• • • **2. Marcher à l'intérieur**

Mesure la capacité de marcher à l'intérieur (pour une distance minimale de 10 mètres/30 pieds). Avec ou sans aide technique (voir le tableau 07, p. 21).

La description de la cotation -0,5 est définie ainsi : indique une capacité d'effectuer de façon sécuritaire l'activité seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse ou marchette) mais le fait avec difficulté pour une distance minimale de 10 mètres. Présente une lenteur importante. Démarches à petits pas. Circule sur de très courtes distances seulement.

Cette cotation semble représenter le cas de nos clients MPOC. Par contre, si on revient au tableau 1 et qu'on regarde la description de la cote -0,5, on peut lire la notion de *sans risque*. Un client MPOC qui désature lors de la marche sur 10 mètres, qui utilise la respiration lèvres pincées, qui doit s'arrêter et s'asseoir pour reprendre son souffle et qui nécessite plusieurs minutes pour revenir à un état respiratoire satisfaisant, n'est pas considéré faire l'activité dans les limites de la normale et *sans risque*. L'intégrité physique est touchée. Conséquemment, une cote de -0,5 n'est pas adéquate. De plus, règle générale, la difficulté est plus importante le matin, au point où le client a de la difficulté à fonctionner avant 10-11 h. À nouveau, je rappelle que la consigne consiste à *retenir le niveau d'incapacité le plus important dans la journée*. Dans le doute, mieux vaut surestimer l'incapacité que la sous-estimer (tableau 01, points 4 et 5).

Est-ce que la cote -1 est plus adéquate ? Ici encore, l'évaluateur utilisera son jugement clinique. Une cote -1 *nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances*. Bien que la surveillance ne soit pas à négliger, cela n'empêchera pas la présence de dyspnée et de désaturation.

Alors, je cote le client -2 sur cette base : pour que l'activité s'effectue de façon normale, *sans risque*, pour éviter que le client ne désature et ne présente une dyspnée importante, il aurait *besoin de l'aide d'une autre personne* pour le soutenir, par exemple.

Évidemment, la clientèle MPOC est malgré tout encouragée à marcher à l'intérieur seul, sans aide humaine, malgré la dyspnée et la désaturation pour éviter un déconditionnement physique croissant. En ce cas, le handicap sera -2 : *actuellement, l'usager a les ressources humaines pour combler son incapacité = non*. On peut voir un exemple sur comment coter l'incapacité et le handicap au tableau 06, p. 20.

Les prochains éléments de la mobilité sont : « installer prothèse ou orthèse » et « se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur ». Pour l'objet de l'article, on pourra considérer que la cote pour ces deux éléments est de 0 = *ne porte pas de prothèse ou d'orthèse et n'a pas besoin de fauteuil roulant pour se déplacer*.

Passons au prochain élément.

5. Utiliser les escaliers (voir le tableau 08, p. 21)

En lisant la cote -0,5, on pourrait sembler pouvoir l'appliquer à notre clientèle MPOC : *monte ou descend une marche à la fois et prend des périodes de repos (usager ayant des difficultés respiratoires importantes « MPOC » ou avec des douleurs importantes)*. D'autant plus que les notions de MPOC et de difficultés respiratoires sont ajoutées.

Bien que cette cotation s'applique aux patients MPOC avec atteinte bénigne selon le tableau 03, elle n'est pas adéquate dans le cas de nos patients avec atteinte modérée à grave. N'oublions pas la notion de *sans risque* que l'on retrouve au tableau 01, à la cote -0,5. Encore une

tableau 03

Classification de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) établie par la Société canadienne de thoracologie selon les symptômes et l'incapacité* et selon le déficit de la fonction pulmonaire

Classification selon les symptômes et l'incapacité

Stade de la MPOC	Symptômes
Bénin	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC† lorsqu'il marche rapidement sur une surface plane ou qu'il monte une pente légère (CRM 2).
Modéré	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC†, ce qui l'oblige à s'arrêter pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 m (ou après quelques minutes) sur une surface plane (CRM 3-4).
Grave	Patient qui manque de souffle en raison de la MPOC†, ce qui l'empêche de quitter la maison, ou qui s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille (CRM 5), ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

* Il faut un ratio entre le volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) et la capacité vitale forcée (CVF) de moins de 0,7 pour poser un diagnostic de MPOC;

† En présence de pathologies non reliées à la MPOC qui peuvent provoquer de l'essoufflement (p. ex., dysfonction cardiaque, anémie, faiblesse musculaire, troubles métaboliques), il se peut que les symptômes ne reflètent pas fidèlement la gravité de la maladie. Il faut classer avec prudence la gravité de la MPOC chez les patients qui ont des comorbidités et d'autres facteurs qui peuvent contribuer à l'essoufflement. CRM échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales.

tableau 04

TABLEAU 04

Échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales

Grade	Description
1	Le patient ne s'essouffle pas, sauf en cas d'effort vigoureux.
2	Le patient manque de souffle lorsqu'il marche rapidement sur une surface plane ou qu'il monte une pente légère.
3	Le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.
4	Le patient s'arrête pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 verges ou après avoir marché quelques minutes sur une surface plane.
5	Le patient est trop essoufflé pour quitter la maison ou s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille.

Note : depuis la parution de ce tableau en 2008, cette échelle de dyspnée a été modifiée de 0 à 4 au lieu de 1 à 5.

vous présente E-Learning

Heures de formation reconnues par l'OPIQ



Gratuit pour les étudiants et les membres de l'OPIQ

L'éducation clinique porte sur la physiologie pulmonaire, la mécanique de ventilation et de nouvelles fonctionnalités

Accès aux études de cas clinique

Pour commencer, www.bomimed.com/hamilton-medical



CANADA
96, PLACE TERRACON
WINNIPEG, MB
R2J 4G7

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
T. 1.800.667.6276
F. 1.877.435.6984
C. sales@bomimed.com



www.bomimed.com

HAMILTON MEDICAL

fois, un client qui monte les escaliers et qui, après trois marches, doit s'arrêter en raison d'un essoufflement important, couplé à une désaturation qui requiert plusieurs minutes pour retrouver un état respiratoire de base, n'est pas considéré faire l'activité dans les limites de la normale et sans risque.

Le même raisonnement établi au point 2 « Marcher à l'intérieur » s'applique en ce qui a trait à la cote -1 : *nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille*. Bien que la surveillance n'est pas à négliger, cela n'empêchera pas la présence de dyspnée et de désaturation importantes ainsi que le besoin d'une pause prolongée.

La cote -2 est plus adéquate : aurait besoin de l'aide d'une autre personne pour monter et descendre les escaliers, de façon normale, sans risque, pour éviter qu'il ne désature et ne présente une dyspnée importante (voir l'exemple de l'évaluation au tableau 09, p. 22).

Passons au dernier élément couvert dans la section mobilité.

6. Circuler à l'extérieur (voir le tableau 10, p. 22)

Mesure la capacité de circuler à l'extérieur, sur une distance minimale de 20 mètres, pour les déplacements quotidiens (aller d'un endroit à un autre, se déplacer à pied, avec ou sans aide technique ou en fauteuil roulant). Il est important aussi de noter que cette activité doit être évaluée sur une surface autre que celles de planchers de bâtiment (pelouse, trottoir, rue, etc.).

Il est plus facile de coter cet élément en présence de MPOC grave, en raison, justement de la description du stade (voir le tableau 03) qui dit que le manque de souffle l'empêche de quitter la maison. En général, les MPOC modérés ont aussi de la difficulté lorsqu'il est question de circuler à l'extérieur. La cote de -2 décrit bien cette clientèle : *nécessite qu'on pousse son fauteuil roulant lorsqu'il circule à l'extérieur*. La façon de compléter cet élément est représentée au tableau 11 à la page 23.

CONCLUSION

Lors de son évaluation, l'inhalothérapeute utilise son jugement clinique afin de statuer sur l'importance du risque comme, par exemple, la désaturation et la dyspnée qui pourraient mettre en péril l'intégrité physique de la personne. De même, il doit considérer la notion de temps de récupération nécessaire pendant l'activité qui va au-delà de la normale.

D'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte lors de l'évaluation de la clientèle MPOC : les comorbidités, les différents stades de la maladie (préterminale, palliative), les équipements et accessoires utilisés (marchette, quadriporteur, fauteuil roulant), la nécessité et l'autonomie pour transporter l'équipement d'oxygénothérapie, etc.

Bien connaître toutes les consignes pour le SMAF^{MC}, lors de l'évaluation et lire attentivement la description de chaque élément avant de la compléter sont des incontournables pour obtenir une image exacte et rigoureuse qui reflète le plus près possible la réalité du fonctionnement de l'utilisateur. En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux se sert de ces évaluations pour l'orientation et l'évaluation de l'ampleur des différents services qui doivent être mis en place et pour créer des profils types et des statistiques de la population du Québec. D'autres professionnels de la santé, de différentes missions, peuvent aussi utiliser ces renseignements aux fins de continuum de services.

tableau 05

B. Mobilité

1- Transferts:

➤ **Les incapacités**

Mesure la capacité de se transférer du lit vers une chaise ou un fauteuil roulant ou la position debout et vice versa.

Attention: Cet item n'évalue pas le transfert au bain ou à l'automobile.

0. Se lève, s'assoit et se couche seul

Indique la capacité d'effectuer l'activité de façon autonome.

0,5 Se lève, s'assoit et se couche seul mais avec difficulté

Indique la capacité de se transférer, mais avec difficulté. Doit se reprendre à plusieurs reprises pour effectuer son transfert, mais se corrige de lui-même et le fait de façon sécuritaire. Fractionne la tâche, mais effectue seul l'activité de façon sécuritaire.

-1. Se lève, s'assoit et se couche seul, mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements

Indique qu'on doit lui donner des consignes verbales pour aider au transfert afin que l'activité soit faite ou pour assurer un niveau de sécurité optimale. Nécessite qu'on le guide étape par étape lors de l'activité. Présente un équilibre précaire et doit être surveillé lors du transfert (pour cette cote, vous devez préciser, lorsque nécessaire, le niveau d'aide dans le transfert).

-2. A besoin d'aide pour se lever, s'assoit et se couche

Indique une capacité limitée à effectuer l'activité de se transférer, nécessite une aide directe pour effectuer l'activité, mais y participe activement. Nécessite l'aide de une ou deux personnes pour assurer un transfert sécuritaire (il possède encore une capacité de mise en charge lors du transfert) (Pour cette cote, vous devez préciser lorsque nécessaire, le niveau d'aide dans le transfert).

-3. Grabataire (doit être levé et couché en bloc)

Indique une incapacité de mise en charge lors du transfert. Doit être levé et couché avec l'aide de deux personnes (dans leurs bras) ou avec un levier (pour cette cote, vous devez cocher la case appropriée sur la grille si la personne se sert d'un lève-personne).

Glossaire (ne constitue pas une rubrique de la grille)

Grabataire : confiné au lit par sa maladie.

tableau 06

tableau 07

2. Marcher à l'intérieur (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur):

➤ Les incapacités

Mesure la capacité de marcher à l'intérieur (**pour une distance minimale de 10 mètres/30 pieds**) pour les déplacements habituels quotidiens (aller d'un endroit à un autre, se déplacer à pied avec ou sans aide technique).

Attention: Dans cette fonction nous n'évaluons pas la capacité de s'orienter dans un milieu, mais la capacité de se déplacer du point A au point B.

0. Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)

Indique une capacité à marcher de façon autonome (avec ou sans orthèse) et sécuritaire sur une distance minimale de 10 mètres/30 pieds. Utilise seul et sans aide la marchette. (Cocher la case appropriée de l'aide matérielle utilisée à la marche)

-0.5 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) mais avec difficulté

Indique une capacité d'effectuer de façon sécuritaire l'activité seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) mais le fait avec difficulté pour une distance minimale de 10 mètres. Présente une lenteur importante à la marche. Démarche à petits pas. Circule sur de très courtes distances seulement. Traîne les pieds lorsque marche. (Cocher la case appropriée de l'aide matérielle utilisée à la marche)

-1. Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances

OU démarche non sécuritaire

Indique une capacité de marcher seul mais nécessite un encadrement (stimulation verbale ou surveillance). Présente une démarche incertaine malgré l'utilisation de la marchette. Se tient sur les meubles ou sur les murs lors de ses déplacements, mais ne chute pas.

-2. A besoin d'aide d'une autre personne

Indique un besoin d'aide à la marche qui est de l'ordre du soutien de une ou deux personnes lors de l'activité. Présente une capacité à la mise en charge lorsque soutenu par une ou deux personnes pour l'activité de marcher. Est soutenu par le soignant à l'aide d'une ceinture de marche.

-3. Ne marche pas

Indique une incapacité à marcher. Se déplace en fauteuil roulant ou en civière.

tableau 08

5. Utiliser les escaliers

Pour l'item «utiliser les escaliers», l'évaluateur doit répondre à la question suivante:

L'utilisateur doit utiliser un escalier?

Lorsque la réponse à cet énoncé est «non» la cote du handicap sera «0». Toutefois, si la réponse est «oui», l'évaluateur doit indiquer si l'usager a les ressources pour combler cette incapacité. Si l'usager a les ressources pour combler l'incapacité, le score du handicap sera «0». Si l'usager n'a pas les ressources pour combler son incapacité, le score du handicap sera identique à la cote de l'incapacité.

➤ Les incapacités

Mesure la capacité d'utiliser les escaliers (monter ou descendre).

0. Monte et descend les escaliers seul

Indique la capacité d'utiliser de façon sécuritaire les escaliers. Ne nécessite aucune aide ou surveillance lors de l'utilisation des escaliers.

-0.5 Monte et descend les escaliers seul mais avec difficulté

Indique la capacité d'utiliser de façon sécuritaire les escaliers mais prend beaucoup de temps pour effectuer cette tâche OU doit se reprendre à plusieurs reprises. Par exemple, monte et descend une marche à la fois et prend des périodes de repos (usager ayant des difficultés respiratoires importantes «MPOC» ou avec des douleurs importantes).

-1. Monte et descend les escaliers, mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille

OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire

Indique une capacité à utiliser des escaliers, mais nécessite un niveau d'encadrement pour bien accomplir la tâche ou une surveillance pour assurer la sécurité de l'usager. Par exemple, oublie d'utiliser la main courante lors de l'utilisation des escaliers et ce, malgré un problème d'équilibre. Descend rapidement l'escalier et ce, de façon non sécuritaire.

-2. Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne

Indique une capacité à faire l'activité, mais seulement si aidé d'une autre personne pour le supporter par un bras ou le retenir avec une main dans le dos. Par exemple, nécessite qu'on le tienne par la taille lors de l'utilisation des escaliers. Est soutenu par l'aidant avec une ceinture de marche à la taille afin d'éviter une perte d'équilibre.

-3. N'utilise pas les escaliers

Indique une incapacité totale à utiliser les escaliers. Doit utiliser l'ascenseur.

Glossaire (ne constitue pas une rubrique de la grille)

MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique.

23

Des rabais exclusifs : c'est réglé.

10% DE RABAIS EXCLUSIF
sur vos assurances auto,
habitation et véhicules de loisirs

Jusqu'à
360 \$ DE RÉDUCTION
en regroupant vos nouvelles assurances auto,
habitation et véhicules de loisirs chez nous ¹

Obtenez une soumission
1 800 322-9226
lacapitale.com/opiq



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. ¹Réduction offerte sur nouvelles polices 2 ans. Remboursement par chèque ou dépôt bancaire.



L'outil SMAF^{MC} est la propriété exclusive du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). L'auteur remercie le CESS pour la permission accordée d'en reproduire certaines parties aux fins de cet article.

Les tableaux 03 et 04 proviennent de ©2010 [Société canadienne de thoracologie](http://www.societe-canadienne-de-thoracologie.ca).

tableau 09

tableau 10a

6. Circuler à l'extérieur:

➤ **Les incapacités**

Mesure la capacité de circuler à l'extérieur sur une distance minimale de 20 mètres/60 pieds) pour les déplacements habituels quotidiens (aller d'un endroit à un autre, se déplacer à pied, avec ou sans aide technique ou en fauteuil roulant).

Attention: Dans cette fonction nous n'évaluons pas la capacité de s'orienter dans un milieu, mais la capacité de se déplacer du point A au point B.

0. Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)

Indique une capacité à marcher de façon autonome et sécuritaire sur une distance minimale de 20 mètres/60 pieds sur une autre surface que celles de planchers de bâtiment (pelouse, trottoirs, rue, etc.). Indique une capacité à circuler seul sur une distance minimale de 20 mètres/60 pieds avec une orthèse même si nécessite de l'aide pour l'installer. (Cocher la case appropriée de l'aide matérielle utilisée à la marche)

-0.5 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) mais avec difficulté

Indique une capacité à marcher de façon autonome et sécuritaire à l'extérieur (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) mais le fait avec une difficulté qui pourrait être de l'ordre d'une lenteur importante, d'une démarche à petits pas, se déplace sur de très courtes distances seulement ou traîne les pieds lorsqu'il marche, mais demeure sécuritaire. (Cocher la case appropriée de l'aide matérielle utilisée à la marche)

-1. Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadrporteur

Indique l'utilisation d'un fauteuil roulant pour circuler à l'extérieur. Se rend chez ses amis en fauteuil roulant lors de ses sorties quotidiennes
OU circule seul en marchant, mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances
OU démarche non sécuritaire

Indique une capacité à marcher, mais nécessite un encadrement de type stimulation ou surveillance. Présente une démarche incertaine et se tient sur les rampes ou sur les murs lors de ses déplacements extérieurs, mais ne chute pas.

-1.5 Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadrporteur, mais avec difficulté

Indique une capacité à utiliser de façon autonome et sécuritaire un fauteuil roulant ou un triporteur/quadrporteur, mais le fait avec une difficulté qui pourrait être de l'ordre de lenteur importante à se déplacer ou de difficulté à entrer/sortir d'un édifice (maison, hôpital, CLSC, etc.) ou nécessite de corriger sa trajectoire fréquemment.

-2. A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher ou utiliser un fauteuil roulant

Indique un besoin d'aide à la marche qui est de l'ordre du soutien de une ou de deux

tableau 10b

personnes lors de l'activité ou nécessite qu'on pousse son fauteuil roulant lorsqu'il circule à l'extérieur. Présente une capacité de mise en charge, lorsque soutenu de une ou deux personnes. Est soutenu par le soignant avec l'aide d'une ceinture de marche.

-3. Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière)

OU ne circule pas à l'extérieur

Indique une incapacité de circuler à l'extérieur (aucune mise en charge), doit être transporté en civière. Se déplace en civière avec aide totale. OU l'utilisateur refuse de circuler à l'extérieur malgré une capacité à le faire.

Glossaire (ne constitue pas une rubrique de la grille)

Prothèse: pièce qui remplace un membre en partie ou en totalité.

Orthèse: appareil orthopédique destinée à protéger, immobiliser ou soutenir le corps ou une de ses parties.

Fauteuil roulant: siège avec dossier et appui-bras sur une base avec deux grandes roues sur les côtés et deux petites roues à l'avant permettant les déplacements d'une personne. Celui-ci peut être manuel ou électrique.

Triporteur: fauteuil avec appui-bras sur une base électrique à trois roues permettant la circulation d'une personne à l'extérieur ou à l'intérieur.

Marchette: aide technique à la marche ayant comme appui une base de quatre surfaces que l'utilisateur utilise pour ses déplacements en le tenant à deux mains pour avancer de façon sécuritaire.

➤ **Le handicap**

L'évaluateur doit s'assurer que l'utilisateur circule de façon sécuritaire soit en marchant (sur une distance d'au moins 20 mètres/60 pieds) ou soit en fauteuil roulant à l'extérieur. Il doit vérifier si l'utilisateur est capable de monter seul les trottoirs et s'il circule de façon sécuritaire sur des surfaces non planes. L'évaluateur doit vérifier sur quelle distance l'utilisateur se déplace ainsi que la sécurité du déplacement. De plus, lorsqu'il y a une incapacité, l'évaluateur doit vérifier si l'utilisateur a une personne pouvant l'aider pour tous ses déplacements essentiels ou si l'utilisateur est obligé de limiter ses déplacements, car il n'a pas d'aide en tout temps.

Lorsque l'utilisateur circule en F.R., l'évaluateur doit vérifier que l'environnement extérieur permet l'accès et la circulation en F.R., triporteur ou quadrporteur. Il peut arriver que l'environnement extérieur permette la circulation en F.R., mais que l'utilisateur ait des incapacités (score de -2 ou -3) à se déplacer par lui-même.

tableau 11

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE STABILITÉ DE LA RESSOURCE*

Préciser s'il y a lieu, la cause, la fréquence responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité

6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR

01 Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchettes) ?
 -0,5 Avec difficulté

02 Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadrporteur**
 -1,5 F.R. avec difficulté

03 Ou circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, aide ou surveille dans certaines circonstances
 Ou dimanche non sécuritaire ?

04 A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher ?
 Ou utiliser un fauteuil roulant**

05 Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière)
 * Distance d'au moins 20 mètres

Commentaire (aire de déplacement, par exemple) : Le vent, les ponts même légèrement et les conditions météo sont des obstacles à son déplacement. Incapable de franchir 20 m, le compte le pose en toute urgence.

C. COMMUNICATION

1. VOIR

06 Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs

07 Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes

08 Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes

09 Aveugle
 verres correcteurs loupe

Commentaires (pour voir, par exemple) :

2. ENTENDRE

10 Entend convenablement avec ou sans appareil auditif

11 Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort
 Ou nécessite qu'on lui installe son appareil auditif

12 N'entend que les cris ou que certains mots
 Ou si sur les lèvres
 Ou comprend par gestes

13 Difficulté complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer
 appareil auditif

Commentaires (poutte oreille, dispositif installé sur le téléphone et autre aide technique, etc.) :

* Ressources : 0, Usage surmécan, 1, Famille, 2, Voisin, 3, Employé(e), 4, Auxiliaire fonctionnel, 5, Informaticien, 6, Secours, 7, Autre.
 * Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, 1 est possible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'appliquent pas.

10



Références

- 1 O'DONNELL, D. et coll. 2008. « Recommandation de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique - Mise à jour de 2008 - Points saillants pour les soins primaires », *Can Respir J*, vol. 15, Suppl A, Janvier/février, p. 1A-8A.
- 2 SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. 2002. *Guide d'utilisation, consignes générales pour l'OEMC, l'aide-mémoire et le SMAF^{MC}*, Québec, 6 p.
- 3 SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. 2002. *Évaluation de l'autonomie*, Québec, 20 p.
- 4 CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE (CESS). 2007. *Mise à jour SMAF^{MC} et profils iso-SMAF*, Québec, 86 p.
- 5 CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE (CESS). 2011. *Instructions spécifiques pour l'utilisation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF^{MC}*, Québec, 50 p.
- 6 L'OEMC POUR LES FORMATEURS DU RSSS. [En ligne] [<http://www.information-sante.com/course/view.php?id=6>] (consulté le 2 février 2014).
- 7 CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE (CESS). [En ligne]. [<http://www.expertise-sante.com/oemc.htm>] (consulté le 2 février 2014).

Congrès canadien sur la santé respiratoire

2014

À inscrire à votre agenda!

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

Pour tous les détails du programme et pour s'inscrire, visitez le site www.poumon.ca/crc

Présenté par :

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE
 Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

En collaboration avec:

THE  LUNG ASSOCIATIONSM
 Alberta & NWT



Une bouffée d'air frais



compétence

7

Partenaires jusqu'au dernier souffle

la BPCO en fin de parcours

par **D^{re} Marie-Claude Raymond**, médecin de famille, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques et au Service de soins palliatifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

Source : RAYMOND, M.-C. 2013. «Partenaires jusqu'au dernier souffle — la BPCO en fin de parcours». *Le Médecin du Québec*, vol. 48, n° 11, p. 67-72. ©FMOQ.

Reproduction autorisée.

Summary

Partners Till the Last Breath: End-of-Life COPD. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic condition with a terminal course. Although it is impossible to accurately predict the death of people with COPD, several factors, including the BODE index, allow us to place the end-of-life stage over a timeline of 18 to 24 months. Given the increased risk of respiratory failure during this stage, it seems essential to discuss this prospect with patients and their families so as to ensure that patients' wishes are respected in the event that their condition deteriorates. At the end of life, dyspnea is severe and resistant to conventional COPD treatments. Various therapeutic strategies may be used to alleviate this symptom, which greatly affects patients' autonomy and quality of life. To that end, the use of small doses of opioids is supported by evidence.

On vous sollicite pour prescrire un élixir de morphine (1,5 mg par voie orale toutes les quatre heures) à M^{me} Jeanne Côté, 71 ans, atteinte de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO ou MPOC) oxygénodépendante. En feuilletant son dossier, vous constatez que votre patiente ne s'est pas présentée à son rendez-vous le mois dernier. Vous prenez aussi connaissance des feuilles sommaires témoignant de trois séjours hospitaliers survenus au cours de la dernière année. Quelle sera votre conduite ?...

La bronchopneumopathie chronique obstructive englobe plusieurs syndromes caractérisés par une obstruction de la circulation de l'air dans les voies respiratoires qui n'est pas entièrement réversible. Il s'agit d'une maladie chronique, qui évolue lentement et qui est marquée par des périodes d'exacerbation qui tendent à s'accroître en fréquence et en gravité au fil du temps. La BPCO entraîne le plus souvent un déclin fonctionnel notable et comporte une évolution vers un stade terminal inévitable. Alors qu'elle se classait au cinquième rang des causes de décès en 1999¹, elle est devenue, en 2009, la quatrième en importance au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes². On prévoit que d'ici 2020, elle constituera la troisième cause de décès dans le monde³. Selon une enquête menée en 2011 auprès des personnes ayant une maladie chronique au Canada, la BPCO a un effet considérable sur l'état de santé global, la santé mentale, la mobilité ainsi

tableau 01

Principaux facteurs associés à un mauvais pronostic en cas de BPCO⁵

- Indice BODE de 7 à 10
- Oxygénothérapie
- Hypercapnie ($pCO_2 > 50$ mmHg)
- Faible niveau d'activité physique
- ≥ 3 exacerbations avec ou sans hospitalisation au cours de la dernière année
- Hypertension pulmonaire (pression mesurée dans l'artère pulmonaire ≥ 35 mmHg)
- Antécédents d'intubation ou de ventilation non effractive (BiPAP)
- Corticothérapie prolongée
- Âge avancé (≥ 75 ans)
- Sexe féminin
- Maladie concomitante (diabète, athérosclérose coronarienne, insuffisance cardiaque, cancer, démence, etc.)



que les activités quotidiennes, professionnelles, sociales et récréatives des personnes touchées⁴. Au fur et à mesure que la maladie évolue, une dyspnée apparaîtra et compliquera grandement et insidieusement l'exécution des activités même les plus légères de la vie quotidienne. Dans bien des cas, cette dyspnée s'aggravera jusqu'à se manifester au repos et s'avérera réfractaire au traitement usuel même optimal. Lorsque l'état du patient évolue jusqu'à l'insuffisance respiratoire avec hypoxémie chronique et parfois hypercapnie, il n'est pas rare de constater des troubles cognitifs (atteinte de la concentration et de la mémoire) et une intense fatigue se traduisant par une très grande perte d'autonomie⁵.

« En recoupant plusieurs facteurs de mauvais pronostic, il devient possible de prédire le décès d'une personne atteinte de BPCO avancée à l'intérieur d'une période de dix-huit mois. »

Technique d'administration par voie transmuqueuse buccogingivale.

Cette voie d'administration permet d'accélérer le début d'action en raison de l'absorption rapide du médicament dans la circulation générale, qui est facilitée par l'important réseau de capillaires qui sillonne la muqueuse buccale. Elle évite, par ailleurs, l'effet de premier passage hépatique et convient particulièrement bien aux médicaments de forte puissance administrés à petit volume (< 0,5 ml)¹⁸.



Peut-on prédire la fin de vie des patients atteints de BPCO ?

Stadification de la gravité de la maladie et critères pronostiques

La stadification de la gravité de la BPCO repose habituellement sur l'ampleur du déficit de la fonction pulmonaire reflétée par la [mesure du volume expiratoire maximal par seconde \(VEMS\)](#)¹. Bien que la mesure du VEMS soit reconnue comme l'un des facteurs prédictifs de la mortalité⁶, le lien entre VEMS et risque de décès semble relativement faible¹. En effet, plusieurs personnes survivent pendant des mois à des décompensations aiguës répétées, malgré une altération très importante de leur fonction pulmonaire⁵.

C'est pourquoi d'autres facteurs prédictifs ont fait l'objet d'études (voir [tableau 01](#))⁵. Ainsi, l'[indice BODE](#)⁶, composé de quatre variables (indice de masse corporelle, obstruction des voies respiratoires, dyspnée et capacité d'exercice), représente un meilleur facteur prédictif de la probabilité de décès que le VEMS seul⁶. Le taux de mortalité est de 30 % à 24 mois, de 50 % à 36 mois et de 80 % à 48 mois pour un indice BODE supérieur ou égal à 7 (4^e quartile) contre 15 % à 24 mois, 30 % à 36 mois et 45 % à 48 mois pour un indice BODE de 5 ou 6 (3^e quartile)⁶.

Par ailleurs, la dépendance à l'oxygène est associée à un risque de décès de 30 % à un an, de 50 % à deux ans et de 60 % à trois ans⁸. Le taux de mortalité en lien avec l'admission aux soins intensifs lors d'une exacerbation est de 41 % à trois mois et de 59 % à un an chez les personnes de 65 ans et plus⁹.

En recoupant plusieurs facteurs de mauvais pronostic, il devient ainsi possible de prédire le décès d'une personne atteinte de BPCO avancée dans une période de dix-huit mois¹⁰.

Comment reconnaître la phase de fin de vie ?

En fin de vie, les personnes atteintes de BPCO présentent une grande obstruction des voies respiratoires (VEMS \leq 35 % de la valeur prédite), une dyspnée importante (degré 4 selon l'échelle modifiée du *British Medical Research Council*) qui limite de beaucoup la mobilité, une

FUTURS RETRAITÉS



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

Le RIIRS

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

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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

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



••• dépendance à l'oxygénothérapie, une moins bonne réponse à l'antibiothérapie et à la corticothérapie administrées en périodes d'exacerbation et un inconfort au repos malgré un traitement médical optimal. La phase de fin de vie s'échelonne en moyenne sur une période de 18 à 24 mois^{5,10}. Elle est le plus souvent ponctuée de multiples séjours hospitaliers et est associée à un risque accru d'insuffisance respiratoire nécessitant le recours à la ventilation non effractive par masque, communément appelée BiPAP (*Bilevel positive airway pressure*). Chez de 15 % à 25 % des patients, cette insuffisance respiratoire requerra une ventilation mécanique aux soins intensifs¹¹.

Or, une étude faite auprès de 1000 personnes atteintes de BPCO a révélé que 58 % d'entre elles préféreraient des soins de confort et que 78 % ne souhaitaient ni intubation ni ventilation mécanique¹². Il devient donc primordial d'aborder la question de la réanimation cardiorespiratoire avec

« Symptômes de BPCO en fin de vie: très grande obstruction des voies respiratoires (VEMS \leq 35 % de la valeur prédite), dyspnée importante (degré 4 selon l'échelle modifiée du MRC) qui limite de beaucoup la mobilité, dépendance à l'oxygénothérapie, moins bonne réponse à l'antibiothérapie et à la corticothérapie administrées en cas d'exacerbation et un inconfort au repos malgré un traitement médical optimal. »

encadré 01

Soutien cardiorespiratoire en cas de BPCO

Le DVD intitulé: *Support cardiorespiratoire, un choix éclairé*, d'une durée d'une heure, compte plusieurs sections pouvant être visionnées en continu ou encore une à la fois.

- 1 **Ouverture:** discussion entre une patiente souffrant de BPCO, sa fille et le médecin traitant.
- 2 **Ventilation non effractive (BiPAP):** présentation de l'appareil, suivie d'une démonstration de son fonctionnement et du témoignage d'un patient.
- 3 **Ventilation effractive (intubation et ventilation mécanique):** présentation de l'intubation endotrachéale et de la réanimation cardiorespiratoire, témoignage d'une patiente ayant déjà été intubée, résumé des modes de ventilation et témoignage du fils d'un patient décédé de BPCO.
- 4 **Niveaux de soins.**
- 5 **Conclusion.**
- 6 **Fermeture:** conclusion de la discussion avec la patiente souffrant de BPCO, sa fille et le médecin traitant.
- 7 **Annexe:** aspects médico-légaux.

Le DVD est distribué par le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC(RQAM) au coût de 24,45 \$. On peut le commander en remplissant un [formulaire en ligne](#).

le patient. Idéalement, la personne à risque d'insuffisance respiratoire devrait être informée de cette éventualité, de préférence à un moment où la maladie s'avère relativement bien maîtrisée, au cours d'une consultation sur le suivi de son état, par exemple. Il est également souhaitable que la personne en discute avec sa famille et qu'elle l'informe de sa décision. Ainsi, advenant une détérioration importante de l'état du patient, les proches pourront transmettre l'information relative à la réanimation cardiorespiratoire et à l'approche privilégiée aux équipes appelées à intervenir en situation d'urgence, dans le respect de la volonté du patient. Le DVD intitulé: *Support cardiorespiratoire, un choix éclairé* est un outil éducatif particulièrement utile pour informer le patient et ses proches des différentes méthodes de soutien cardiorespiratoire en situation d'urgence (*voir ci-contre l'encadré 01*)¹³.

Comment traiter la dyspnée réfractaire ?

La majorité des personnes atteintes de BPCO au stade terminal présentent une dyspnée réfractaire aux traitements courants, qui est à l'origine d'une grande détresse tout au long de la dernière année de vie¹⁴. Les mécanismes qui contribuent à façonner l'expérience subjective unique de difficulté respiratoire perçue par le patient demeurent complexes. En 2011, la Société canadienne de thoracologie a publié un guide de pratique clinique portant sur le soulagement de la dyspnée réfractaire¹⁵.

Mesures non pharmacologiques

La technique de respiration à lèvres pincées et l'utilisation d'aides techniques à la marche (déambulateur) constituent les deux principales mesures non pharmacologiques qui reposent sur des données probantes¹⁵. L'emploi d'un ventilateur portatif permettant de diriger l'air frais au visage du patient, l'adoption d'une position confortable et l'apprentissage de techniques de relaxation peuvent aussi s'avérer bénéfiques pour soulager la dyspnée réfractaire, bien que les preuves soient insuffisantes pour les recommander officiellement^{5,15}.

Prise d'opioïdes

Les données probantes appuient la prise d'opioïdes par voie orale, et non plus par nébulisation¹⁵. Les mécanismes d'action en cause dans le soulagement de la dyspnée comprennent la modulation de la perception de difficulté respiratoire au niveau des centres supérieurs, la réduction

Nos valeurs

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

Son respect...

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

« **La morphine à faibles doses par voie orale constitue la pierre angulaire du traitement pharmacologique de la dyspnée réfractaire en fin de vie.** »

de l'anxiété liée à la perte de la sensibilité à l'hypercapnie, la réduction de la consommation d'oxygène et une amélioration de la fonction cardiovasculaire⁵. Le risque de dépression respiratoire attribuable aux opioïdes est très faible¹⁶, puisque le traitement est amorcé par de très petites doses (élixir de morphine à raison de 1 mg/ml, en commençant par voie orale toutes les quatre heures) et est ajusté lentement (augmentation de la dose par paliers de 1 ml toutes les 24 heures). Le recours préventif à un émollient et à un laxatif contre la constipation occasionnée par les opioïdes doit toujours être prévu dès le début du traitement, et ce, malgré les très faibles doses prescrites. La morphine à faibles doses par voie orale constitue la pierre angulaire du traitement pharmacologique de la dyspnée réfractaire.

Indication des benzodiazépines

Les données probantes sont insuffisantes pour étayer l'emploi systématique des benzodiazépines pour atténuer la dyspnée réfractaire¹⁵. Toutefois, lorsque l'anxiété contribue manifestement à alimenter la détresse du patient, une benzodiazépine à faible dose (ex. : de 0,5 mg à 1,0 mg de lorazépam, par voie orale, toutes les huit heures) peut s'avérer bénéfique. On doit cependant faire preuve de prudence puisque le risque de délirium demeure présent. Un suivi étroit s'impose donc.

Plan d'action personnalisé pour le soulagement de la dyspnée réfractaire

L'équipe du Dr Graeme Rocker, pneumologue d'Halifax, a mis au point un plan d'action personnalisé pour soulager la dyspnée réfractaire¹⁷. Ce plan intègre chacune des mesures dont nous avons traité jusqu'ici. Il est actuellement testé auprès d'un groupe de patients atteints de BPCO en

phase terminale, suivis par le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD), à Montréal. En cas d'exacerbation de la dyspnée et en l'absence de signes de surinfection, des entredoses d'opioïdes correspondant à 10 % de la dose quotidienne peuvent être prises toutes les heures ou toutes les deux heures, au besoin. En cas de dyspnée soudaine et inattendue, la solution injectable de fentanyl peut être administrée par voie transmuqueuse buccogingivale (dépôt de très petites quantités de liquide, dans le cas présent 0,25 ml, de la façon indiquée sur la photo, p. 26). Peu coûteuse, elle peut être conservée vingt-huit jours à température ambiante. Elle est remboursée par le régime général d'assurance médicaments du Québec dans le cadre de la mesure du patient d'exception¹⁸. Les préparations de fentanyl mises en marché récemment (comprimés sublinguaux, films solubles, solution intranasale) sont contre-indiquées en raison de leur teneur beaucoup trop élevée (> 100 µg/dose).

Le résumé de la dernière hospitalisation de M^{me} Côté vous amène à conclure que votre patiente présente une atteinte pulmonaire très importante puisque son VEMS est de 0,7 litre, soit 34 % de la valeur prédite. Elle est d'ailleurs sous oxygénothérapie à domicile depuis deux ans. Elle a subi trois exacerbations cette année, la dernière ayant nécessité une ventilation non effractive (BiPAP) pendant quelques jours. Au téléphone, elle vous semble très dyspnéique, et sa fille vous informe qu'elle est beaucoup trop essoufflée pour se rendre à votre cabinet. Vous planifiez donc une visite à domicile. M^{me} Côté tolère bien le sirop de

respiralogics™
respiralogics.com

Danny Ties™

Support unique pour tube avec un concept confortable qui minimise l'irritation et qui stabilise la trachéotomie



Sil.Flex™ Stoma & TC Pads


Coussins innovatifs qui absorbent la pression au site de la stomie

Nos valeurs

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

Son engagement...

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

• • • morphine prescrit au moment de son congé de l'hôpital de même que les laxatifs qui préviennent la constipation. Elle demeure dyspnéique au moindre effort et trouve qu'elle n'a plus vraiment de qualité de vie. Elle vous confie avoir peur de mourir au bout de son souffle et avoir énormément de difficulté à dormir. Après discussions avec sa fille, elle opte pour des soins de confort et ne souhaite pas retourner à l'hôpital. Vous convenez d'un commun accord de ne pas procéder à une intubation endotrachéale advenant une éventuelle détérioration de son état. Vous rédigez une ordonnance de non-réanimation qui restera à son chevet. Vous augmentez la dose de morphine à 2 mg par voie orale toutes les quatre heures, avec des entredoses de 2 mg par heure en cas d'augmentation de la dyspnée. Enfin, vous sollicitez le soutien de l'équipe de maintien à domicile du centre de santé et de services sociaux (CSSS) pour un suivi conjoint. 

La D^{re} Marie-Claude Raymond agit comme médecin-conseil pour Slogar depuis 2008.



Bibliographie

- O'DONNELL, D.E., AARON, S., BOURBEAU, J. et coll. «Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive – Mise à jour de 2007». *Can Respir J* 2007; 14 (suppl. B): 1B-31B.
- STATISTIQUE CANADA. Principales causes de décès, selon le sexe. Ottawa; 2012. [En ligne] [www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth36a-fra.htm] (consulté le 6 juin 2013).
- MURRAY, C.J., LOPEZ, A.D. «Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study». *The Lancet* 1997; 349 (9061): 1269-76.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. «Faits saillants sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC): Données compilées de l'enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada». L'Agence; Ottawa; 2011. [En ligne] [www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/copd-mpoc/ff-rr-2011-fra.php] (consulté le 6 juin 2013).
- COURNOYER, G., BEAUDOIN, L., ALLISSON, F. et coll. «Protocole pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie – Les soins de fin de vie, les approches thérapeutiques. Version 3.0. Québec: Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM); 2009. 108 p. [En ligne] [www.rqam.ca/stock/fra/protocole-soins-fin-vie-mpoc-3-0.pdf] (consulté le 6 juin 2013).
- CELLI, B.R., COTE, C.G., MARIN, J.M. et coll. «The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease». *N Engl J Med* 2004; 350 (10): 1005-12.
- FLETCHER, C.M., ELMES, P.C., FAIRBAIRN, A.S. et coll. «The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population». *BMJ* 1959; 2 (5147): 257-66.
- DUBOIS, P., JAMART, J., MACHIELS, J. et coll. «Prognosis of severely hypoxemic patients receiving long-term oxygen therapy». *Chest* 1994; 105 (5): 469-74.
- SENDEFF, M.G., WAGNER, J.E., ZIMMERMAN, W.A. et coll. «Hospital and 1-year survival of patients admitted to intensive care units with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease». *JAMA* 1995; 274(23): 1852-7.
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC. InfoRQAM. Entrevue avec le D^r Guy Cournoyer. Québec: Le Réseau; décembre 2010. p. 1. [En ligne] [www.rqam.ca/stock/fra/inforqamdecembre2010.pdf] (consulté le 8 juin 2013).
- GOODRIDGE DE, DUGGLEBY W, GJEVRE J et coll. «Caring for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: a qualitative study». *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24 (3): 162-70.
- CLAESSENS, M.T., LYNN, J., ZHONG, Z. et coll. «Dying with lung cancer or chronic pulmonary disease: insights from SUPPORT». *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (5): S146-S153.
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC. *Support cardiorespiratoire, un choix éclairé* (DVD). Québec: Le Réseau; 2007.
- EDMONDS, P., KARLSON, S., KHAN, S. et coll. «A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer». *Palliat Med* 2001; 15 (4): 287-95.
- MARCINIUK, D.D., GOODRIDGE, P., HERNANDEZ, P. et coll. «Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline». *Can Respir J* 2011; 18 (2): 69-78.
- GALLAGHER, R. «Killing the symptom without killing the patient». *Can Fam Physician* 2010; 56 (6): 544-6.
- ROCKER, G.M. et D. COOK. «"Inspired" Approaches to Better Care for Patients with Advanced COPD». *Clin Invest Med* 2013; 36 (3): E114-E120.
- ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC. *Guide de pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes*. 4^e éd. Montréal: L'Association; 2008, p. 118-9.

L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

Obligation du professionnel d'aviser le Secrétaire de l'Ordre d'une modification de sa situation professionnelle

par **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, associée, Lavery, De Billy
en collaboration avec **Bernard Cadieux**, inh., M.A.P., M. Sc., syndic.

L'inscription au Tableau

Conformément à l'article 46 du *Code des professions*, tout membre inscrit au Tableau des membres doit payer sa cotisation afin de maintenir son droit de pratique. La cotisation est payable le 1^{er} avril de chaque année et varie selon le statut du membre.

Les différents statuts

Lors de la période d'inscription au Tableau, les membres de l'Ordre peuvent choisir l'un des cinq (5) statuts qui suivent :

1 Membre actif privé avec assurance

Celui-ci pratique comme inhalothérapeute à temps plein ou partiel dans des secteurs d'activités reliés à des entreprises privées (par exemple : clinique dentaire, chirurgie esthétique, compagnie médicale ou de soins à domicile, etc.) et défraie lui-même la prime d'assurance professionnelle.

2 Membre actif privé sans assurance

Celui-ci pratique comme inhalothérapeute à temps plein ou partiel dans des secteurs d'activités reliés à des entreprises privées et son employeur défraie la prime d'assurance responsabilité professionnelle.

3 Membre actif public avec assurance

Celui-ci pratique comme inhalothérapeute dans le secteur public (par exemple : centre hospitalier, centre de soins de longue durée, CLSC). Il doit adhérer au contrat d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre.

4 Membre non actif

Celui-ci n'exerce pas sa profession, notamment pour l'un des motifs suivants : congé sans solde, congé de maternité et parental, congé de maladie longue durée, retrait préventif, congé pour études. Il ne détient pas de contrat d'assurance responsabilité professionnelle. Conséquemment, il ne pose aucune activité professionnelle autorisée telle que décrite au 7^e alinéa de l'article 37.1 du Code des professions.

5 Membre exerçant à l'extérieur du Québec

Celui-ci travaille exclusivement à l'extérieur du Québec.

Changement de statut en cours d'année

Si un changement de statut survient en cours d'année, le professionnel a l'**obligation** d'aviser immédiatement le Secrétaire de l'Ordre.

Ainsi, lorsqu'un professionnel effectue un retour au travail à la suite d'un congé de maternité ou autre et qu'il est membre non actif, il doit

Le saviez-vous?

Si vous vous inscrivez au Tableau comme membre non actif et, qu'en cours d'année, vous reprenez vos activités professionnelles, vous avez l'OBLIGATION d'en aviser le Secrétaire de l'Ordre et de payer la cotisation afférente.

s'inscrire à titre de membre actif **pour la date prévue de son retour au travail. En ce sens, il doit informer l'Ordre au moins trois (3) jours avant son retour** et défrayer le montant correspondant à la différence entre le statut de membre actif et celui de membre non actif.

Si l'inhalothérapeute est inactif depuis plus de trois ans, il doit aviser le Secrétaire de l'Ordre au moins trois mois avant la date envisagée de retour à la profession. Le conseil d'administration de l'Ordre pourra alors obliger l'inhalothérapeute à faire un ou des stage(s) ou à suivre un cours de perfectionnement.

Conséquences de l'omission d'informer l'Ordre d'un changement de statut

L'inhalothérapeute qui retournerait au travail sans avoir modifié son statut de membre non actif en statut de membre actif se mettrait lui-même à risque, ainsi que son employeur, puisqu'il ne détiendrait aucune assurance responsabilité professionnelle. Puisqu'un employeur peut voir sa propre responsabilité engagée par la faute de ses salariés, il est

d'autant plus important que les gestionnaires s'assurent que, lors du retour au travail d'un salarié, celui-ci détient un permis de pratique correspondant à son statut.

Au surplus, rappelons que le membre qui omet de payer la cotisation afférente à son statut pourrait se voir radier du Tableau pour non-paiement, et ce, en vertu de l'article 85.3 du *Code des professions*.

Enfin, selon les tribunaux¹, le fait de s'inscrire sous une mauvaise catégorie constitue un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession au sens de l'article 59.2 du *Code des professions* et donc est sujet à une plainte disciplinaire et une sanction.

Effectuer un changement au Tableau

Pour aviser de tout changement à apporter à votre inscription au tableau de l'Ordre, contactez-nous :

- par téléphone : 514 931-2900 ou au 1 800-561-0029, poste 21 ;
- par courriel : info@opiq.qc.ca ;
- par télécopieur : 514 931-3621.

1 Lire, notamment, la décision rendue dans l'affaire *Gagnon c. Opticiens d'ordonnances*, [1999] D.D.O.P. 359 (T.P.).



Distribué par Cardinal Health Canada

Respirateur Flight60® : sûr, intuitif et mobile

Le respirateur Flight60® associe des capacités de surveillance à la fine pointe de la technologie au chevet du patient et lors des déplacements. En effet, il s'agit d'une nouvelle solution portative des plus intéressantes répondant aux besoins des hôpitaux en matière de transport, des unités de transition ainsi que des patients utilisant un respirateur à la maison.

Solution de ventilation complète :

- Enfants à adultes : de 30 mL à 2,2 L
- Options de circuits à une ou deux voies
- Connexion pour nébuliseur – synchronisation et compensation volumique
- Modes de ventilation évolués
 - . Pression et volumee
 - . Mode de ventilation à volume garanti
 - . Biphasique
 - . Effractif et non effractif
- Ensemble complet de graphiques – affichage des formes d'ondes et des boucles

Caractéristiques :

- Léger, petit et compact (environ 6 kg ou 13 lb)
- Facile à utiliser grâce à son écran couleur tactile de 18 cm (7 po)
- Durée de la pile de 12 heures
- Surveillance du volume expiré
- Capteur d'oxygène intégré
- Fonctions de pression élevée et d'administration d'oxygène à bas débit, y compris une fonction de surveillance de la FiO₂ interne
- Options multiples pratiques pour le transport, y compris des supports et des sacs pour fauteuil roulant

La marque de commerce Flight60® appartient à Flight Medical Innovations Ltd.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :

Christy-Ann Zunti

Thérapeute respiratoire autorisée

Christy-ann.zunti@cardinalhealth.ca

Tél. : 604.369.6320



CardinalHealthCanada

Pour voir le respirateur Flight60®, visitez le kiosque de Cardinal Health Canada lors du congrès de la SCTR qui aura lieu du 22 au 24 mai 2014, à Montréal (Québec).



CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES



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

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

Volet 4

Ce quatrième et dernier volet de la série sur notre nouveau processus d'inspection professionnelle présente les tendances observées au cours des deux dernières années. Ces constats s'appuient sur des données provenant, d'une part des réponses que vous fournissez dans les questionnaires d'autoévaluation et d'autre part des rapports des inspecteurs. Nous espérons que ce bilan alimente votre réflexion à l'égard de la pratique clinique.

Chaque indicateur portant un numéro, nous évaluons et analysons ainsi les tendances pour chaque point, puis nous comparons les réponses entre elles. Le CIP peut alors, s'il juge qu'une intervention plus macroscopique est nécessaire, formuler des recommandations qui s'adressent à un plus grand nombre d'inhalothérapeutes lorsque, par exemple, plusieurs inhalothérapeutes provenant d'établissements différents répondent de manière non conforme aux mêmes indicateurs.

Ainsi, après avoir soumis au programme de surveillance générale de l'exercice un total de 291 inhalothérapeutes travaillant dans trente (30) CSSS, cliniques de chirurgie et cliniques de soins du sommeil et après l'audit de 835 dossiers, le CIP souhaite rappeler certaines normes et notions de bonnes pratiques relatives à deux lacunes souvent observées à propos des :

• normes de l'ATS/ERS¹

constat : non-respect des normes de l'ATS/ERS lors des épreuves diagnostiques;

recommandation du CIP : les inhalothérapeutes qui réalisent des épreuves diagnostiques, surtout ceux effectuant une rotation entre plusieurs secteurs d'activité doivent rehausser leurs connaissances et leurs compétences au regard des normes de l'ATS/ERS et des normes de pratique. En effet, l'application de ces standards, gages d'uniformité, d'acceptabilité et de reproductibilité des résultats obtenus ne peut être tributaire du logiciel de l'appareil utilisé quant au choix des courbes. Les recherches et la littérature sur le sujet démontrent que la qualité des épreuves est liée à la compétence et au jugement clinique de l'exécutant. Nous vous rappelons que le test effectué à un usager mène à un diagnostic médical et peut, s'il est erroné, causer un préjudice;

• intervention auprès des usagers fumeurs

constat : à l'exception des inhalothérapeutes qui travaillent dans les centres d'enseignement ou les cliniques d'abandon du tabac, rares sont ceux qui interviennent de façon systématique, même brièvement, en cessation tabagique auprès des usagers fumeurs. De plus, aucune annotation sur le statut tabagique n'est inscrite au dossier médical de ceux-ci;

recommandation du CIP : tous les usagers fumeurs peuvent bénéficier d'une cessation tabagique. L'inhalothérapeute doit aborder le sujet de l'abandon du tabac avec ses usagers présentant une condition clinique favorable. De plus, une note indiquant le statut tabagique doit être rédigée au dossier. Quel que soit le milieu travail, le rôle professionnel

¹ ATS/ERS: *American Thoracic Society/European Respiratory Society*

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

de leader en santé cardiorespiratoire de l'inhalothérapeute doit être pleinement assumé, et ce, malgré le fait que ce sujet puisse être abordé par un autre professionnel.

Nous vous rappelons que c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui, en 2004, donnait le mandat à l'Institut national de santé publique du Québec de produire avec le concours de six (6) ordres professionnels — le Collège des médecins et les Ordres des inhalothérapeutes, des dentistes, des hygiénistes dentaires, des pharmaciens, des infirmiers et infirmières du Québec —, une directive et des actions concrètes visant à augmenter l'implication de leurs membres en matière d'arrêt tabagique. C'est de cette directive que découlent cette recommandation, le guide de pratique de poche et la formation (offerte gratuitement sur le *Campus OPIQ*) *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes*.

Bien qu'il permette une intervention plus large en identifiant des problématiques et en effectuant les recommandations qui s'imposent, le processus nous permet également de documenter des pratiques exemplaires. Par exemple, le compagnon virtuel utilisé par des collègues de la Gaspésie qui a été présenté lors du dernier congrès. Ces outils sur *iPad* servent de guides lors de pratique inhabituelle ou de cas complexe et ils ont été découverts par le biais d'une autoévaluation et d'une inspection. 🐦



En savoir plus sur l'inspection professionnelle ou pour connaître la liste des établissements inscrits au programme de surveillance générale de l'exercice financier 2014-2015.

Vertige!

Le changement, les inhalos, on connaît ça, habitués que nous sommes à nous adapter à toutes situations cliniques! Et des changements, à l'OPIQ, il y en a eu beaucoup depuis douze (12) ans que j'y travaille et plusieurs ces derniers mois, à vous donner le vertige! Ce vertige qui, bien que parfois effrayant, est aussi fascinant voire attirant. C'est maintenant mon tour, moi qui aime l'escalade... Je me lance! Je quitte pour relever d'autres défis à titre de directrice générale de l'Ordre des podiatres du Québec. Au cours des douze (12) dernières années, j'ai occupé plusieurs fonctions à l'OPIQ: coordonnatrice à l'inspection et aux affaires professionnelles, puis à l'amélioration de l'exercice et enfin, à l'inspection professionnelle, m'occupant entre autres des communications, de la formation et finalement de l'inspection.

J'ai eu le privilège de répondre à vos questions, de vous conseiller et de vous accompagner, soit pour un retour à la profession, soit pour une inspection. Mais le temps est venu pour moi de tourner la page, de laisser aller mon bébé et de relever de nouveaux défis. C'est bien beau tout ça, mais j'ai le vertige!

J'ai le sentiment profond d'avoir contribué au développement de l'Ordre, à son rayonnement, à l'évolution de ma profession et à notre reconnaissance, qui passe par la promotion de la qualité de nos « activités cliniques ».

Aujourd'hui, l'Ordre bénéficie d'une équipe expérimentée à laquelle j'ai contribué de tout cœur et qui a évolué avec le support de la direction générale et l'appui du Conseil d'administration. À cette belle équipe, s'ajoutera Sandra Di Palma qui me succède. Je lui souhaite la bienvenue et autant de beaux défis que ceux que je m'appête à relever.

J'adresse des remerciements particuliers à la directrice générale, Josée Prud'Homme, qui m'a poussée à toujours me dépasser; à M^e Andrée Lacoursière pour son amitié et ses précieux conseils juridiques; à Sylvie Gagnon, inspectrice permanente, qui m'a épaulée et qui est devenue une amie et finalement, à mon adjointe Marie Andrée Cova, qui a su me seconder avec efficacité.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée au fil des ans. Je remercie tous les inhalothérapeutes que je ne connais pas personnellement, mais qui ont pris le temps d'écrire ou de téléphoner pour me remercier et me souhaiter bonne chance, cela me touche profondément. Je partage cependant vos bons mots, avec mes collègues, les inspecteurs, mon adjointe et les membres du CIP qui m'ont tous épaulée et sans qui je n'aurais pas connu d'aussi beaux moments de... vertige!

Au revoir et encore merci!

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



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

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | INHALOTHÉRAPEUTES | PERFUSIONNISTES

fiqsante.qc.ca

L'achat d'une première maison, ça se prépare!

par **Aurore Olszanowski**, banquière personnelle, Banque Nationale.

L'achat d'une maison est sans doute l'investissement le plus important que vous effectuerez au cours de votre vie. C'est pourquoi il est primordial de bien vous préparer, afin que ce rêve puisse devenir réalité!

En suivant les étapes proposées, vous mettez toutes les chances de votre côté pour réussir votre projet.

1 Évaluez votre capacité d'emprunt¹

Il faut avant tout déterminer à combien pourrait s'élever votre prêt. Utilisez la [Calculatrice hypothécaire](http://bnc.ca/maison) disponible sur bnc.ca/maison pour vous faire une idée de votre capacité d'emprunt.

2 Déterminez votre mise de fonds

La mise de fonds varie généralement entre 5 % et 20 % du prix d'achat et vous permettra notamment de réduire vos versements hypothécaires. Si elle se situe sous les 20 %, vous devrez par ailleurs souscrire à une assurance-prêt auprès d'un assureur-prêt autorisé par la Banque Nationale².

3 Prévoyez les coûts additionnels

Vous devrez assumer un certain nombre de frais lors de l'achat de votre maison, par exemple les frais d'évaluation et d'inspection, les assurances, les taxes municipales et scolaires, les frais de condo, les frais juridiques, etc. Comme ces frais peuvent avoir un effet sur la somme que vous prévoyez consacrer à votre mise de fonds, il est important d'en tenir compte dans votre démarche d'achat.

4 Obtenez un certificat de préautorisation hypothécaire

Ayez l'esprit tranquille et augmentez votre crédibilité auprès des vendeurs et des agents d'immeubles grâce à un certificat de préautorisation hypothécaire. Mieux encore, ce certificat garantit votre taux d'intérêt pendant 90 jours, vous protégeant ainsi d'une hausse éventuelle durant vos recherches.

5 Trouvez votre propriété

Voici le moment de trouver la demeure de vos rêves! En ville ou en campagne? Un condo ou un duplex? En rangée ou détachée? L'achat d'une propriété soulève un certain nombre de questions, il est donc important de bien cerner vos besoins.

6 Effectuez votre offre d'achat

L'offre d'achat est un document juridique qui vous engage à respecter toutes les conditions qui y paraissent. Il est donc important de la préparer avec soin en étant épaulé par un notaire ou un avocat.



7 Choisissez votre solution hypothécaire

Prêt ouvert ou fermé, durée d'amortissement, assurance... choisir le prêt hypothécaire qui vous convient n'est pas une mince affaire. Votre conseiller vous aidera à choisir la solution la mieux adaptée à vos besoins.

8 Protégez votre prêt

Vous êtes jeunes et en santé? C'est le moment d'adhérer à l'assurance-prêt (par exemple, l'assurance-vie, l'assurance invalidité et l'assurance maladies graves), puisque les primes sont basées sur l'âge au moment de l'adhésion. N'hypothéquez pas votre avenir, assurez votre prêt!

9 Obtenez vos clés!

Ça y est, c'est le grand jour! Au préalable, la Banque Nationale aura fait parvenir le montant de votre prêt à votre notaire ou à votre avocat. Il ne vous reste qu'à lui verser le montant de votre mise de fonds et des frais juridiques, puis direction votre nouveau chez-vous!

N'hésitez pas à consulter votre conseiller pour obtenir des renseignements supplémentaires et pour obtenir de l'aide dans la préparation de ce projet. Découvrez tous les avantages auxquels vous avez droit ici: banquedelasante.ca

1 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale.

2 Les assureurs autorisés par la Banque Nationale sont la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) et Genworth.

VOTRE PROFESSION, NOTRE MÉTIER

Adhérez au programme financier¹ pour inhalothérapeutes
et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca




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



De la sorcellerie à *Star Académie*
La fibrose kystique

par Jacques Beaulieu, écrivain

 beaulieu.ja@videotron.ca

Reproduction autorisée.

Au Moyen Âge, un dicton populaire prédisait une mort dans l'année à un bébé qu'on embrassait sur le front et qui semblait avoir un goût salé. On disait que l'enfant était ensorcelé... Voilà certainement une des premières observations d'une maladie qui n'a réellement été découverte qu'en 1938: la fibrose kystique.

La fibrose kystique n'est pourtant pas une maladie parmi les plus rares. Touchant un enfant sur 3 500, c'est la plus fréquente des maladies génétiques. Cependant, comme la prédiction se réalisait souvent et que les bébés mouraient après quelques mois d'existence seulement, il était difficile d'observer les symptômes de la maladie et d'en faire le diagnostic. Les « sorciers » de l'époque avaient pourtant mis le doigt sur un outil fort efficace, qui sert encore au diagnostic de la maladie de nos jours: la composition chimique de la sueur est différente chez les personnes atteintes de fibrose kystique — également appelée mucoviscidose.

Du 14^e au 20^e siècle

En 1595, aux Pays-Bas, le D^r Pieter Pauw décrit l'autopsie d'une patiente chétive qu'on suppose ensorcelée. Elle présente un pancréas élargi, dur et blanchâtre. Quelques années plus tard, un médecin espagnol, le D^r Alonso y de Los Ruyzes, confirme que les doigts passés sur le front des enfants ensorcelés présentent un goût salé. Une même observation est relevée

dans un almanach datant de 1857. On peut en effet y lire: « L'enfant mourra bientôt dont le front embrassé est salé. » Finalement, au 19^e siècle, le pathologiste autrichien Karel Freiherr von Rokiyansky décrit un fœtus décédé après une péritonite méconiale. Il s'agit d'une complication de l'iléus méconial, présente chez certains enfants souffrant de la fibrose kystique. Encore ici, il faudra attendre le début du 20^e siècle pour effectuer le rapprochement entre les deux maladies.

L'entrée officielle de la fibrose kystique dans l'histoire humaine

Le début du 20^e siècle marque l'arrivée des premières observations associant les symptômes pulmonaires, la diarrhée et les anomalies pancréatiques typiques de la maladie. C'est en 1912 qu'un médecin observe des familles dont les enfants souffrent de diarrhées grasses et meurent d'infection pulmonaire. Le lien entre symptomatologie pulmonaire et digestive n'est pas encore bien établi. Il faudra attendre 1936 pour qu'une thèse intitulée *Zystische Pankreasfibromatose mit Bronchiektasien*, dirigée et publiée par le pédiatre suisse Guido Fanconi von Grebel, mette enfin en lumière les principaux symptômes de la maladie. Et c'est en 1938 qu'une pédiatre et pathologiste américaine, Dorothy Hansine Andersen, est la première à décrire la fibrose kystique



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.



Dorothy Hansine Andersen

Née à Asheville, en Caroline du Nord, en 1901, Dorothy Andersen a treize (13) ans quand son père décède et qu'elle doit déménager, avec sa mère, dans le Vermont. Après avoir obtenu son diplôme de médecine au *Johns Hopkins University School of Medicine* en 1926, la D^{re} Andersen réalise un internat en chirurgie au *Strong Memorial Hospital* à Rochester, New York. On lui refuse une résidence en chirurgie à cause de son sexe. Elle rejoint alors le personnel du département de pathologie à l'Université de Columbia. En 1935, elle accepte le poste d'assistant pathologiste au *Babies Hospital* du Centre médical *Columbia-Presbyterian*.

Alors qu'elle effectue l'autopsie d'un enfant qui présentait le tableau clinique de la maladie coeliaque, la D^{re} Andersen remarque une lésion du pancréas. Après une recherche approfondie des rapports d'autopsie et de la littérature médicale connexe, elle découvre la maladie qu'elle appelle la fibrose kystique. La D^{re} Andersen et son équipe de recherche ont ensuite fait de nombreuses découvertes sur cette maladie.

Ce médecin se considérait comme une farouche individualiste et avait plusieurs cordes à son arc : clinicienne en pédiatrie, chercheuse en chimie, elle effectuait également elle-même les travaux de toiture et de charpenterie dans sa maison. Décrite par ses pairs comme « un coup de vent », elle était appréciée de tous. Son laboratoire était particulièrement désordonné et elle y tenait des fêtes semi-annuelles *glug* (gâteau typique), en l'honneur de son héritage scandinave.

en tant que maladie à part entière et à souligner son caractère héréditaire. Ses observations cliniques révèlent une fibrose du pancréas formant des kystes. C'est pourquoi on nomme la maladie « fibrose kystique du pancréas ».

Le nom est ensuite devenu « fibrose kystique », car on a découvert que d'autres organes que le pancréas étaient touchés. Le terme « mucoviscidose » est inventé par le D^r Sydney Faber, médecin au *Children's Hospital* de Boston, pour illustrer l'obstruction caractéristique des voies aériennes et digestives causée par le mucus visqueux. Néanmoins, le terme « fibrose kystique » a continué d'être utilisé surtout par le milieu anglophone, tandis que les médecins français ont plutôt opté pour mucoviscidose. Voilà pour la sémantique.

TROUVEZ
VOTRE
PROFESSIONNEL

 Solutions
INHALOSTAT

1.877.447.2112 // INHALOSTAT.CA

Placement de personnel spécialisé en inhalothérapie
Anesthésie - Soins Respiratoires - Soins à domicile

« [...] la sueur des patients atteints de fibrose kystique présente des anomalies électrolytiques, notamment une augmentation importante en chlore et en sodium. »



Grégory Lemarchal (1983-2007)

Grégory Lemarchal a vingt (20) mois quand ses parents, s'inquiétant de ses difficultés respiratoires, l'amènent chez le médecin. On découvre alors qu'il est atteint de fibrose kystique. Cela ne l'empêche pas de cumuler les succès tout au long de sa courte existence. Il obtient de bons résultats au basketball, sous la direction de son père, qui est entraîneur professionnel dans cette discipline. À peine âgé de treize (13) ans, il devient champion de France de rock acrobatique. En 1999, il s'inscrit au concours *Graines de star* sans succès. Il acquiert cependant une certaine notoriété, qui lui permet de faire la première partie des chanteurs français Hervé Vilard et Gilbert Montagné. Le 22 décembre, le succès est toujours fidèle au rendez-vous: il emporte avec 80 % des suffrages du public la quatrième saison de *Star Academy*, sur la chaîne TF1 en France. Il part ensuite avec toute la troupe en tournée pour trois mois. Il reçoit la récompense « Révélation francophone de l'année » au *NRJ Music Awards* en janvier 2006. Un an plus tard, il doit envisager une transplantation pulmonaire et, en février, il annonce une pause dans sa carrière dans l'attente de son opération. Le 30 mars de la même année, il interprète avec Hélène Ségara la célèbre chanson *Vivo per lei*. Son état se dégrade ensuite rapidement. Hospitalisé le 2 avril, il meurt vingt-huit (28) jours plus tard. Une association pour la lutte contre la fibrose kystique est alors créée en son nom.

Les premiers tests diagnostiques

En 1948, la ville de New York est durement touchée par une vague de chaleur. Plusieurs jeunes patients souffrant de déshydratation avancée sont alors hospitalisés. Au *Columbia Hospital* de New York, le D^r Paul di Sant'Agnese découvre que la sueur des patients atteints de fibrose kystique présente des anomalies électrolytiques, notamment une augmentation importante en chlore et en sodium. Voilà qui explique la thèse de la sorcellerie datant du Moyen Âge! Le D^r di Sant'Agnese met au point une méthode diagnostique fiable encore utilisée de nos jours et basée sur le degré de salinité de la sueur.

En 1983, Paul M. Quinton, docteur en biologie cellulaire, publie un article dans la revue *Nature*. Il y démontre que l'imperméabilité au chlore qu'il a trouvée dans les glandes sudoripares est la cause de l'augmentation des électrolytes dans la sueur. C'est une étape majeure dans la compréhension de la maladie.

Le 21^e siècle

Au Canada, on estime qu'il meurt encore une personne atteinte de fibrose kystique chaque semaine. Il n'en demeure pas moins que d'énormes progrès ont été réalisés. En moins d'un demi-siècle, l'espérance de vie associée à cette maladie est passée de sept (7) ans à plus de cinquante (50) ans. Qui plus est, les personnes atteintes jouissent d'une meilleure qualité de vie et peuvent réaliser des exploits qui auraient été impensables il y a cinquante ans. Un des derniers exemples en date est celui de Grégory Lemarchal, une grande vedette de *Star Academy* en France.

Appel de candidatures

Date limite : 25 avril 2014

**PRIX DE
RECONNAISSANCE
2014**

CLIQUEZ ICI



**TRANSPLANT
QUÉBEC**

*Ensemble pour
le don d'organes,
pour la vie.*



L'ORDRE Y ÉTAIT

- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)
 - assemblée régulière ;
 - Forum des directions générales ;
 - formation des administrateurs et du président ;
 - comité sur la loi d'accès ;
 - comité organisateur du Colloque du Forum des syndics ;
 - comité directeur du Forum des syndics.
- Comité organisateur du Colloque interprofessionnel ;
- La reconnaissance des qualifications professionnelles ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire : réunion du comité directeur/ comité des secrétaires généraux ;
- Rencontre avec le président de l'Association des pneumologues du Québec ;
- Rencontre CMQ-OIIQ-OPIQ pour les lignes directrices en sédation-analgésie ;
- Comité organisateur du Congrès éducatif et salon professionnel 2014 de la SCTR-OPIQ ;
- Comité organisateur du 5^e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques ;
- Journées annuelles de santé publique (JASP) : journée thématique portant sur la collaboration virtuelle en santé publique (comité scientifique).

FORMATION À DISTANCE

Développez vos connaissances cliniques avec...

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



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

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

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

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



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

Renseignez-vous!

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

CÉLINE BEAULIEU HONORÉE DU PRIX *MÉRITE DU CIQ* 2013

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



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

Quelle belle façon de saluer l'engagement, la persévérance, la détermination et la générosité de celle qui, pendant quatorze années, a représenté les inhalothérapeutes du Québec à titre de présidente de l'Ordre!

C'est avec un immense plaisir que j'ai appris la nomination de Céline au prix *Mérite du CIQ* 2013. Pardonnez-moi de la tutoyer, mais l'avoir côtoyée pendant douze ans m'accorde, je crois, cet écart à l'étiquette et n'enlève rien à l'estime et au respect que je témoigne à cette femme d'exception.

Inhalothérapeute diplômée de la promotion 1975 du Collège de Rosemont, c'est avec un constant souci pour la qualité et le développement de la pratique que Céline exerce sa profession. Pionnière, à plus d'un égard, elle fut parmi les premiers inhalothérapeutes à travailler en assistance anesthésique au bloc opératoire du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, pavant ainsi la voie à une équipe désormais composée de plus de vingt-cinq inhalothérapeutes. Éducatrice certifiée en suivi de la clientèle asthmatique et atteinte de MPOC, elle détient aussi un baccalauréat multidisciplinaire de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue dont un certificat en anesthésie et soins critiques.

Si, par ses actions tout au long de sa carrière, elle se distingue et contribue au développement de la profession, c'est en reconnaissance de son engagement indéfectible, envers l'Ordre et ses membres, depuis plus de seize ans — dont quatorze années à la présidence —, et pour saluer son leadership, son professionnalisme et sa persévérance, qu'elle a reçu le prix *Mérite du CIQ* 2013. Avec courage et conviction, elle a défendu avec ferveur les fondements mêmes de la mission première d'un ordre professionnel : la protection du public. En effet, sous sa gouverne, l'OPIQ devient le premier ordre à adopter un règlement de formation continue obligatoire pour ses membres. Dès lors, plusieurs ordres ont emboîté le pas.

Nous saluons également tous les efforts déployés à travers les ans pour l'obtention du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes au niveau universitaire, véritable cheval de bataille de notre

organisation. Sans nul doute, Céline y croit profondément, en faisant une affaire personnelle. Jamais elle n'a baissé les bras, et, si ce dossier est toujours viable et d'actualité, nous le devons à son acharnement et à sa conviction absolue du bien-fondé de nos revendications.

Céline travaille de concert avec le Collège des médecins du Québec permettant ainsi la reconnaissance d'activités déjà effectuées par les inhalothérapeutes notamment celles entourant la ponction artérielle radiale, l'autotransfusion et la circulation extracorporelle à membrane oxygénante.

Non contente de son implication au Québec, Céline s'investit à l'échelle nationale en cofondant, en 1999 avec le Collège ontarien des thérapeutes respiratoires, l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire (ANORTR) et assume le premier poste à la présidence. Enfin, elle joue un rôle-clé pour la reconnaissance de l'expertise des inhalothérapeutes dans la foulée des travaux entourant la *Loi 90* et dans les revendications relatives à la reconnaissance d'une activité d'évaluation pour les inhalothérapeutes, chose qui aurait dû être acquise alors.

En parcourant la liste de ces accomplissements, vous êtes à même de constater que Céline laisse derrière elle un héritage considérable et permanent. Nous n'oublions jamais...

Permettez maintenant une note plus personnelle. J'ai eu un immense plaisir à travailler avec et pour Céline au cours de toutes ces années. J'estimais certes son ouverture aux autres, le regard calme et posé qu'elle jetait sur une situation, sa générosité de cœur et de temps, mais aussi sa rigueur intellectuelle et son amour du français! Ainsi — pointilleuse sur l'utilisation du mot juste et d'un français impeccable —, titillant mon intérêt pour la chose, est-elle à l'origine de mes études en ce domaine.

Céline, au nom de tes pairs, des administrateurs, de la direction générale et en mon nom personnel, je salue ta curiosité, ta gentillesse, ton implication et ton dévouement. Félicitations pour cette ultime reconnaissance, qui couronne une vie professionnelle bien remplie! Profite bien de cette retraite amplement méritée!

À L'AVANT-SCÈNE

JOHANNE GRAVEL

*Nous vous présentons
la lauréate du prix Éleine-Trottier 2013.*



Inhalothérapeute depuis 1980. Comme une bonne majorité d'inhalothérapeutes, j'ai fait mon cours au Collège de Rosemont et mes stages à l'Hôpital de Verdun. J'ai amorcé ma pratique professionnelle à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et je vais probablement la terminer à cet endroit. Au cours des 10 premières années de ma carrière, j'ai approfondi mes connaissances en travaillant dans différents domaines tels l'urgence, la pédiatrie et les soins intensifs. Par la suite, j'ai opté pour la pneumologie afin de mieux concilier le travail et la famille. Ce qui fut le début d'une belle aventure.

En effet, après la publication d'un livre sur l'asthme réalisé avec deux de mes collègues, Kateri Collignon et Suzanne Trépanier, j'ai été approchée pour démarrer un Centre d'enseignement sur l'asthme. De fil en aiguille, j'ai mis sur pied d'autres programmes d'enseignement, dont l'enseignement sur l'hyperventilation, la MPOC et, finalement, le programme d'enseignement et de suivi sur l'apnée du sommeil qui m'a valu le prix *Éleine-Trottier*.

Je suis la maman de deux jolies jeunes femmes, Véronique et Annie-Kim, et l'épouse de Sylvain, mon conjoint très compréhensif. Ils m'ont permis, par leur

sagesse et leur tolérance, de développer ma carrière. Si je n'avais pas été inhalothérapeute, j'aurais facilement pu être une bonne mère au foyer. Cependant, le destin en a décidé autrement.

Un conseil que j'aimerais donner aux jeunes inhalothérapeutes serait de s'entraider, de partager leurs connaissances, de développer leur persévérance, leur confiance et le dépassement de soi pour se réaliser en tant qu'inhalothérapeutes. Il ne faut surtout pas tenir pour acquis ce que nous avons obtenu jusqu'à présent. Il faut savoir travailler en équipe pour continuer à avancer et développer la profession.

Recevoir le prix *Éleine-Trottier* pour ma contribution au développement de la profession en octobre 2013 m'a beaucoup ébranlée et surprise. Je ne m'attendais vraiment pas à cela lors de cette soirée. J'en suis donc resté bouche bée. Je voudrais prendre quelques lignes pour remercier les personnes qui ont été importantes dans ma vie professionnelle telles que Suzanne Trépanier, Kateri Collignon et Cécile Pellerin qui, par leur collaboration, m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur l'asthme et ainsi, par la suite, me donner la confiance en moi

pour aller plus loin et développer les différents programmes que l'on retrouve au Centre d'enseignement de pneumologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Je dois également partager ce prix avec D^r Jacques Tremblay qui a cru en moi en m'offrant l'opportunité de développer un programme d'enseignement et de suivi de la clientèle atteinte du syndrome d'apnée du sommeil.

Ce programme est le résultat d'un travail acharné et soutenu, d'un soutien scientifique, moral et humain que j'ai reçu au cours des 15 dernières années passées à travailler au côté des pneumologues de l'HMR. Je voudrais adresser un merci tout spécial au D^r Pierre Grégoire qui n'a jamais hésité à partager ses connaissances et à me transmettre la documentation pertinente au développement du programme.



NOUVELLES TECHNOLOGIES

E-cigarette : une technologie prometteuse ou dangereuse ?

par **Anick Perreault-Labelle**



Source : PERREAULT-LABELLE, A. Janvier-février 2014. « E-cigarette : une technologie prometteuse ou dangereuse ? », *info-tabac.ca*, Vol. 99, p. 1-3. [En ligne] [<http://info-tabac.ca/e-cigarette-une-technologie-prometteuse-ou-dangereuse/#.UzM1mXBOXDA>] (consulté le 20 janvier 2014).

Reproduction autorisée.

A lors que la popularité des e-cigarettes monte en flèche, deux études québécoises font planer des doutes sur leur sécurité. La solution : un meilleur encadrement.

Ce n'est pas pour rien que la cigarette électronique, ou e-cigarette, plaît : ce gadget techno promet une vapeur aromatisée donnant la sensation de la nicotine sans les inconvénients de la fumée ni du goudron. Les e-cigarettes sont d'autant plus tentantes que de nombreuses stars les ont adoptées, de Catherine Deneuve à Carla Bruni. Résultat : les ventes mondiales du bidule ont quasiment doublé entre 2012 et 2013 pour atteindre près de deux milliards de dollars, estime Citigroup.

Un gadget controversé

Certains voient dans l'e-cigarette un engin sans danger, voire un outil pour aider les fumeurs à se défaire de leur dépendance au tabac (voir encadré 01).

Mais plusieurs s'inquiètent de l'absence de normes ou d'encadrement entourant l'engin. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), par exemple, note que les propriétés et les effets à long terme de l'e-cigarette demeurent inconnus. Pire : en « renormalisant » le tabagisme, ce gadget pourrait favoriser l'initiation des jeunes, tentés par la suite de faire le saut vers les « vrais » produits du tabac. Le prestigieux magazine scientifique *Nature* a bien résumé le débat autour de ce nouveau produit : *les cigarettes électroniques pourraient sauver la vie de millions de fumeurs ou mettre des millions de non-fumeurs sur la voie de la dépendance à la nicotine*. [Traduction libre de *info-tabac.ca*]

La réalité se situe quelque part entre ces deux extrêmes. Certes, l'e-cigarette aide certains fumeurs à se libérer de la cigarette conventionnelle (voir encadré 02), mais elle attire aussi des non-fumeurs, des fumeurs qui souhaitent continuer à fumer et — malheureusement — des jeunes. Vingt-quatre pour cent (24 %) des fumeurs de 18 à 24 ans ont utilisé une e-cigarette au cours de la dernière année, contre « seulement » 9 % de tous les adultes québécois, montre un sondage de la Société canadienne du cancer – Division du Québec (SCC) mené à l'été 2013. Pire : 60 % de ces jeunes usagers ont utilisé l'e-cigarette par plaisir ou par curiosité. La tendance est la même aux États-Unis : 10 % des étudiants du secondaire ont essayé ce gadget en 2012, contre 4,7 % en 2011, selon les *Centers for Disease Control and Prevention* américains.

Un produit mal connu

Ceux qui défendent les e-cigarettes rappellent qu'elles sont beaucoup moins nocives que les cigarettes régulières. C'est vrai : elles émettent de 9 à 450 fois moins de métaux lourds et de nitrosamines que le tabac traditionnel, rapporte une étude de Maciej L. Goniewicz et son équipe parue dans *Tobacco Control*.

Cependant, un produit moins nocif qu'un autre n'est pas nécessairement sans danger. D'autant plus que les usagers des e-cigarettes (baptisés vapoteurs) ne savent pas réellement à quoi ils s'exposent. « L'absence de standardisation dans la composition des produits et le dispositif utilisé empêchent toute estimation valide du risque d'effets sur la santé », estime l'INSPQ dans *La cigarette électronique : état de situation*, rendu public en septembre.

« 24 % des fumeurs de 18 à 24 ans ont utilisé une e-cigarette au cours de la dernière année. »

« Personne ne connaît la composition exacte des cigarettes électroniques, renchérit Gaëlle Fedida, directrice par intérim, *Questions d'intérêt public* à la SCC. Les fabricants et les distributeurs allèguent qu'elles ne contiennent aucune trace de nicotine, mais c'est faux. »

C'est ce que démontrent des tests effectués en laboratoire par l'Université de Montréal, à la demande de la SCC. Sur les treize (13) e-cigarettes achetées dans des dépanneurs, à Montréal, ou en ligne, neuf (9) ne contenaient pas les doses de nicotine qu'elles affichaient tandis que certaines se disaient sans nicotine alors qu'elles en contenaient ! Une étude citée dans le rapport de l'INSPQ va dans le même sens. Selon cette dernière, trois e-cigarettes d'une même marque, toutes étiquetées à 0 milligramme (mg) de nicotine, en contenaient en réalité 0,07 mg, 12,90 mg et 21,80 mg. Ces inexactitudes pourraient être problématiques, voire funestes, sachant que la nicotine entraîne une dépendance et est toxique à fortes doses.

Inquiétantes vapeurs ?

La même imprécision entoure les vapeurs qu'exhalent les vapoteurs. Une analyse du magazine français *60 millions de consommateurs* montre qu'elles contiennent des traces de composés potentiellement carcinogènes dont du formaldéhyde, de l'acroléine et des métaux lourds. Certes, il s'agit de traces et de quantités bien moindres que celles provenant d'une cigarette traditionnelle. Mais tout dépend des e-cigarettes, certaines en rejetant jusqu'à dix fois plus que d'autres ! Enfin, l'ingrédient principal des e-cigarettes est le propylène glycol. Il s'agit d'un ingrédient courant dans les aliments et les médicaments. Mais personne ne connaît son effet sur la santé lorsqu'on l'aspire régulièrement. Il ne faut pas oublier, en dernier lieu, que l'e-cigarette est un produit électronique et qu'à ce titre, elle n'est pas à l'abri d'un court-circuit. D'ailleurs, quelques cas de feu et d'explosion ont déjà été recensés... En somme, personne ne sait si l'e-cigarette remplit réellement ses promesses de gadget sans danger qui pourrait soutenir l'arrêt tabagique. Pour s'en assurer, il n'y a qu'une solution : le tester et l'encadrer !

Comment réglementer l'e-cigarette ?

Au Canada, les cigarettes électroniques sont assujetties à la Loi sur les aliments et drogues. Même si celle-ci interdit les modèles avec nicotine, plusieurs magasins et sites Web en vendent ouvertement.

Au Québec, à peu près tous les groupes pro-santé réclament que tous les modèles d'e-cigarette soient encadrés par la Loi sur le tabac. En clair : qu'il soit interdit de les vendre aux mineurs, de les utiliser dans les endroits où la cigarette est prohibée et d'en faire l'objet d'une publicité trompeuse (de type style de vie ou visant les jeunes). Cependant, « il ne faudrait pas que les fumeurs souhaitant se libérer du tabac aient moins facilement accès aux e-cigarettes qu'aux autres produits du tabac, estime le D^r Martin Juneau, cardiologue. Par contre, il faut s'assurer que celles-ci ne soient pas vendues n'importe où parce que ce sont des produits complexes qu'on doit apprendre à utiliser ». Concrètement, les vapoteurs doivent notamment être en mesure de choisir leur dose de nicotine et d'en connaître la toxicité.

encadré 01



Fonctionnement d'une e-cigarette

La cigarette électronique est habituellement composée de trois parties. L'inhalateur contient l'e-liquide : un mélange de propylène glycol, de saveur et, le cas échéant, de nicotine. L'atomiseur et la batterie chauffent ce liquide et le transforment en une vapeur qu'aspire le vapoteur.

encadré 02

Une aide à l'arrêt tabagique

L'e-cigarette avec nicotine reste illégale au Canada. Pourtant, certains professionnels de la santé l'utilisent dans leur clinique ; par exemple, le D^r Martin Juneau qui dirige le Département de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). Depuis quelques mois, le cardiologue a deux modèles d'e-cigarette en démonstration dans son bureau. « Je conseille cette technologie aux fumeurs pour qui les autres thérapies de remplacement de la nicotine ont échoué, dit-il. Seule l'e-cigarette délivre aussi rapidement de la nicotine au cerveau tout en reproduisant le geste du fumeur. » Pour le D^r Juneau, l'e-cigarette est un outil de la dernière chance à utiliser dans le cadre d'un programme de counseling donné par un professionnel de la santé.

Le gadget est aussi efficace que les timbres, rapportent Christopher Bullen et son équipe dans *The Lancet*. Dans cette étude, 650 fumeurs qui voulaient se libérer du tabac ont reçu l'une des trois choses suivantes : une e-cigarette avec nicotine, des timbres transdermiques ou une e-cigarette sans nicotine. Six mois plus tard, respectivement 7 %, 6 % et 4 % d'entre eux avaient réussi à se libérer du tabac. Enfin, Pasquale Caponnetto et son équipe ont proposé des e-cigarettes avec et sans nicotine à 300 fumeurs qui ne voulaient pas cesser de fumer. Un an plus tard, 8,7 % d'entre eux s'étaient libérés de la cigarette traditionnelle, rapportent les chercheurs dans *Plos One*.



Avis

DÉCISION DU CONSEIL DE DISCIPLINE DE L'ORDRE DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (40-13-033)

Prenez avis que le 26 novembre 2013, le conseil de discipline de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec a imposé à monsieur Bastien Pierre, inhalothérapeute, les sanctions suivantes à l'égard des chefs 1 à 5 de la plainte disciplinaire portant le numéro 40-13-033 :

Pour ce qui concerne les chefs 1 a), 2 b), 2 c) et 4 b) de la plainte, le conseil a imposé à monsieur Bastien Pierre une réprimande. Pour ce qui concerne le chef numéro 1 b) de la plainte, une amende de mille dollars (1000 \$) a été imposée. Pour ce qui concerne le chef 2 a) de la plainte, une amende de mille cinq cents dollars a été imposée. Pour ce qui concerne le chef numéro 3 de la plainte, une amende de mille dollars (1000 \$) a été imposée. Pour ce qui concerne le chef numéro 4 a) de la plainte une amende de mille cinq cents dollars a été imposée et pour ce qui concerne le chef numéro 5 de la plainte, une amende de mille dollars (1000 \$) a été imposée.

Enfin, le conseil a condamné monsieur Bastien Pierre à payer tous les frais et déboursés de la cause.

Monsieur Bastien Pierre a été reconnu coupable d'avoir commis des infractions au Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec et à l'article 2 du Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec.

Les actes reprochés au professionnel ont notamment trait à :

Chef numéro 1 de la plainte

Le ou vers le 20 décembre 2011 :

- l'intimé n'a pas tenu à jour le dossier d'une cliente, en rédigeant sa note tardivement, après l'intervention de son supérieur;
- l'intimé a omis de consigner au dossier d'une cliente les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession, dont la description des services professionnels rendus à sa cliente, incluant notamment les techniques utilisées.

Chef numéro 2 de la plainte

L'intimé a le ou vers le 2 novembre 2011 :

- a omis d'administrer deux traitements prescrits;
- a omis de consigner au dossier son omission d'avoir prodigué le traitement prescrit;
- a omis de remplir un rapport d'incident-accident résultant de son omission.

Chef numéro 3 de la plainte

L'intimé a le ou vers le 17 janvier 2012 :

- a omis d'insérer au dossier d'un client la description des services professionnels rendus et l'information relative à tout acte relié à une ordonnance médicale.

Chef numéro 4 de la plainte

L'intimé a le ou vers le 18 août 2012 :

- en regard d'un client, a omis de procéder à son évaluation et à l'administration d'un médicament;
- a omis de consigner au dossier son omission de procéder à son évaluation et à l'administration d'un médicament.

Chef numéro 5 de la plainte

L'intimé a le ou vers le 17 janvier 2012 :

- a omis de consigner au dossier d'un client les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession, incluant notamment la description des services professionnels rendus.

Monsieur Bastien Pierre a reçu signification de la présente décision le 27 novembre 2013.

Montréal, ce 9^e jour de janvier 2014.

Maria Gagliardi, avocate

Secrétaire du conseil de discipline
de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec

Avis de limitation d'exercice

Avis est par les présentes donné, que pour la période du 1^{er} décembre 2013 au 20 mars 2014, les inhalothérapeutes suivants font ou ont fait l'objet d'une limitation d'exercice, imposée par le comité exécutif ou le conseil d'administration de l'Ordre, en vertu de l'article 55 de la *Code des professions*.

Nom	Permis	Nature de la limitation
Annie Bellemare	90074	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires aux stages cliniques en assistance anesthésique, soins cardiorespiratoires généraux, soins critiques et urgence, épreuves et tests diagnostiques.



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



Avis de suspension d'exercice

AVIS est par les présentes donné que **madame Claudine Provost** (numéro de membre 82-063), inhalothérapeute exerçant la profession au 1385, rue Jean-Talon Est, à Montréal (Québec), fait l'objet d'une suspension d'exercice prononcée par le comité exécutif de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec en vertu de l'article 52.1 du *Code des professions*, jusqu'à ce que la procédure de l'examen médical prévue à l'article 48 du *Code des professions* ait été complétée et que le comité exécutif ait pris une décision à la suite de l'étude des rapports des trois médecins experts.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification à l'inhalothérapeute concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, la suspension de madame Claudine Provost est donc en vigueur depuis le 10 mars 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du *Code des professions*.

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

IPV^{MD} 2C pour la mobilisation de sécrétion et le recrutement alvéolaire



Thérapie avancée de ventilation à percussion intrapulmonaire (IPV) pour la salle d'urgence et le service de soins intensifs

L'appareil IPV 2C de Percussionnaire est un appareil respiratoire effractif ou non effractif à haute fréquence servant à la mobilisation et au dégagement des sécrétions endobronchiques dans toutes les populations à l'étude.

Avantages:

- OD-CPAP**
Pression positive expiratoire continue à demande oscillante programmable visant à faciliter la fonction respiratoire chez toutes les populations à l'étude, des nouveau-nés aux adultes corpulents en passant par les enfants
- Fréquence et amplitude**
Fréquence et amplitude réglables de la percussion pour la mobilisation et le dégagement des sécrétions endobronchiques non éliminées et la résolution de l'atélectasie parcellaire diffuse lors du recrutement mécanique des voies respiratoires
- Génération d'aérosols**
Génération simultanée d'aérosols à grand volume pour l'administration topique de l'eau, des bronchodilatateurs salins, des vasoconstricteurs et de certains autres médicaments administrés par voie intraveineuse
- Percussionator universel**
Un Percussionator effractif ou non effractif idéal pour les soins cardiorespiratoires mécaniques aigus chez toutes les populations à l'étude, de la réanimation initiale à la stabilisation et au transport



Code de produit: PER-F00002-C

Appelez Carestream au 1-888-310-2186 pour de plus amples renseignements.

Distribué par:



Télécopieur: 1 888 310.2187
www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

Carestream Medical est certifiée ISO:13485 et ISO:9001
Carestream Medical: Commanditaire d'élite CSRT

CHRONIQUE DE LA RELÈVE



▲ François Philibert-Dubois, inhalothérapeute, Hôpital Sacré-Cœur de Montréal et enseignant au Cégep de Rosemont.

Lauréat de la Mention d'honneur pour la **Semaine de l'inhalothérapeute** 2013


La Mention d'honneur pour la **Semaine de l'inhalothérapeute** 2013 destinée à promouvoir la profession auprès du grand public est décernée à l'équipe du CLSC Jean-Olivier-Chénier du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes pour leur activité de promotion organisée dans la communauté. Félicitations à Josée Boudreault et son équipe.

Emilie Blair, inh.
Responsable du comité de la relève

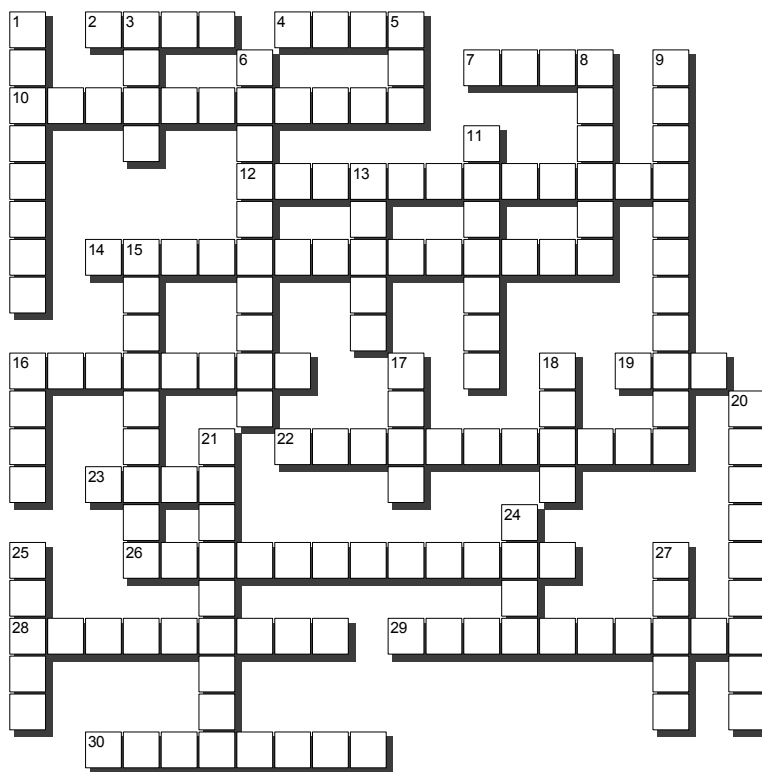
À l'aube de la trentaine, et après avoir consacré une décennie au merveilleux monde de la restauration en tant que sommelier, je décide de retourner sur les bancs d'école. Dix années passionnantes à courir les dégustations pour offrir les meilleurs vins à la clientèle fidèle du bistro *Le Tire-Bouchon* de Boucherville. C'est à la suite de quelques visites à l'hôpital qu'une idée germe doucement. Je dois retourner étudier... en santé. Après des discussions animées avec le père d'un ami, passionné d'inhalothérapie, je décide de me lancer dans l'aventure qui changera ma vie ! La cigale devait maintenant se transformer en fourmi !

Je débute au Collège de Rosemont en 2008. Sans trop savoir à ce moment tout ce à quoi j'avais dit « oui », je découvre de session en session une profession qui me passionne et me motive à me surpasser. Dès les premiers instants, je m'implique dans divers projets et comités. Puis, à la fin de ma deuxième année d'études, on m'approche pour faire partie de l'équipe chargée de démarrer le projet d'attestation d'études collégiales (AEC) à l'intention des candidats à la profession formés à l'étranger. Déjà, à ce moment, je prends plaisir à l'enseignement sans me douter toutefois de la place que celui-ci occuperait éventuellement dans ma vie professionnelle. J'ai la chance de faire mes stages de troisième année dans plusieurs centres différents, m'exposant ainsi à plusieurs environnements, plusieurs clientèles et plusieurs équipes. Si cela me demande une bonne dose d'adaptation, cela m'aide également lorsque vient le temps de faire mon choix d'embauche une fois mon diplôme obtenu. C'est à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal que je trouve un environnement stimulant tant par sa clientèle, par la diversité des techniques d'inhalothérapie effectuées que par l'équipe formidable que j'y trouve. C'est avec le sourire que j'entre tous les jours retrouver mes collègues !

J'ai toutefois gardé contact avec le département d'inhalothérapie au Collège de Rosemont une journée par semaine, à titre de technicien en travaux pratiques au programme régulier. Puis, en février 2013, une chance s'offre à moi. Conjointement avec un autre enseignant, on me propose d'assurer une partie des cours de laboratoire d'ECG et réanimation. C'est à une semaine du début des classes que j'accepte de relever le défi. Non sans crainte, mais convaincu de vouloir tenter l'expérience, je vis mes premiers moments en enseignement. La session est riche en apprentissages et je reprends mon quotidien à l'hôpital une fois celle-ci terminée. Bien que j'ai adoré l'expérience et désire la renouveler à nouveau, je ne crois pas que l'occasion se représente de sitôt ! La surprise est donc complète lorsque j'ouvre un courriel en novembre 2013 m'offrant une charge à temps complet au Collège de Rosemont pour la session hiver 2014. J'accepte aussitôt la supervision de deux groupes de stages de 2^e année et quelques étudiants en stage de 3^e année. Le défi s'annonce grand, mais en aucun temps je n'ai considéré refuser. Je suis entouré d'une équipe d'enseignants d'expérience qui m'encouragent et m'aident généreusement à me préparer à ma nouvelle tâche. Ils m'offrent sans compter leur aide, temps et matériel. L'esprit d'entraide qui règne au sein du département d'inhalothérapie du Collège de Rosemont me permet une fois de plus de me surpasser, d'apprendre davantage et d'aller au bout des défis fixés.

Je découvre encore aujourd'hui une jeune profession qui offre toute une gamme de possibilités, auprès de gens motivés, minutieux et passionnés. L'inhalothérapie, pour moi, c'est un monde où tous les rêves sont permis ! 

Hé oui ! Les mots entrecroisés sont de retour ! Pour l'occasion, je me suis principalement inspirée des deux articles du dossier (p. 8, 16 et 24), de l'histoire des maladies (p. 38), de celui sur le tabac (p. 44) et de deux articles complémentaires en ligne [<http://lemedecinquebec.org/Media/120594/051-058DrGauthier1113.pdf>] et [<http://lemedecinquebec.org/Media/120591/045-049DrPoirier1113.pdf>]. En espérant que vous trouverez autant de plaisir à remplir cette grille que j'en ai eu à la concevoir ! Bon entrecroisé !



Horizontalement

- 2 Bêta agoniste à action prolongée.
- 4 Abréviation qui désigne la variation minimale d'un paramètre perçue comme bénéfique pour le patient. Changement minimal cliniquement significatif.
- 7 Bêta agoniste à action rapide.
- 10 Inhibiteur de la phosphodiesterase 4 (anti PPD-4). Nom générique du Daxas®.
- 12 Méthylxanthine (inhibe la phosphodiesterase). Bronchodilatateur de 3^e choix dans le traitement de la BPCO.
- 14 Classe de médicament utilisée pour traiter l'anxiété.
- 16 C'est le nom que l'on donne à l'usager des e-cigarettes.
- 19 Corticostéroïdes en inhalation.
- 22 Elle est forcée et est utilisée afin de diagnostiquer le degré d'obstruction bronchique.
- 23 Anticholinergique de courte durée d'action.
- 26 Accentuation des symptômes d'une maladie.
- 28 Type d'entraînement en endurance effectué à une intensité submaximale (où les besoins en oxygène demeurent sous le VO₂ max).
- 29 Se dit d'une obstruction qui, après l'administration d'un bronchodilatateur, montre une augmentation du VEMS de 200 ml et de 12 % de sa valeur initiale.
- 30 Nom du médecin ayant décrit pour la première fois le caractère héréditaire de la fibrose kystique.

Verticalement

- 1 Opiacé qui constitue la pierre angulaire du traitement pharmacologique de la dyspnée réfractaire chez les personnes atteintes de BPCO en fin de vie.
- 3 Anticholinergique de longue durée d'action.
- 5 Société canadienne de thoracologie.
- 6 Nom générique d'un bronchodilatateur anticholinergique de longue durée d'action (24 heures) dont le dispositif d'administration se nomme le HandiHaler®.

- 8 Elle fait partie des contre-indications à un programme de réadaptation respiratoire si elle est instable.
- 9 Développement exagéré d'un tissu ou d'un organe. La muqueuse bronchique en est atteinte en présence de BPCO.
- 11 Respiration difficile et pénible.
- 13 Voie d'administration recommandée de la morphine chez les personnes atteintes de BPCO en fin de vie.
- 15 Appareil servant à l'entraînement des membres supérieurs.
- 16 Par convention, c'est le volume mesuré après la prise de bronchodilatateur.
- 17 Nom de l'échelle utilisée afin d'évaluer le niveau d'effort perçue lors d'une activité physique.
- 18 Nom du canal du chlore présentant des anomalies et impliqué dans la fibrose kystique.
- 20 Il doit se situer obligatoirement en deçà de 70 % afin d'établir la présence d'une obstruction bronchique.
- 21 Intoxication aiguë ou chronique au tabac.
- 24 Indice prédictif de probabilité de décès pour les personnes atteintes de BPCO. Il est composé de quatre variables : indice de masse corporelle, VEMS, niveau de dyspnée (CRM), distance au test de 6 minutes de marche.
- 25 Niveau de sévérité de la BPCO où la spirométrie forcée révèle un 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite et VEMS/CVF < 70 % (selon la classification de la Société canadienne de thoracologie).
- 27 Nom du médecin qui inventa le terme « mucoviscidose ».

Références

- GAUTHIER, R. 2013. « Le traitement de la BPCO – vers un accommodement raisonnable entre bienfaits et risques ». *Le Médecin du Québec*, 48 (11), p. 51-58. [En ligne] [<http://lemedecinquebec.org/Media/120594/051-058DrGauthier1113.pdf>] (consulté le 10 mars 2014).
- PARENTEAU, S. 2013. « La réadaptation et la BPCO – une intervention musclée ». *Le Médecin du Québec*, 48 (11), p. 61-65.
- POIRIER, C. 2013. « Le défi du diagnostic de la BPCO – l'heure du bilan ». *Le Médecin du Québec*, 48 (11), p. 45-49. [En ligne] [<http://lemedecinquebec.org/Media/120591/045-049DrPoirier1113.pdf>] (consulté le 10 mars 2014).
- RAYMOND, M.-C. 2013. « Partenaires jusqu'au dernier souffle – la BPCO en fin de parcours ». *Le Médecin du Québec*, 48 (11), p. 67-72.
- PERREAU-LABELLE, A. Janvier-février 2014. « E-cigarette : une technologie prometteuse ou dangereuse ? » *info.tabac.ca*, vol. 99, p. 1-3.
- Takeda Canada Inc. (2013). Monographie de produit. DAXAS®, Takeda Canada Inc. 32 pages. [En ligne] Ontario : Oakville. <http://www.takedacanada.com/fr-ca/~media/countries/ca/files/product%20pdfs/daxas%20pm%20fre%2012mar2013.pdf>
- Consulté le 18 mars 2014.

Solution à la page 50
commentaires elaine.pare@opiq.qc.ca



Calendrier des événements

- 1 8^e colloque des services respiratoires du CHU de Québec, samedi 5 avril 2014, Centre Montmartre
- 2 2^e journée de l'inhalothérapie pédiatrique du CHU Sainte-Justine, 10 avril 2014
- 3 Salon Emploi de la Santé et des Services sociaux, 15 et 16 avril 2014, Palais des congrès, Montréal
- 4 *Jour de la Terre*, le 22 avril 2014
- 5 Congrès canadien sur la santé respiratoire, Calgary, 24 au 26 avril 2014
- 6 Journée éducative sur l'apnée du sommeil, Montréal, 26 avril 2014
- 7 Explorer et ouvrir vos horizons: 17^e congrès de l'Association québécoise des infirmières et intervenants en recherche clinique (AQIIRC), les 1^{er} et 2 mai 2014
- 8 Colloque des inhalothérapeutes du CSSSHY, le 10 mai 2014
- 9 Journée scientifique en soins cardiorespiratoires IUCPQ, le 10 mai 2014
- 10 24^e congrès Réseau de soins palliatifs du Québec, les 12 et 13 mai 2014
- 11 82^e congrès de l'ACFAS, Université Concordia, du 12 au 16 mai 2014
- 12 *Journée de l'inhalothérapeute*, le 19 mai 2014
- 13 *International Anesthesia Research Society (IARS) annual meeting*, Montréal, Fairmont Le Reine Elizabeth, du 17 au 20 mai 2014
- 14 Congrès éducatif et salon professionnel 2014 de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, Montréal, Fairmont Le Reine Elizabeth, du 22 au 24 mai 2014
- 15 *Journée mondiale sans tabac*, le 31 mai 2014
- 16 5^e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Montréal, 2-3 octobre 2014
- 17 Colloque montréalais 4^e édition, le 18 octobre 2014
- 18 *Semaine de l'inhalothérapeute*, du 5 au 11 octobre 2014
- 19 *Semaine des thérapeutes respiratoires*, du 19 au 25 octobre 2014
- 20 2^e Conférence internationale sur le raisonnement clinique, 28-31 octobre 2014, Hôtel Westin, Montréal

Assemblée générale annuelle

L'assemblée générale annuelle des membres de l'OPIQ se tiendra le vendredi 31 octobre 2014. Plus de détails à venir. Surveillez le bulletin électronique *l'Ordonnée*.



Formation continue

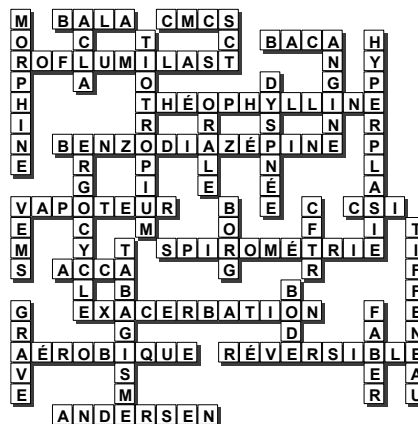
Nouvelle activité de formation en ligne

OPIQ-701: Advanced airway management (adaptation anglaise d'OPIQ-601: Gestion avancée des voies aériennes)

OPIQ-702: The respiratory therapist in the intensive care unit (adaptation anglaise d'OPIQ-601: L'inhalothérapeute clinicien aux soins intensifs)

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

Solution entrecroisé



opiq À la croisée
des chemins
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

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

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



Info-Mobinaute



SMARTfiches Cardiologie HD,
Toute la cardiologie sous forme
de fiches de référence.
Gratuit.



EMC Elsevier Masson, vous
donne accès à tous les articles
des incontournables traités EMC.
Gratuit.

GOLF **Vendredi**
16 mai 2014
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
Départ dès midi
Golf, voiturette
et souper 3 services
\$ 125 / pers.
Club de golf

Golf pré-congrès !

Info et inscription :
Jean-Claude Roy : 514 863.9766
Simon Audet : 450 534.4653 ext 21 *Le Royal Bromont*

IMPORTANT

Nous vous rappelons que l'OPIQ ne tient pas son congrès annuel à l'automne,
mais collabore au congrès de la SCTR.

NOTRE PROFESSION
NOTRE PASSION

50 ans | years

OUR PROFESSION
OUR PASSION

RRT inh. t.r.a.

opiq Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

SCTR CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES

HÔTEL FAIRMONT LE REINE ELIZABETH, MONTRÉAL, DU 22 AU 24 MAI 2014 FAIRMONT THE QUEEN ELIZABETH HOTEL, MONTREAL, MAY 22 TO 24, 2014

Congrès éducatif de la SCTR-OPIQ du 22 au 24 mai 2014 à Montréal

Inscrivez-vous avant le 1^{er} avril et courez
la chance de gagner un **iPod 160 GB!**

Profitez des promotions!

- [Promotion pour les services d'inhalothérapie — 4 inscriptions pour le prix de 3](#)
- [Promotion pour les étudiants — 2 inscriptions pour le prix d'une](#)

Une inscription au congrès complet
vous donne accès aux séances plénières
et aux conférences de votre choix.

Des [ateliers spéciaux](#) vous sont aussi
offerts sans frais, toutefois, une [inscription
est requise](#) en raison des places limitées.

Vous trouverez le [programme complet](#)
sur le [site web](#) de la Société canadienne.

La profession étant née au Québec,
nous vous invitons à vous joindre à nous pour souligner cet important événement.

L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

NOTRE PROFESSION
NOTRE PASSION

50
ans | years

OUR PROFESSION
OUR PASSION



CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES

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

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

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



QUESTIONNAIRE

Questions relatives au texte sur
La réadaptation respiratoire et la BPCO: une intervention musclée en pages 8-14.

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

01 Parmi les éléments suivants, lequel ne constitue pas un bienfait attribuable à un programme de réadaptation respiratoire ?

- a) Réduction du degré de dyspnée
- b) Accroissement du VEMS
- c) Amélioration de la qualité de vie
- d) Diminution de la fatigue

02 Lequel des maladies ou états suivants n'est pas contre-indiqué pour un programme de réadaptation respiratoire ?

- a) Quadriplégie
- b) Sténose valvulaire importante
- c) Dyspnée au repos
- d) Troubles graves de la personnalité

03 Quelle est la fréquence recommandée pour les séances d'entraînement d'un programme de réadaptation respiratoire ?

- a) Trois séances par semaine pendant un mois
- b) Trois séances par semaine pendant six à dix semaines
- c) Tous les jours pendant un mois
- d) Deux fois par semaine pendant six semaines

04 Parmi les composantes suivantes, quelles sont les deux qui sont essentielles à un programme d'exercices physiques destiné aux patients atteints de BPCO ?

- a) Entraînement musculaire et aérobie
- b) Entraînement des muscles respiratoires et étirements
- c) Natation et relaxation
- d) Manœuvres d'expiration forcée et exercices d'équilibre

Questions relatives au texte sur
Partenaires jusqu'au dernier souffle — la BPCO en fin de parcours en pages 24-30.

05 VRAI ou FAUX
D'ici cinq à six ans, on prévoit que la BPCO constituera la troisième cause de décès dans le monde.

06 Laquelle des variables suivantes n'entre pas dans la composition de l'indice BODE ?

- a) L'échelle de dyspnée modifiée du CRM
- b) Le VEMS
- c) La distance parcourue au test à la marche de six minutes
- d) Le nombre d'exacerbations par année

07 Parmi les traitements de la dyspnée réfractaire, lequel n'est pas appuyé par des données probantes ?

- a) La respiration à lèvres pincées
- b) L'utilisation d'aides techniques à la marche (déambulateurs)
- c) Les benzodiazépines
- d) Les opioïdes par voie orale

08 Parmi les facteurs suivants, lequel n'est pas associé à un mauvais pronostic en cas de BPCO ?

- a) Prise de bronchodilatateurs plus de 4 fois par jour
- b) Hypercapnie ($PCO_2 > 50$ mmHg)
- c) Indice BODE de 7 à 10
- d) Hypertension pulmonaire (PAP mesurée ≥ 35 mmHg)

09 VRAI ou FAUX
En recoupant plusieurs facteurs de mauvais pronostic, il est possible de prédire le décès d'une personne atteinte de BPCO avancée dans une période de deux ans.

10 VRAI ou FAUX
La morphine par nébulisation est la pierre angulaire du traitement pharmacologique de la dyspnée réfractaire en fin de vie.

SERVO-U*
PLATEFORMES VENTILATOIRES SERVO



L'innovation, c'est vous!
MAQUET – The Gold Standard.

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

L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.