



i^{inh}halo

avril 2015

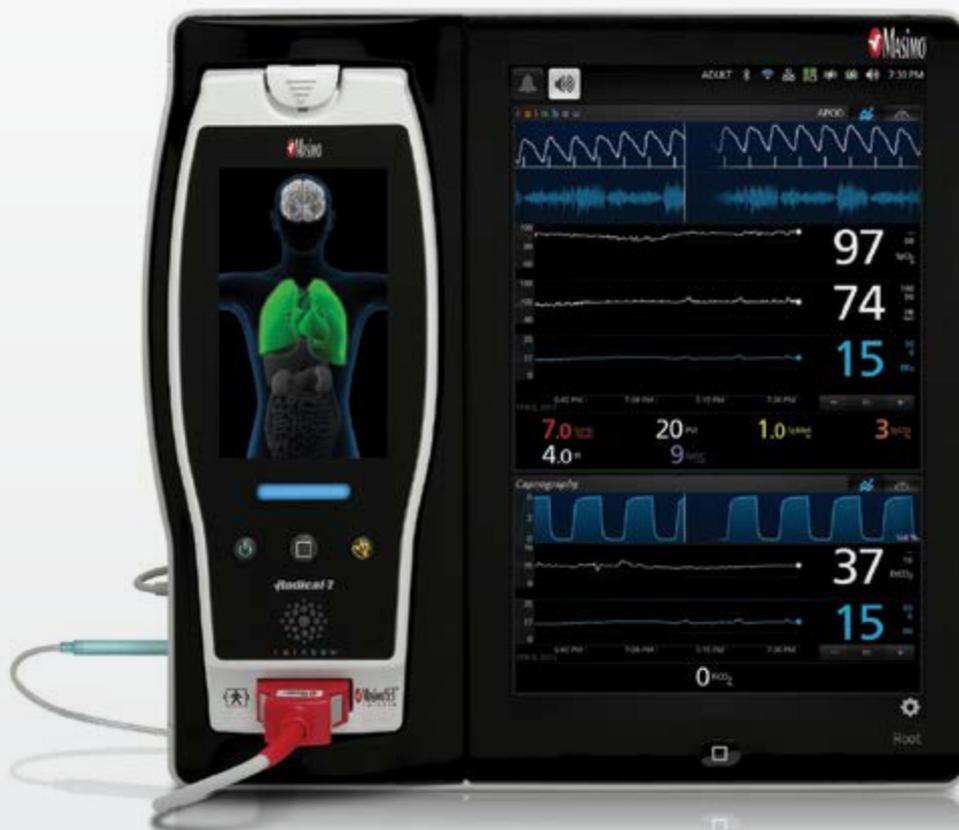
DOSSIER

L'ANESTHÉSIE INTRAVEINEUSE TOTALE

ÉLECTIONS 2015

Nouveau de Masimo

Root® avec Capnographie



ISA™ se connecte à l'aide
des ports Masimo Open
Connect™ (MOC-9™)



Nomoline™
(pas d'humidité dans les tubulures)
Réduction des coûts grâce
à plus d'utilisation et la
compatibilité avec les
canules génériques

Pour en apprendre plus, veuillez visiter
www.masimo.com/capnography/isa-capnography.htm

© 2015 Masimo. All rights reserved. Pour un usage professionnel. Voir le mode d'emploi pour obtenir des informations de prescription complètes, dont des indications, contre-indications, avertissements, précautions et événements indésirables.



888-336-0043



La vie, c'est un choix...

Tous ceux qui me connaissent bien reconnaîtront dans le titre de cet éditorial, une de mes maximes préférées. En fait, tout au long de notre vie, tant personnelle que professionnelle, des choix s'imposeront... Certains plus facilement que d'autres.

Ce fut le cas notamment quand nous avons décidé de ne plus publier la revue en format papier, de procéder au renouvellement annuel de l'inscription au Tableau et la complétude du dossier de formation continue en ligne, etc.

Il va sans dire que plusieurs facteurs ont milité en faveur de cette décision, dont ceux liés à l'environnement. Et vous savez bien qu'il y a aussi un souci d'économie derrière ce choix. Aujourd'hui, ce choix s'avère doublement justifié en raison de l'imposition d'une nouvelle taxe gouvernementale sur tous les produits récupérables mis en circulation par l'OPIQ. En effet, en juin dernier, tous les ordres professionnels ont été contactés par l'organisme Eco Entreprises Québec (EEQ) qui réclamait des montants qui leur étaient dus, disait-elle, conformément au régime de compensation institué par la *Loi sur la qualité de l'environnement* afin d'assurer la récupération et la valorisation de matières résiduelles. Selon cette loi, la contribution des entreprises et des organisations est fixée en fonction du volume et de la mise en circulation de produits récupérables tels que revue, lettres, documents, guides cliniques, rapports annuels, formulaires de cotisation, etc. À 4200 membres, la facture grimpe vite et peut être salée... Vous pouvez me croire!

Heureusement, nous avons déjà entrepris un virage vert. Nous avons ainsi minimisé le contrecoup de cette taxe sur le budget de l'OPIQ. Soulignons au passage que les contributions applicables ont été imposées rétroactivement aux cinq dernières années!

En décembre dernier, nous avons effectué un sondage auprès de vous pour connaître vos habitudes de lecture de la revue *l'inhale*. Si plusieurs ont suggéré une revue mieux adaptée à la lecture électronique avec une plateforme du genre *La Presse+* (et ça s'en vient!), un bon nombre, et ce n'est pas une surprise, regrette la version papier et souhaite son retour.

Bien que nous comprenions ce souhait, vous conviendrez avec moi que, compte tenu de toutes ces contraintes, il nous est difficile, voire impossible, de revenir en arrière et que le virage électronique est non seulement incontournable, mais permanent. Les entreprises et organisations se doivent d'être socialement responsables et c'est ce que nous essayons de faire au meilleur de nos capacités. Nous comptons sur votre compréhension, et surtout sur votre collaboration, pour nous aider dans cette quête du mieux-être collectif.



Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	6
Dossier L'anesthésie intraveineuse totale	
Anesthésie intraveineuse totale (<i>total intravenous anesthesia [TIVA]</i>)	8
Avantages de l'anesthésie intraveineuse totale (TIVA)	14
Appel à la vigilance	
Cigarette électronique et oxygénothérapie	24
Élections 2015	25

Chronique: déontologie	30
Finances	32
Actualités	
Les médias sociaux et la pratique professionnelle	36
Gérer son image virtuelle... un enjeu professionnel	39
Même à l'ère des réseaux sociaux : inspection professionnelle rime avec « individuelle »	40
Entrecroisé	43
Questionnaire formation continue	44
Babillard	45





AVANT-PROPOS

Si l'anesthésie générale suscite encore une certaine appréhension à l'idée de perdre conscience avant une intervention, les différents appareillages de surveillance peropératoire, les médicaments de plus en plus performants et sécuritaires, les nouvelles techniques utilisées, couplés aux efforts constants de l'équipe de soins anesthésiques en contrôlent étroitement les risques. Les différents malaises ressentis à la suite d'une anesthésie générale — étourdissements, nausées, vomissements, mal de gorge, etc. — sont pour la plupart mineurs chez les personnes en bonne santé. Les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) sont l'un des effets secondaires les plus fréquents (20-30 % des patients) à survenir pendant les 24 premières heures suivant l'anesthésie générale. La moitié des patients qui ne ressentent pas de NVPO à l'hôpital en éprouvent les premiers jours après avoir reçu leur congé.

L'anesthésie intraveineuse totale (TIVA) a révolutionné les stratégies anesthésiques pour tenter de faire échec aux effets secondaires. Les deux articles du dossier sont consacrés à cette modalité de plus en plus populaire, notamment en pédiatrie.

Nous en avons déjà parlé dans une édition antérieure, les différents médias sociaux ont, non seulement révolutionné la façon dont nous interagissons avec les autres, mais aussi la façon dont nous travaillons. Toutefois, la prudence est de mise comme vous l'apprendrez en lisant les trois textes consacrés aux médias sociaux et à la pratique professionnelle.

Congrès 2015

Découvrez, en page 29, le thème de la 41^e édition du congrès de l'OPIQ, qui se tiendra les 6 et 7 novembre à Québec, dans le décor de l'emblématique Château Frontenac. Surveillez le bulletin électronique *l'Ordonnée*, une version préliminaire du programme scientifique sera bientôt disponible.

Bonne lecture!

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., DESS en enseignement collégial

Administrateurs

Isabelle Alain, inh., Josée Boudreault, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Héту, inh., Francine LeHouillier, inh., Nathalie Lehoux, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., B.Sc., 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., DESS en enseignement collégial

1^{er} vice-présidente

Francine LeHouillier, inh.

2^e vice-présidente

Isabelle Truchon, inh.

Trésorière

Annie Quenneville, inh., B. Sc.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Louise Lafrenière

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A., M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^e Andrée Lacoursière, DESS 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

Élaine Paré, inh., Ph. D. en pédagogie

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

Nicolas Bilodeau, stg. inh., Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, M^e Magali Courmoyer-Proulx, Karyne Deschamps, inh., Alexandra Jean, stg. inh., M^e Andrée Lacoursière, David Murray, inh., Elaine Paré, inh., Ph. D., Marise Tétreault, inh., M.A.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2015

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 2368-3112

Conception graphique, réalisation, révision,

correction et traduction

Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ

Manon Prud'Homme, Photo Gariépy

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.



Exclusivité de Cardinal Health Canada

Humidificateur de gaz respiratoire AIRcon de WILamed

Humidification de gaz respiratoire complète pour tous les groupes de patients

L'humidificateur de gaz respiratoire haute performance AIRcon de WILamed associe la technologie moderne et une conception novatrice. Il convient à une grande variété d'applications cliniques nécessitant une oxygénothérapie humidifiée à haut débit dans le cadre d'une ventilation invasive ou non invasive.

L'humidification redéfinie

- Convient à tous les respirateurs courants utilisés chez les nouveau-nés comme chez les adultes
- Protection de classe II pour usages cliniques et extracliniques
- Trois modes d'utilisation (ventilation invasive, ventilation non invasive, ou ventilation ajustée par l'utilisateur)
- Large gamme d'accessoires
- Gestion élaborée des alarmes
- Surveillance automatique du niveau d'eau
- Protocole en cas d'incident ou d'alarme (données exportables vers un ordinateur de bureau)
- Peu d'entretien nécessaire et aucun coût caché
- Faible consommation d'énergie (économique)

Utilisation facile

- Écran couleur TFT de 9 cm (3,5 po) avec gradateur automatique
- Menu logique de navigation avec symboles et pictogrammes
- Fonction de pause de traitement
- Tube d'expiration : chauffage ajustable
- Ajustement individuel de l'humidification


CardinalHealth
Essentiel aux soins de santé™

AIRcon^{MC} est une marque de commerce appartenant à WILamed GmbH.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :

Elisa Bisante

Elisa.Bisante@cardinalhealth.ca

Tél. : 514.241.3146



MOT DU PRÉSIDENT

Quatre ans déjà

Il y a bientôt quatre ans, désireux de m'impliquer davantage, je posais ma candidature à un poste d'administrateur au sein du conseil d'administration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). J'avais eu l'occasion de collaborer à certains dossiers à quelques reprises, mais je désirais m'investir un peu plus. À ce moment, j'étais loin de me douter que cela me mènerait jusqu'à la présidence!

Ainsi, à l'automne 2011, après avoir été élu à l'un des postes d'administrateur pour la région de Montréal, j'assistais à une réunion préparatoire. Nous étions cinq recrues élues au Conseil d'administration (C.A.) cette année-là; soit plus du tiers des membres qui le composent. Le but de cette rencontre était de nous expliquer la mission première d'un ordre, ainsi que notre rôle à titre d'administrateurs. J'en suis ressorti avec un cartable épais comme un annuaire téléphonique, contenant outre les règlements et les diverses politiques et procédures de l'OPIQ, le *Code des professions*, loi-cadre du système professionnel québécois. Il me fallait désormais en apprendre les rouages. Des heures de lecture en perspective!

Vous savez sûrement que le rôle principal d'un ordre professionnel est d'assurer la protection du public. Le contrôle de l'exercice d'une profession est le moyen mis en œuvre pour y arriver. Concrètement, pour l'OPIQ, c'est garantir à la population québécoise des soins et des services de qualité de la part des inhalothérapeutes, en favorisant l'actualisation et le développement des compétences de ses membres.

Pourtant, chaque ordre n'est pas libre de s'acquitter de son mandat comme il l'entend, puisque délégataire d'une puissance publique. En effet, si l'Assemblée nationale a confié aux ordres professionnels un pouvoir de contrôle et de surveillance sur l'exercice de leurs membres, elle a mandaté l'Office des professions du Québec pour chapeauter les ordres et s'assurer qu'ils remplissent adéquatement leur mandat.

Ainsi, nous devons nous soumettre aux obligations imposées par le *Code des professions* — au regard de l'inspection professionnelle, du conseil de discipline, du bureau du syndic ou de la formation continue — et à la reddition de comptes. Je vous donne un exemple. À la faveur d'une rencontre l'automne dernier, le président de l'Office des professions du Québec qui, à la suite de la lecture de notre rapport annuel, nous félicitait pour le travail accompli, mais qui nous invitait du même souffle à augmenter le nombre de visites d'inspection professionnelle générale.

Comme administrateurs, nous sommes chargés de la gérance des affaires courantes de l'Ordre et de l'application des règles de gouvernance prévues au *Code des professions*. C'est pourquoi, quelles que soient les décisions prises par le Conseil d'administration, elles ont toujours comme intention première la sécurité du public. Je pense ici bien sûr au dossier du rehaussement de la formation initiale, à notre demande pour administrer un examen professionnel ou à la reconnaissance d'une activité d'évaluation relative à nos champs d'exercice. Le C.A. a choisi d'insister sur ces dossiers pour assumer adéquatement le rôle qui lui a été dévolu par l'Office des professions.

Je me suis investi à fond, d'abord dans mon rôle d'administrateur, ensuite dans celui de président et j'ai vraiment apprécié l'expérience vécue au cours des quatre dernières années. C'est ce qui me pousse à poursuivre l'aventure en sollicitant un deuxième mandat en tant qu'administrateur. Et qui sait, si je suis élu, peut-être solliciterai-je un autre mandat à titre de président. J'espère pouvoir continuer, car je peux apporter encore davantage au public et à la profession.

Et pourquoi pas vous? En cette année électorale, j'encourage les inhalothérapeutes qui souhaitent s'impliquer au sein de l'organisation à poser leur candidature. Et je vous invite tous à exercer votre droit de vote pour élire vos représentants au Conseil d'administration, ceux-là mêmes qui s'assureront que l'OPIQ assume pleinement son rôle et rencontre ses obligations!

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial
Président



AstraZeneca	12, 23
Banque Nationale	33
CardinalHealthCanada	5
CAREstream	37
La Capitale	21





A WORD FROM THE PRESIDENT

Four years already



Nearly four years ago, wanting to get more involved, I applied for a position as administrator on the board of directors of the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)*. I previously had the opportunity to work on some case files, but I wanted to put more of myself into it. At the time, I did not think this would lead me to becoming the *Ordre's* president!

So, in the fall of 2011, after having been elected as one of the administrators for the Montreal region, I attended a preliminary meeting. That year, we were five newly elected recruits on the board of directors; more than a third of its members. The objective of this meeting was to explain to us what is the mission statement of a professional order and what is our role as administrators. I came out of this meeting with a binder the size of a telephone book containing, on top of the rules and regulations of OPIQ's many policies and procedures, the *Code des professions*—the framework law of Québec's professional system. From now on, I had to learn all its intricacies. Many hours of reading lay ahead...

Surely you know that the main role of a professional order is to ensure the protection of the public. Monitoring professional practices is how we reach this goal. In practical terms, for OPIQ, it is making sure that respiratory therapists provide quality care and services to the population of Québec, by promoting up-to-date skill development for its members.

Yet each professional order cannot carry out its mandate as they please since it is the proxy of a public authority. Indeed, even if the National Assembly has entrusted the professional orders with the power to supervise and monitor the professional conduct of their members, the *Office des professions du Québec* has been appointed to oversee the orders and to ensure that their mandate is fulfilled appropriately.

So, we must submit to the obligations set by the *Code des professions*—regarding professional inspection, disciplinary committee, syndic's office or continuing education—and rendering accounts. Here is an example. Following a meeting last fall, the president of the *Office des professions du Québec* who, after reading our annual report, congratulated us on a job well done but, in the same breath, invited us to increase the number of general professional inspection visits.

As administrators, it is incumbent upon us to manage the *Ordre's* daily affairs and see that the governing rules provided by the *Code des professions* are applied. That is why, whatever the decisions taken by the board of directors, the first intention is always the public's safety. Of course, I am thinking here about the initial training enhancement issue, and at our request to administer a professional exam or at getting the recognition for an evaluation activity related to our field of expertise. The board has decided to stress these issues so that it can appropriately take on the role that it has been allotted by the *Office des professions*.

I got involved whole-heartedly, first as an administrator and then as president, and I really appreciated the experience of the last four years. That is why I want to pursue this adventure and seek a second mandate as administrator. And who knows, if I am elected, maybe I will also seek another mandate as president. I hope to be able to continue because I feel that I still have much more to give to the public and to the profession.

And why not you? In this electoral year, I encourage the respiratory therapists who want to get involved in our professional order to run for election. And I invite you all to exercise your voting right to elect your representatives on the board of directors, the same people who will ensure that OPIQ fully takes on its role and lives up to its professional commitments. 🌱



Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

President

Masimo	2
Merck	17
Novartis	19
Pediapharm	34-35
RIIRS	41
UQAT	42

compétence

4

Anesthésie intraveineuse totale (*total intravenous anesthesia [TIVA]*)

par **Alexandra Jean** et **Nicolas Bilodeau**, stagiaires 3^e année, Techniques d'inhalothérapie, Collège de Valleyfield.
Révisé par **David Murray**, inh. et **Karyne Deschamps**, inh., enseignants,
programme de Techniques d'inhalothérapie, Collège de Valleyfield.



Les différentes techniques d'anesthésie ne cessent d'évoluer. L'apparition de nouveaux médicaments, de technologies novatrices ainsi qu'un perfectionnement des intervenants en salle d'opération permettent de se pencher sur d'autres options quant à la manière de produire et d'entretenir l'anesthésie chez un patient. L'une de ces techniques est l'anesthésie intraveineuse totale (TIVA: acronyme de l'anglais *total intravenous anesthesia*), qui consiste à utiliser une perfusion intraveineuse de médicaments tout au long de la procédure afin de créer une anesthésie générale. Il est possible de dater les premières anesthésies par perfusion continue d'hydrate de chloral¹ aux années 1870. Par contre, ce n'est qu'avec les plus récents agents anesthésiques que la technique TIVA s'avère avantageuse, surtout en pédiatrie, comme nous le verrons dans cet article dans lequel nous nous pencherons sur son fonctionnement.

Anesthesia techniques are constantly evolving. New medication, innovative technologies as well as improved surgical staff development allow us to look toward other options regarding how to induce and sustain anesthesia of the patient. One such technique is total intravenous anesthesia (TIVA) which consists of providing medication by the intravenous route throughout the procedure in order to induce general anesthesia. We can date back to the 1870s the first continuous infusion anesthesia using chloral hydrate¹. On the other hand, it is only with the latest anesthesia agents that the TIVA technique really becomes advantageous, especially in pediatrics, like we will see in the following article describing how it works.

TIVA

La TIVA consiste en l'administration de propofol et d'un adjuvant (fentanyl, rémifentanyl, sufentanyl) en perfusion lors de la phase de maintien de l'anesthésie, en remplacement des gaz anesthésiques. Le reste de l'anesthésie se déroule de la même façon qu'une anesthésie balancée, c'est-à-dire que le midazolam, le fentanyl et le propofol peuvent être utilisés à l'induction, comme à l'habitude. Un curare peut aussi être adjoint au besoin. Évidemment, la technique d'induction peut varier selon l'anesthésiologiste et la condition du patient, mais la base reste toujours le propofol avec l'ajout d'un opioïde.

Selon le stade de la chirurgie, on visera 100-200 µg/kg/min (propofol) pour permettre au patient d'être bien endormi². Un agent analgésique sera également utilisé comme adjuvant pour un bon contrôle de la douleur. Cet agent, variable selon l'utilisateur, est soit le fentanyl, le rémifentanyl, l'alfentanyl ou le sufentanyl.

Le plus souvent, on verra l'utilisation du rémifentanyl (0,1-0,5 µg/kg/min³) en raison de son court délai d'action et d'un temps de récupération rapide⁵. De plus, ce dernier est indépendant du temps d'infusion dû à son élimination par les estérases plasmatiques, ce qui diffère des opioïdes en général.

L'ajout de lidocaïne est possible et varie en fonction du choix de la médication. Par exemple, certains anesthésiologistes choisiront de faire un mélange qui contient 1 mg de rémifentanyl (10 cc), 400 mg de propofol (40 cc) et 50 mg de lidocaïne 1 % (pour un total de 55 cc). Si le patient ressent de la douleur, l'on peut donner des opioïdes en bolus pendant la chirurgie. Selon une étude (Altermatt et collab., 2012) publiée dans le *British Journal of Anaesthesia*⁴ : l'utilisation de la lidocaïne dans l'anesthésie intraveineuse totale permet de réduire la dose de propofol nécessaire à la phase de maintien. L'adjuvant utilisé variera également en fonction du médecin anesthésiste et des besoins du patient lors de son opération.

Administration 10-8-6 (propofol)

Il existe une autre règle⁶ quant à l'administration du propofol pour maintenir une concentration plasmatique souhaitable. Cette règle⁷ établit les critères suivants :

- 10 mg/kg/h pour les 10 premières minutes ;
- 8 mg/kg/h pour les 10 minutes suivantes ;
- 6 mg/kg/h pour le reste du temps.

Matériel

Hormis l'utilisation d'une pompe à perfusion (pousse-seringues), la technique d'anesthésie intraveineuse totale ne demande pas de matériel supplémentaire à celui utilisé pour l'anesthésie générale balancée. En effet, le monitoring et la préparation de la salle doivent respecter les lignes directrices en vigueur pour une anesthésie sécuritaire. Certains ajouteront un moniteur afin de suivre l'index bispectral (BIS). Altermatt et ses collaborateurs⁸ ont démontré que le BIS ne varie pas de façon significative lors de la TIVA par rapport à l'anesthésie balancée. Dans les deux cas, on visait un BIS entre 40 et 60.



Intérêts de la TIVA

Selon Constant et collab. (janvier 2013)⁶, l'anesthésie pédiatrique au propofol présenterait :

- une diminution des phénomènes d'agitation au réveil ;
- un intérêt en chirurgie ambulatoire.

L'anesthésie intraveineuse totale peut s'avérer une option intéressante dans certains cas. Par exemple, pour un patient chez qui l'on suspecte une hyperthermie maligne où l'on évitera le recours aux gaz anesthésiques en phase de maintien lors de l'anesthésie ; ou lorsque le patient a des antécédents de nausées et vomissements importants.

Le propofol étant connu pour ses effets antiémétiques, il a ainsi été démontré que, lors de l'utilisation de la TIVA, les nausées et vomissements se trouvaient considérablement réduits par rapport à certains gaz inhalés⁹.

Selon Eyres (2004)¹⁰, la TIVA présenterait des avantages en pédiatrie :

- une plus grande stabilité hémodynamique ;
- la profondeur de l'anesthésie plus stable ;
- récupération plus prévisible et rapide ;
- moins de pollution et de toxicité qu'encourues lors de l'utilisation des agents volatils.

De plus, une étude (Visser et collab. 2001)¹¹ a démontré une réduction du temps passé en salle de réveil lorsqu'on utilisait l'anesthésie

« L'une des combinaisons intéressantes dans l'avenir de la TIVA est la combinaison du propofol et de la kétamine, appelée kétofol. »



intraveineuse totale, car la récupération est plus rapide. Également, comme les nausées des patients sont moins importantes sous TIVA, les coûts associés aux antiémétiques postopératoires se trouvent aussi diminués.

Hohlrieder et ses collaborateurs¹² (2007) confirment, quant à eux, une diminution significative de la toux à l'émergence lors de la technique TIVA (propofol et rémifentanil) par rapport à une anesthésie balancée. De plus, les valeurs de la pression artérielle moyenne et de la fréquence cardiaque semblent plus basses lors de l'émergence sous TIVA. D'ailleurs, lors du réveil à l'aide de cette technique en pédiatrie et pour les raisons expliquées plus haut, la qualité de l'émergence¹³ semble assez intéressante.

Désavantages de la TIVA

Les contre-indications liées à l'utilisation du propofol et des opioïdes s'appliquant pour l'utilisation de la TIVA, il faut donc éviter d'utiliser cette technique chez un patient présentant une ou l'autre des contre-indications au propofol et aux autres agents.

Quelques désavantages possibles d'une perfusion de propofol :

- douleur au site d'injection ;
- possibilité de réactions allergiques ;
- croissance microbienne possible.

Effectivement, aucune technique n'est fiable pour surveiller les concentrations plasmatiques de la médication intraveineuse utilisée (Eyres, 2004, p. 376)¹⁴. Certains ajouteront peut-être que dans l'impossibilité de monitorer la concentration plasmatique de la TIVA, le risque de réveil peropératoire est plus grand (par rapport à une anesthésie avec gaz anesthésiques). Lors d'une anesthésie générale balancée, l'avantage évident est le monitoring des gaz expirés : on peut donc connaître ce que le patient reçoit vraiment. Cependant, deux auteurs (Sandin et collab., 2000 ; Nordstrom et collab., 1997) ont cité des études qui réfutaient ces arguments¹⁴. Et McCormack (2008) n'appuie pas, lui non plus, cette théorie¹⁵. Il suggère, cependant, d'utiliser le moniteur BIS avec la TIVA.

Gestion de la TIVA

Côté pratique, il faut considérer que l'anesthésie intraveineuse totale demande plus de préparation pour le personnel et plus de manipulations que l'anesthésie générale balancée.

En outre, selon Constant et collab. (janvier, 2013) la gestion de l'infusion de la TIVA en anesthésie pédiatrique est soumise à plusieurs « covariables physiologiques ». En effet, si le poids du patient est utilisé comme valeur de référence dans l'ajustement des paramètres chez l'enfant, on doit aussi considérer l'âge, la maturation, la croissance, la taille, l'indice de masse maigre, etc. C'est ici que le recours au système BIS devient fort intéressant, car il permettra de fixer un objectif clinique¹⁶ pour l'ajustement de la TIVA.

Kétofol

L'une des combinaisons intéressantes dans l'avenir de la TIVA est la combinaison du propofol et de la kétamine, appelée kétofol. L'un des principaux avantages du mélange est de réduire les doses individuelles de chacun des agents qui le composent, ce qui en diminue les effets secondaires (doses dépendantes). Ainsi, les deux agents provoquent des effets secondaires qui se font contreponds¹⁷, ce qui procure une anesthésie avec un minimum de répercussion hémodynamique. Il est également démontré que le kétofol permet d'atteindre un BIS de 40 plus rapidement qu'avec le propofol seul¹⁸.

Par ailleurs, considérant la possibilité des opioïdes à provoquer une bradycardie, et bien que les répercussions du mélange propofol et opioïdes conservent une qualité satisfaisante pour le maintien de l'anesthésie, les études comparatives démontrent un certain avantage à l'induction au mélange kétofol en raison de ses moindres effets hémodynamiques¹⁹.

Conclusion

Cette technique est encore peu utilisée en salle d'opération. La technique TIVA demeure une technique fort intéressante en anesthésie. D'ailleurs, certains anesthésistes l'utilisent fréquemment. De nombreuses études (dont une quinzaine utilisés pour la rédaction de cet article) font déjà état de la TIVA, dont plusieurs en anesthésie pédiatrique. Il serait cependant intéressant d'en apprendre davantage sur la TIVA en regard des coûts d'utilisation, des risques et complications et de la période postopératoire.



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



Références

- 1 VACANTI, C. et collab. 2011. *Essential clinical anesthesia*. 1^{re} édition, New York, É.-U., Cambridge University Press, p. 305-308.
- 2 GUAY, J. (direction) et collab. 2012. *Précis d'anesthésie et de réanimation*. 5^e édition, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 324.
- 3 *Ibid.*, p. 685.
- 4 ALTERMATT, F.R. et collab. 2012. «Evaluation of the effect of intravenous lidocaine on propofol requirements during total intravenous anaesthesia as measured by bispectral index». *British Journal of Anaesthesia*, vol. 108, n° 6, p. 979-983. [En ligne] [<http://bj.oxfordjournals.org/content/108/6/979.full>] (consulté le 18 février 2015).
- 5 BEAULIEU, P. et C. LAMBERT. 2010. *Précis de pharmacologie, du fondamental à la clinique*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 432.
- 6 CONSTANT, I., RIGOUZZO, A., LOUVET, N. Janvier 2013. «Nouvelles avancées en AIVOC pédiatrique au propofol». *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 32, n° 1, e37-e42. Texte présenté dans le cadre du 33^e congrès national de l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française, Nice, les 23-24 mars 2012. [En ligne] [http://ac.els-cdn.com/S0750765812004248/1-s2.0-S0750765812004248-main.pdf?_tid=bb6c18f0-b77c-1e4-b7ea-00000a0f02&acdnat=1424270887_9fa18b005f64928a56caac9e48e255a2] (consulté le 18 février 2015).
- 7 McCORMACK, J.G. 2008. «Total intravenous anaesthesia in children». *Current Anaesthesia & Critical Care*, vol. 19, n° 5-6, p. 309-314.
- 8 ALTERMATT et collab., *op. cit.*
- 9 HABIB, S.A. et J.T. GAN. 2004. «Evidence-based management of postoperative nausea and vomiting: a review (Le traitement des nausées et des vomissements postopératoires fondé sur des données probantes: une revue)». *Can J Anesth*, vol. 51, n° 4, p. 326-341.
- 10 EYRES, R.F. 2004. «Update of TIVA». *Pediatric Anesthesia*, vol. 14, n° 5, p. 374-379. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2004.01333.x/full>] (consulté le 18 février 2015).
- 11 VISSER, K. et collab. 2001. «Randomized controlled trial of total intravenous anesthesia with propofol versus inhalation anesthesia with isoflurane-nitrous oxide: postoperative nausea with vomiting and economic analysis». *Anesthesiology*, vol. 95, n° 3, p. 616-626. [En ligne] [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11575532>] (consulté le 18 février 2015).
- 12 HOHLRIEDER, M. et collab. 2007. «Effect of intravenous anesthesia and balanced anesthesia on the frequency of coughing during emergence from the anesthesia». *British Journal of Anaesthesia*, vol. 99, n° 4, p. 587-591. [En ligne] [<http://bj.oxfordjournals.org/content/99/4/587.full>] (consulté le 18 février 2015).
- 13 LERMAN, J. et M. JÖHR. 2009. «Pro-Con Debate: Inhalational anesthesia vs total intravenous anesthesia (TIVA) for pediatric anesthesia». *Pediatric Anesthesia*, vol. 19, n° 5, p. 521-534. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2009.02962.x/abstract>] (consulté le 18 février 2015).
- 14 EYRES, *op. cit.*
- 15 McCORMACK, *op. cit.*
- 16 CONSTANT, RIGOUZZO, LOUVET, *op. cit.*
- 17 ARORA, S. 2008. «Combining Ketamine and Propofol ("Ketofol") for Emergency Department Procedural Sedation and Analgesia: A Review». *West J Emerg Med*, vol. 9, n° 1, p. 20-23. [En ligne] [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672224/>] (consulté le 18 février 2015).
- 18 YOUSEF, G.T. et K.M. ELSAYED. 2013. «A clinical comparison of ketofol (ketamine and propofol admixture) versus propofol as an induction agent on quality of laryngeal mask airway insertion and hemodynamic stability in children». *Anesthesia Essays and Research*, vol. 7, n° 2, p. 194-199. [En ligne] [<http://europepmc.org/articles/pmc4173531>] (consulté le 18 février 2015).
- 19 HERNÁNDEZ C. et collab. 1999. «Comparative study of 3 techniques for total intravenous anesthesia: midazolam-ketamine, propofol-ketamine and propofol-fentanyl». *Spanish Journal of Anesthesiology and Resuscitation*, vol. 49, n° 4, p. 154-158.

compétence

9

Avantages de l'anesthésie intraveineuse totale (TIVA)

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

Librement adapté de LAUDER, G.R. 2015. « Total intravenous anesthesia will supercede inhalational anesthesia in pediatric anesthetic practice ». *Pediatric Anesthesia*, vol. 25, n° 1, p. 56. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.12553/full>] (consulté le 18 février 2015).



On l'a vu dans l'article précédent, l'arrivée sur le marché d'agents intraveineux comme le propofol, les opioïdes de courte durée, le midazolam et le dexmedetomidine, a révolutionné les stratégies anesthésiques, surtout chez la clientèle pédiatrique, avec l'apparition de l'anesthésie intraveineuse totale. Voici un survol de ses nombreux avantages — et quelques inconvénients.

As we have seen in the previous article, the arrival on the market of intravenous agents such as propofol, short-term opioids, midazolam and dexmedetomidine, has revolutionized anesthetic strategies, especially for the pediatrics clientele, with the arrival of total intravenous anesthesia. Here is a brief account of its many benefits... and some of its drawbacks.

1. AVANTAGES DE LA TIVA (voir tableaux)

1.1. Nausée et vomissement postopératoires

L'incidence des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) est de 20 % à 30 %, moins de 24 h après la chirurgie¹. L'étiologie des NVPO est multifactorielle et implique l'individu (p. ex. mal des transports connu), l'anesthésique utilisé et les facteurs de risque associés au type de chirurgie (p. ex. : correction de strabisme, chirurgie ORL, laparotomie et chirurgie gynécologique). En raison des propriétés antiémétiques du propofol, la TIVA réduit les NVPO comparés à l'anesthésie traditionnelle par inhalation^{2,3}.

1.2. Voies aériennes

L'anesthésie intraveineuse totale avec le propofol produit des changements positifs sur la fonction respiratoire comme une réduction de la réactivité des voies aériennes (moins de laryngospasme et de bronchospasme), une bronchodilatation, l'amélioration de la fonction ciliaire, la préservation du mécanisme de vasoconstriction pulmonaire hypoxique* et moins de toux à l'émergence⁴.

En outre, la TIVA engendre moins de toux et d'instabilité hémodynamique pendant l'émergence en comparaison avec l'anesthésie générale balancée⁵. Cet effet sur la réactivité des voies aériennes s'avère un

* La vasoconstriction pulmonaire hypoxique est un phénomène physiologique dans lequel se contractent les artères pulmonaires en présence d'une hypoxie sans hypercapnie, redirigeant le flux sanguin vers les alvéoles avec une teneur plus élevée en oxygène.

Tableau 1. Parmi les principaux avantages de la TIVA (liste non exhaustive) (Lauder, 2015³⁶)

Critères	Avantages
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des nausées et vomissements postopératoires • Réduction de la réactivité des voies aériennes • Réduction du risque de laryngospasme et bronchospasme • Bronchodilatation • Amélioration de la fonction ciliaire respiratoire • Réduction de délire d'émergence • Neuroprotection • Réduction de la pression intraoculaire • Préservation de la pression dans l'oreille moyenne • Meilleur contrôle de la douleur • Réduction de la production des hormones de stress • Meilleure qualité et vitesse de récupération postopératoire augmentée • Amnésie/moins d'éveil peropératoire
Anesthésie de choix pour	<ul style="list-style-type: none"> • Myopathies congénitales hétérogènes et suspicion d'hyperthermie maligne • Maladies neuromusculaires (prévient l'hyperpyrexie et la rhabdomyolyse) • Neurochirurgie • Chirurgie pour correction de scoliose avec monitoring de potentiel évoqué (sensoriel et moteur) • Chirurgie de l'oreille moyenne • Historique de nausées et vomissements sévères • Bronchoscopie/laryngoscopie • Maintien de la respiration spontanée (particulièrement utile pour les procédures effectuées hors du bloc opératoire) • Anomalies connues de repolarisation du myocarde
Usage	<ul style="list-style-type: none"> • Titrage facile • Sédation lors de transfert • Anesthésie/sédation de choix de pair avec une anesthésie régionale • Peu coûteux • Faible risque de réaction anaphylactique (1/60 000) • Peut être utilisée chez sujet avec allergie connue aux œufs ou au soya • Système de boucle fermée à l'étude
Évite les complications spécifiques aux agents inhalés	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de pollution atmosphérique • Absence de toxicité organique • Peur du masque (chez l'enfant surtout) • Évite les risques de convulsions associées au sevoflurane



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

« L'anesthésie intraveineuse totale permet un maintien facile et sûr de la respiration spontanée, une récupération rapide et de bonne qualité. Comme elle ne nécessite pas l'usage d'une machine d'anesthésie, elle est transportable et son monitoring simple. »

Tableau 2. Parmi les inconvénients de l'anesthésie intraveineuse totale (liste non exhaustive) (Lauder, 2015³⁶)

Critères	Inconvénients
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Contamination bactérienne Syndrome de perfusion du propofol (<i>propofol infusion syndrome [PRIS]</i>) N'est pas l'anesthésie de choix pour certaines myopathies (métaboliques et mitochondriales) Événements d'excitation avec le propofol Neurotoxicité potentielle sur le cerveau en développement Acidose lactique/métabolique Hypertriglycéridémie et cas rapportés de pancréatite
Prudence en raison de la longue demi-vie du propofol	<ul style="list-style-type: none"> Long cas de neurochirurgie ou en néonatalogie Obésité
Prudence en raison de la dépression myocardique (dose-dépendante) et de la vasodilatation périphérique	<ul style="list-style-type: none"> Instabilité cardiovasculaire Cardiomyopathie
Usage	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'accès veineux Pas de pompe à perfusion Douleur à l'injection Pas de moniteur pEEG disponible Infiltration ou débranchement de l'infusion Propofol inutilisé et jeté augmente les coûts Seringues et tubulures dispendieuses et non respectueuses de l'environnement

• • • avantage clinique en pédiatrie où il a été démontré que, sous TIVA, les enfants sont moins à risque d'un laryngospasme ou d'un bronchospasme pendant l'anesthésie et à la salle de réveil. La TIVA est donc l'anesthésie de choix chez les enfants présentant un risque accru d'hyperréactivité (asthme, chirurgie ou infection des voies aériennes supérieures de voies respiratoires⁶). Le maintien du mécanisme de vasoconstriction pulmonaire hypoxique et les autres avantages respiratoires mentionnés ci-dessus militent également en faveur de la TIVA pour des chirurgies pulmonaires (isolement du poumon).

1.3 Utilisation

Historiquement, l'induction par inhalation de gaz anesthésiques s'avérait le meilleur choix lorsqu'on souhaitait maintenir la respiration spontanée pendant l'anesthésie. Cependant, bien que le propofol émousse la réponse des chémorécepteurs à PaCO₂ (dépression respiratoire selon la dose), c'est tout à fait réalisable avec la TIVA^{6,7}. Ainsi, pour maintenir une respiration spontanée avec la TIVA, il faut considérer certains facteurs : l'âge de l'enfant, une lente induction pour maintenir la PaCO₂ normale⁸, l'effet spécifique de l'agent utilisé sur le rythme respiratoire^{9,10,11} et les cibles prédites lors du monitoring de la fonction cérébrale et du rythme respiratoire¹².

La ventilation spontanée est indiquée en présence d'un corps étranger inhalé pour maximiser le rapport ventilation/perfusion, pour empêcher le déplacement de l'objet, l'hyperinflation et le barotraumatisme ipsilatéral¹³. La TIVA est aussi idéale pour des procédures où il est

important de ne pas être dépendant des voies aériennes pour l'anesthésie telles que l'endoscopie bronchique, où l'intubation trachéale peut obstruer la visualisation ou l'accès chirurgical¹¹. Le non-recours aux curares pour un blocage neuromusculaire et la prévention de la pollution gazeuse au secteur chirurgical immédiat figurent aussi dans les avantages. La TIVA peut également s'avérer fort utile, dans des mains expérimentées, lors de suspicion ou d'intubation difficile connue.

L'anesthésie intraveineuse totale permet un maintien facile et sûr de la respiration spontanée, une récupération rapide et de bonne qualité. Comme elle ne nécessite pas l'usage d'une machine d'anesthésie, elle est transportable et son monitoring simple. Par conséquent, la TIVA est la technique de choix — au bloc opératoire ou à l'extérieur de celui-ci — pour des procédures sécuritaires comme l'insertion de lignes pour un monitoring effractif, les techniques régionales, certaines procédures radiologiques effractives ou non, la résonance magnétique, les interventions endoscopiques, les procédures mineures (changement de pansement chez les brûlés, injections de toxines botuliques, etc.) et certaines procédures en oncologie (biopsie de la moelle osseuse, ponction lombaire)¹⁴.

1.4 Émergence

Le délire d'émergence se rencontre souvent, particulièrement après une anesthésie avec sevoflurane, chez les enfants de 2 à 6 ans¹⁵. Il peut prédisposer au développement de comportements mésadaptés et de pertes de mémoire durables¹⁶. Le profil métabolique (détection des produits du métabolisme) des cerveaux des enfants ayant subi une anesthésie



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



- • • générale avec le sevoflurane ou le propofol a prouvé que l'anesthésie avec sevoflurane est associée à des concentrations plus élevées de lactate et de glucose dans le cortex pariétal lié avec l'incidence de délire postopératoire¹⁷. Avec l'utilisation d'un outil bien validé pour mesurer le délire d'émergence, on a démontré qu'il y a une réduction de l'incidence de celui-ci après une anesthésie avec TIVA comparé au sevoflurane chez les enfants de 2 à 6 ans lors d'une chirurgie pour la correction du strabisme¹⁸. Il est important de noter que la TIVA n'empêche pas le délire d'émergence si une induction avec sevoflurane précède l'infusion de TIVA¹⁵. L'utilisation de la dexmedetomidine comme adjuvant pourrait bien avoir un rôle synergique avec le propofol dans la prévention du délire d'émergence¹⁹.

1.5 Neuroprotection

Le propofol est un vasoconstricteur cérébral dose-dépendant qui réduit le débit sanguin cérébral, abaisse la consommation d'oxygène du cerveau (*cerebral metabolic rate of oxygen* [CMRO₂]) et la pression intracrânienne et réduit l'œdème cérébral^{20,21}. Le propofol préserve également l'autorégulation cérébrale et la réactivité vasculocérébrale au CO₂ (CCO₂R)^{22,23} et peut aussi avoir un effet neuroprotecteur après une période d'hypoxie, une ischémie cérébrale et une lésion cérébrale traumatique.

De plus, la réduction de l'incidence du délire d'émergence, tel que décrit plus haut, peut aussi être engendrée par un effet neuroprotecteur¹⁷. Pour toutes ces raisons, le propofol semble donc être un agent de choix pour les procédures neurochirurgicales en présence d'une pression intracrânienne élevée ou d'œdème cérébral.

1.6 Amnésie et éveil peropératoire

Le risque d'éveil pendant l'anesthésie pédiatrique est inférieur avec la TIVA (0,2 %) comparée à l'anesthésie avec inhalation de gaz (5 %) ²⁴. L'amnésie et l'amnésie rétrograde conférées par le propofol, même après la sédation procédurale consciente, est l'un des facteurs évoqués pour l'expliquer²⁵. Le risque potentiel d'éveil peropératoire avec TIVA peut être réduit en évitant les curares et par l'utilisation concomitante du BIS (de l'anglais *Bispectral Index*: surveillance de l'index bispectral*)²⁶, mais selon Irwin et Schraag²⁷, plus d'évidence sont à prouver avant de conclure que leur utilisation réduit de façon significative l'éveil postopératoire avec souvenir.

1.7 Réduction de la pression intraoculaire

La perte de vision après une chirurgie non ophtalmique est principalement due à une neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA)²⁸. La congestion veineuse de l'orbite fait augmenter la pression intraoculaire (PIO) et réduit ainsi la perfusion, ce qui prédispose à l'ischémie aiguë de la tête du nerf optique par occlusion des artères ciliaires postérieures ou

de leurs branches. Il y a un certain débat actuellement quant à savoir si l'utilisation du propofol est plus efficace que les volatils dans la prévention d'une augmentation de la pression intraoculaire pendant l'anesthésie et la chirurgie. Certains ne rapportent aucune différence entre l'anesthésie avec volatils et le propofol^{29,30} tandis que d'autres signalent que le propofol est supérieur^{31,32}. Récemment, Yoo et ses collaborateurs³³ ont démontré que le propofol est supérieur au sevoflurane pour empêcher la hausse de la PIO liée à la laparoscopie en position de Trendelenbourg.

Les facteurs prédisposant à une PIO élevée sont l'âge (> 40 ans), la présence de comorbidité (tabagisme, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, maladie vasculaire) et le glaucome. L'effet à court terme de fluctuations de la PIO et la prédisposition à la NOIA chez les enfants ne sont pas connus, mais le choix de l'agent anesthésique est un facteur important évident lorsqu'on surveille et mesure la PIO lors de longues chirurgies où les patients sont à risque de développer une NOI comme lors de chirurgie correctrice de la colonne.

1.8 Peu coûteux

Le propofol a toujours été considéré plus cher que les agents anesthésiques volatils. L'achat des pompes à infusion et les coûts liés à leur utilisation et à leur entretien sont les arguments souvent avancés comme argument, mais, au final, en comparaison avec l'acquisition et aux coûts d'entretien des vaporisateurs, il y a peu de différence. Toutefois, le maintien de l'anesthésie avec le propofol est moins coûteux qu'avec le sevoflurane ou le desflurane.

En outre, l'utilisation d'un moniteur de l'index bispectral, couplée au titrage de propofol, a démontré une réduction du temps de rétablissement de 40 % et l'obtention d'un congé plus rapide³⁴. Ceci de pair avec la qualité de l'anesthésie procurée avec la TIVA peut représenter une importante économie quant au roulement du bloc opératoire.

* Le BIS est basé sur l'EEG des lobes frontaux, lequel reflète le niveau d'hypnose. Il est calculé à partir de paramètres sélectionnés, issus de l'analyse spectrale et bispectrale de l'EEG, capable de distinguer au mieux différents niveaux d'hypnose ou de sédation. À la différence de l'analyse spectrale, l'analyse bispectrale estime la relation de phase entre les composantes de l'EEG. Elle quantifie le degré de synchronisation du signal EEG, lequel varie lorsque l'état hypnotique du patient change.

2. INCONVÉNIENTS DE LA TIVA (voir tableau 2, p. 18)

Plusieurs des inconvénients rapportés concernent surtout des facteurs pratiques plutôt que pharmacologiques. Deux des inconvénients les plus souvent mentionnés méritent que l'on s'y attarde : l'accès intraveineux nécessaire à l'utilisation et la douleur à l'injection.

2.1 Accès intraveineux

Un accès veineux de qualité est primordial avant l'induction avec la TIVA. L'anesthésie topique, l'utilisation des solutés ou des lignes centrales déjà en place aident à réduire au minimum l'inconfort ou le recours à la ponction. Cependant, même en présence d'un accès IV difficile anticipé ou de la peur des aiguilles, on peut induire l'anesthésie avec des volatils et commencer la TIVA une fois l'accès veineux établi et les volatils cessés.

2.2. Douleur à l'injection

La douleur à l'injection du bolus de propofol est commune et peut être amoindrie par une injection de lidocaïne avant ou avec le propofol, un

traitement préparatoire avec des agents tels que les opioïdes ou la kétamine et l'utilisation du propofol formulé dans un solvant différent (émulsion à chaînes moyennes de triglycérides ou une formulation soluble dans l'eau)³⁵. L'utilisation d'une veine de plus gros calibre peut également aider à réduire la douleur à l'injection.

CONCLUSION

L'anesthésie intraveineuse totale peut être utilisée dans la plupart des secteurs de l'anesthésie pédiatrique : interventions chirurgicales, sédations procédurales au bloc opératoire ou à l'extérieur de celui-ci. Avec les recherches sur le sujet et une utilisation clinique plus étendue, les nombreux avantages de la TIVA sont apparus et ont conduit à un changement dans la pratique. Ce qui fait dire à Lauder³⁶ que la TIVA supplantera éventuellement l'anesthésie traditionnelle aux agents volatils en anesthésie pédiatrique.



**AVANTAGES EXCLUSIFS AUX EMPLOYÉS
ET RETRAITÉS DES SERVICES DE LA SANTÉ**

d'être là au quotidien
pour nous et nos familles

**JUSQU'À 24 % DE RABAIS
EXCLUSIF ADDITIONNEL**

sur vos assurances auto, habitation et
véhicules de loisirs parce que vous êtes
membre de l'OPIQ

RETENUE SALARIALE DISPONIBLE
pour simplifier le paiement de vos primes

CONCOURS EXCLUSIF
20 week-ends détente à gagner!¹

Obtenez une soumission!

1 800 322-9226
lacapitale.com/opiq



LaCapitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. 1. Le concours se termine le 31 décembre 2015. Détails et règlement disponibles au lacapitale.com/opiq.



Références

- 1 McCracken, G., Houston, P., Lefebvre G. 2008. «Guideline for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting». *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, p. 1. [En ligne] [<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/07/gui209CPG0807E.pdf>] (consulté le 20 février 2015).
- 2 Biallas, R. et collab. 2003. «Prophylaxis of postoperative nausea and vomiting (PONV) in children undergoing strabismus surgery. Sevoflurane/N₂O plus dimenhydrinate vs. propofol/remifentanyl plus dimenhydrinate». *Anaesthesist*, vol. 52, n° 7, p. 586-595. [En ligne] [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12898043>] (consulté le 20 février 2015).
- 3 Sneyd, J.R. et collab. 1998. «A meta-analysis of nausea and vomiting following maintenance of anaesthesia with propofol or inhalational agents». *Eur J Anaesthesiol*, vol. 15, n° 4, p. 433-445. [En ligne] [<http://online.library.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2346.1998.00319.x/full>] (consulté le 20 février 2015).
- 4 Oberer C. et collab. 2005. «Respiratory reflex responses of the larynx differ between sevoflurane and propofol in pediatric patients». *Anesthesiology*, vol. 103, n° 6, p. 1142-1148.
- 5 Hohlrieder, M. et collab. 2007. «Effect of intravenous anesthesia and balanced anesthesia on the frequency of coughing during emergence from the anesthesia». *British Journal of Anaesthesia*, vol. 99, n° 4, p. 587-591. [En ligne] [<http://bjaoxfordjournals.org/content/99/4/587.full>] (consulté le 20 février 2015).
- 6 Von Ungern-Sternberg, B.S., Boda, K., Chambers, N.A. et collab. 2010. «Risk assessment for respiratory complications in paediatric anaesthesia: a prospective cohort study». *The Lancet*, vol. 376, n° 9743, p. 773-783. [En ligne] [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816545>] (consulté le 23 février 2015).
- 7 Kulkarni, P. et K.A. Brown. 1996. «Ventilatory parameters in children during propofol anaesthesia: a comparison with halothane». *Can J Anaesth*, vol. 43, n° 7, p. 653-659. [En ligne] [<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF03017946>] (consulté le 23 février 2015).
- 8 Ansermino, J.M., Magruder, W., Dosani, M. 2009. «Spontaneous respiration during intravenous anesthesia in children». *Curr Opin Anaesthesiol*, vol. 22, n° 3, p. 383-387. [En ligne] [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19434785>] (consulté le 23 février 2015).
- 9 Steur, R.J., Perez, RSGM, De Lange, J.J. 2004. «Dosage scheme for propofol in children under 3 years of age». *Pediatr Anesth*, vol. 14, n° 6, p. 462-467.
- 10 Koroğlu, A. et collab. 2005. «Sedative, haemodynamic and respiratory effects of dexmedetomidine in children undergoing magnetic resonance imaging examination: preliminary results». *Br J Anaesth*, vol. 94, n° 6, p. 821-824. [En ligne] [<http://bjaoxfordjournals.org/content/94/6/821.long>] (consulté le 23 février 2015).
- 11 Barker, N. et collab. 2007. «Relationship between age and spontaneous ventilation during intravenous anesthesia in children». *Pediatr Anesth*, vol. 17, n° 10, p. 948-955. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2007.02301.x/abstract>] (consulté le 23 février 2015).
- 12 Malherbe, S. et collab. 2010. «Total intravenous anesthesia and spontaneous respiration for airway endoscopy in children—a prospective evaluation». *Pediatr Anesth*, vol. 20, n° 5, p. 434-438. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2010.03290.x/abstract>] (consulté le 23 février 2015).
- 13 Zhang, X., Li, W., Chen, Y. 2011. «Postoperative adverse respiratory events in preschool patients with inhaled foreign bodies: an analysis of 505 cases». *Pediatr Anesth*, vol. 21, n° 10, p. 1003-1008. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2011.03603.x/abstract>] (consulté le 23 février 2015).
- 14 Glaisyer, H.R. et M.R.J. Sury. 2005. «Recovery after anesthesia for short pediatric oncology procedures: propofol and remifentanyl compared with propofol, nitrous oxide, and sevoflurane». *Anesth Analg*, vol. 100, n° 4, p. 959-963.
- 15 VLAJKOVIC, G.P. et SINDJELIC, R.P. 2007. «Emergence delirium in children: many questions, few answers». *Anesth Analg*, vol. 104, n° 1, p. 84-91.
- 16 Kain, Z.N. et collab. 2004. «Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors». *Anesth Analg*, vol. 99, n° 1, p. 1648-1654.
- 17 Jacob, Z. et collab. 2012. «Metabolomic profiling of children's brains undergoing general anesthesia with sevoflurane and propofol». *Anesthesiology*, vol. 117, n° 5, p. 1062-1071.
- 18 Chandler, J.R. et collab. «Emergence delirium in children: a randomized trial to compare total intravenous anesthesia with propofol and remifentanyl to inhalational sevoflurane anesthesia». *Pediatr Anesth*, vol. 23, n° 4, p. 309-315.
- 19 Pickard, A. et collab. 2014. «Systematic review and meta-analysis of the effect of intraoperative α_2 -adrenergic agonists on postoperative behaviour in children». *Br J Anaesth*, vol. 112, n° 6, p. 982-990.
- 20 Szabó, E.Z., Luginbuehl, I., Bissonnette, B. 2009. «Impact of anesthetic agents on cerebrovascular physiology in children». *Pediatr Anesth*, vol. 19, n° 2, p. 108-118.
- 21 Karsli, C. et collab. 2002. «Propofol decreases cerebral blood flow velocity in anesthetized children». *Can J Anaesth*, vol. 49, n° 8, p. 830-834.
- 22 Matta, B.F., Mayberg, T.S., Lam, A.M. 1995. «Direct cerebrovasodilatory effects of halothane, isoflurane, and desflurane during propofol-induced isoelectric electroencephalogram in humans». *Anesthesiology*, vol. 83, n° 5, p. 980-985, discussion 27A.
- 23 Karsli, C. et collab. 2003. «The effect of nitrous oxide on cerebrovascular reactivity to carbon dioxide in children during propofol anesthesia». *Anesth Analg*, vol. 97, n° 3, p. 694-698.
- 24 Jöhr, M. 2006. «Awareness: a problem in paediatric anaesthesia?» *Anaesthesist*, vol. 55, n° 10, p. 1041-1049.
- 25 Miner, J.R. et collab. 2005. «Assessment of the onset and persistence of amnesia during procedural sedation with propofol». *Acad Emerg Med*, vol. 12, n° 6, p. 491-496.
- 26 Irwin, M.G. et collab. 2002. «Propofol effective concentration 50 and its relationship to bispectral index». *Anaesthesia*, vol. 57, n° 3, p. 242-248. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0003-2409.2001.02446.x/full>] (consulté le 25 février 2015).
- 27 Irwin, M.G. et S. Schraag. 2013. «NAP5 and depth of anaesthesia monitoring — Correspondence». *Anaesthesia*, vol. 68, n° 9, p. 973-974. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.12399/pdf>] (consulté le 25 février 2015).
- 28 Pinkney, T.D. et collab. 2012. «Raised intraocular pressure (IOP) and perioperative visual loss in laparoscopic colorectal surgery: a catastrophe waiting to happen? A systematic review of evidence from other surgical specialities». *Tech Coloproctol*, vol. 16, n° 5, p. 331-335.
- 29 Sator, S. et collab. 1998. «Desflurane maintains intraocular pressure at an equivalent level to isoflurane and propofol during unstressed non-ophthalmic surgery». *Br J Anaesth*, vol. 80, n° 2, p. 243-244.
- 30 Sugata, A. et collab. 2012. «Changes in intraocular pressure during prone spine surgery under propofol and sevoflurane anesthesia». *J Neurosurg Anesthesiol*, vol. 24, n° 2, p. 152-156.
- 31 Schäfer, R. et collab. 2002. «Intraocular pressure more reduced during anesthesia with propofol than with sevoflurane: both combined with remifentanyl». *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 46, n° 6, p. 703-706.
- 32 Mowafi, H.A., Al-Ghamdi, A., Rushood, A. 2003. «Intraocular pressure changes during laparoscopy in patients anesthetized with propofol total intravenous anesthesia versus isoflurane inhaled anesthesia». *Anesth Analg*, vol. 97, n° 2, p. 471-474, table of contents.
- 33 Yoo, Y.-C. et collab. 2014. «Increase in intraocular pressure is less with propofol than with sevoflurane during laparoscopic surgery in the steep Trendelenburg position». *Can J Anaesth*, vol. 61, n° 4, p. 322-329.
- 34 Messieha, Z.S. et collab. 2005. «Bispectral Index System (BIS) monitoring reduces time to extubation and discharge in children and general anesthesia for outpatient dental rehabilitation». *Pediatr Dent*, vol. 27, n° 6, p. 500-504.
- 35 JALOTA, L. et collab. 2011. «Prevention of pain on injection of propofol: systematic review and meta-analysis». *BMJ*, vol. 342, d1110. [En ligne] [<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1110>] (consulté le 25 février 2015).
- 36 LAUDER, G.R. 2015. «Total intravenous anesthesia will supercede inhalational anesthesia in pediatric anesthetic practice». *Pediatric Anesthesia*, vol. 25, n° 1, p. 56. [En ligne] [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.12553/full>] (consulté le 18 février 2015).



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



Cigarette électronique et oxygénothérapie

Source : Direction générale de santé publique

La Direction de santé publique de Montréal a émis un appel à la vigilance au sujet de l'usage de la cigarette électronique lors de traitements d'oxygénothérapie. L'appel fut lancé à la suite d'un incident impliquant une cigarette électronique survenu au domicile d'une personne sous oxygénothérapie. Les résultats de l'enquête menée à Montréal ont démontré que l'utilisation de la cigarette électronique chez les personnes recevant de l'oxygénothérapie pouvait être associée à un risque d'incendie et d'explosion.

Dans cette foulée, le Directeur national de santé publique du Québec en appelle également à la vigilance des médecins et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. La sécurité des dispositifs utilisés dans les cigarettes électroniques et des accessoires de ces produits, notamment lors de la recharge de la pile, peut constituer un enjeu dans ce contexte. En effet, d'autres cas d'incendies et d'accidents (blessures, brûlures et décès) ont été rapportés ailleurs dans le monde. La cigarette électronique ne doit pas être utilisée ou rechargée à proximité d'un appareil d'oxygénothérapie ou d'une source d'oxygène.

RECOMMANDATION

Le Directeur national de santé publique, tout comme la Direction de santé publique de Montréal, recommande d'informer les patients sous oxygénothérapie ainsi que leur entourage que la cigarette électronique peut produire une étincelle pendant son utilisation ou son chargement et provoquer un incendie.

Minimalement, les mesures de sécurité suivantes concernant la manipulation et l'utilisation d'un appareil d'oxygénothérapie à domicile ou de déambulation devraient être appliquées :

- ne pas utiliser la cigarette électronique en même temps que l'oxygène ;
- ne pas approcher à moins de trois mètres d'une personne utilisant une cigarette électronique ;
- ne pas recharger une cigarette électronique à une distance de moins de trois mètres de l'appareil.

élections 2015

CONSEIL D'ADMINISTRATION ÉLECTIONS AUX POSTES D'ADMINISTRATEURS

Les membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec sont priés de noter que des élections auront lieu cette année aux postes d'administrateurs de l'Ordre dans cinq des huit régions électorales.

Vous trouverez dans les pages qui suivent les renseignements pertinents sur les procédures d'élection et le bulletin de présentation des candidatures. Ce bulletin peut être imprimé. **Tout bulletin de présentation doit parvenir à la soussignée au siège social de l'Ordre, avant 16 h, le 21 avril 2015.**

Il y aura élection si le nombre de candidats est supérieur au nombre de postes à combler.



La directrice générale et Secrétaire,
Josée Prud'Homme, Adm.A., M.A.P.

CALENDRIER DES ÉLECTIONS 2015

Les élections des membres au Conseil d'administration de l'Ordre dont le mandat vient à échéance en 2015 se dérouleront selon l'échéancier suivant:

**FIN DE LA PÉRIODE DE MISE EN CANDIDATURE:
LE MARDI 21 AVRIL 2015 à 16 h**

**PÉRIODE DE VOTATION :
DU 27 AVRIL AU 21 MAI 2015 à 16 h**

**CLÔTURE DU SCRUTIN:
LE JEUDI 21 MAI 2015 à 16 h**

**DÉPOUILLEMENT DU SCRUTIN:
LE MERCREDI 27 MAI 2015 à 10 h
AU SIÈGE SOCIAL DE L'ORDRE**

**ENTRÉE EN FONCTION DES ÉLUS:
LE VENDREDI 6 NOVEMBRE 2015 (À CONFIRMER)**

(Lors de la première réunion du Conseil d'administration qui suit la tenue de l'assemblée générale annuelle)



élections 2015

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Éligibilité pour être candidat et voter

Peuvent être candidat et voter tous les membres en règle de l'OPIQ inscrits au Tableau de l'Ordre **le 6 avril 2015**, soit le 45^e jour avant la date fixée pour la clôture du scrutin, et qui le sont demeuré(e)s, jusqu'à la date de réception de leur bulletin de vote. Les membres dont le droit d'exercer des activités professionnelles est limité ou suspendu ou qui sont radiés perdent leur éligibilité pour l'élection en cours.

Parmi ceux dont l'exercice des activités professionnelles est limité, on retrouve notamment les membres détenteurs de permis temporaires, de permis spéciaux et de permis restrictifs.

Procédures d'élection

Un inhalothérapeute ne peut poser sa candidature que dans une région où il a son **domicile professionnel**.

Le **bulletin de présentation** doit être signé par le candidat et cinq (5) membres inscrits au Tableau de l'Ordre qui ont leur **domicile professionnel** dans la région où se présente le candidat.

Le **bulletin** doit être retourné au Secrétaire de l'Ordre au moins 30 jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin, soit **au plus tard à 16 h le 21 avril 2015**. Il peut être retourné en personne, par courriel ou par télécopieur (514 931-3621).

Le bulletin de présentation des candidats **doit** être accompagné d'une photographie récente mesurant **au plus 7 cm sur 10 cm** et d'un court texte établissant le *curriculum vitæ* du candidat ainsi que ses objectifs, **sur une seule feuille** mesurant au plus 22 cm sur 28 cm. Le Secrétaire doit en transmettre copie à chacun des membres ayant droit de vote dans une région où un administrateur doit être élu.

Veuillez prendre note que votre texte sera photocopié à partir de l'original que vous nous aurez fait parvenir, **sans aucune modification**, et que vous devez vous conformer à l'exigence d'**une** feuille de **22 centimètres sur 28 centimètres**, incluant votre photo.

Ce court texte et cette photographie seront disponibles sur le site Web de l'OPIQ à compter du début de la période de votation, soit le 27 avril 2015 jusqu'à la clôture du scrutin, soit le 21 mai 2015 à 16 h.

Envoi des documents aux membres

Dès la fin de la période de mise en candidature, si le nombre de candidats est supérieur au nombre de postes à combler, le Secrétaire de l'Ordre transmet à chacun des membres ayant droit de vote dans la région où un administrateur doit être élu, les documents suivants:

- un bulletin de vote certifié indiquant le nom des candidats(e)s ainsi qu'une enveloppe destinée à recevoir ce bulletin (enveloppe intérieure) et sur laquelle est inscrit «Bulletin de vote»;
- une enveloppe-réponse préadressée au Secrétaire de l'Ordre et sur laquelle est écrit le mot «Élection»;
- le *curriculum vitæ* et la photo de chaque candidat, le cas échéant si conformes au format demandé.

POSTES À POURVOIR EN 2015

- Trois (3) des cinq postes de la région de **Montréal**;
- Un (1) poste dans la région de **l'Estrie**;
- Un (1) poste dans la région de **l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue**;
- Un (1) poste dans la région de **Québec, de la Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**;
- Un (1) poste dans la région du **Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec**.

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec est composé de 17 administrateurs dont 13 élus par les membres et 4 nommés par l'Office des professions du Québec.
- Les administrateurs sont élus pour un mandat de 4 ans.
- Le président est élu pour un mandat de 4 ans ou pour la durée non écoulée de son mandat en tant qu'administrateur si celle-ci est moins de 4 ans. Il est désigné par suffrage des administrateurs élus par scrutin secret.



**BULLETIN DE PRÉSENTATION
POUR L'ÉLECTION À UN POSTE D'ADMINISTRATEUR DE L'OPIQ**

Nous, soussignés, membres en règle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, ayant notre domicile professionnel dans la région de _____ proposons comme candidat à la prochaine élection tenue dans cette région,

(nom) _____

(adresse) _____

NOM ET PRÉNOM DU MEMBRE	NUMÉRO DE PERMIS	DATE	ADRESSE DU LIEU OÙ LE MEMBRE A SON DOMICILE PROFESSIONNEL	SIGNATURE DU MEMBRE

Je, _____ exerçant principalement ma profession dans la région de _____ et proposé dans le bulletin de présentation ci-dessus, consens à être candidat au poste d'administrateur pour cette région. Je suis membre en règle de l'Ordre.

Veuillez trouver sous pli:

- ma photographie récente (mesurant au plus 7 cm par 10 cm);
- un résumé établissant mon *curriculum vitæ* et énonçant mes objectifs (sur une feuille mesurant au plus 22 cm par 28 cm).

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce _____^e jour de _____ 2015.

(signature)

élections 2015

DOMICILE PROFESSIONNEL

En vertu de l'article 60 du *Code des professions*, le domicile professionnel d'un membre est le **lieu où il exerce principalement sa profession**. Les membres doivent aviser le Secrétaire de tout changement de domicile dans les trente (30) jours du changement.

Aux fins électorales, le **domicile professionnel** des membres est réputé être leur **lieu de travail principal**, tel que spécifié sur votre avis de cotisation. C'est donc le lieu où vous exercez principalement votre profession qui déterminera la section où vous pourrez poser votre candidature, signer le bulletin de présentation d'un candidat et exercer votre droit de vote.

Si vous n'exercez pas votre profession, le lieu de votre **résidence personnelle** constitue votre domicile professionnel.

Si vous désirez modifier dès maintenant votre domicile professionnel, il faut donc nous en faire part avant le 5 avril 2015.

RÉGIONS ÉLECTORALES	NOMBRE DE POSTES	ADMINISTRATEURS ACTUELS
Montréal	3	Roselyne Hétu, inh. Jocelyn Vachon, inh. Michèle Vincent Félix, inh.
Estrie	1	Nathalie Lehoux, inh.
Outaouais et Abitibi-Témiscamingue	1	Isabelle Truchon, inh.
Québec, Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	Geneviève Chevrier, inh.
Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Nord-du-Québec	1	Karine Pellerin, inh.



41^e congrès

6 et 7 novembre 2015, Fairmont Le Château Frontenac, Québec

30

ANS DE RECONNAISSANCE



50

ANS D'INSPIRATION



Quoi faire lorsqu'un patient est inapte pour la conduite automobile

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

Angèle D.* inhalothérapeute, constate chez un patient qu'elle suit depuis longtemps une condition incompatible avec la conduite d'un véhicule routier. Son professionnalisme et son sens civique lui dictent pourtant de faire quelque chose, mais quoi? Elle ne sait trop que faire...

La présente chronique vise à identifier l'étendue des pouvoirs de l'inhalothérapeute quant à la possibilité de rapporter à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) une condition médicale incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

Elle est librement inspirée du rapport de l'enquête d'août 2010 du coroner Luc Malouin, rendu à la suite d'un accident mortel impliquant un conducteur âgé de 86 ans. Le gendre de ce dernier avait remarqué, quelques mois avant l'accident fatal, qu'il était parfois désorienté. Des périodes de confusion, surtout en fin de journée, sont aussi rapportées par les intervenants de la résidence pour personnes autonomes et semi-autonomes dans laquelle le conducteur avait emménagé. Dans ses conclusions, le coroner Malouin réitère l'importance pour le personnel soignant et la famille de signaler à la SAAQ toute condition médicale pouvant affecter négativement la capacité de conduire d'une personne.

Cadre juridique applicable

Le *Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs* décrit l'ensemble des conditions médicales et indique, aux articles 57 et 58, qu'une insuffisance respiratoire, légère ou importante, peut être, totalement ou en partie, incompatible avec la conduite d'un véhicule routier. Considérant que l'inhalothérapeute assure, en collaboration avec d'autres intervenants, le suivi clinique

des patients avec insuffisance respiratoire, nous pouvons concevoir qu'il détient des informations pertinentes sur leur capacité de conduire. Toutefois, l'inhalothérapeute peut-il faire rapport à la SAAQ et dévoiler des informations d'ordinaire couvertes par le secret professionnel?

Toute information récoltée dans le cadre d'une relation thérapeutique entre un professionnel et un patient est visée par la règle du secret professionnel prévue à l'article 60.4 du *Code des professions*. Plus spécifiquement, pour l'inhalothérapeute, c'est l'article 21 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* qui s'applique. Il faut aussi se rappeler que les professionnels qui travaillent dans un établissement de santé et de services sociaux (CLSC, CHSLD, CH ou CSSS) doivent également assurer la confidentialité du dossier médical selon la *Loi sur les services de santé et services sociaux* en vertu des articles 19 et suivants.

Cependant, certaines exceptions ont été prévues par le législateur et, dans ces cas, il sera permis de passer outre au secret professionnel ou à la confidentialité du dossier médical. En ce qui concerne le *Code de la sécurité routière* (ci-après le « Code »), les articles 603 et 605 prévoient la possibilité de divulguer une information confidentielle, et ce, avec une protection à l'encontre d'un recours en dommages-intérêts:

§603. *Tout professionnel de la santé peut, selon son champ d'exercice, faire rapport à la Société du nom, de l'adresse, de l'état de santé d'une personne de 14 ans ou plus qu'il juge inapte à conduire un véhicule routier, en tenant compte notamment des maladies, déficiences et situations incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier telles qu'établies par règlement.*

* Nom fictif.



SYNDIC

Liens d'emploi

Un nouvel emploi à titre d'inhalothérapeute? Que ce poste soit occasionnel ou permanent, vous devez mettre à jour votre dossier membre afin d'y inscrire tous vos liens d'emploi et payer la cotisation afférente.



Pour l'application du présent article, tout professionnel de la santé est autorisé à divulguer à la Société les renseignements qui lui ont été révélés en raison de sa profession.

§605. Aucun recours en dommages-intérêts ne peut être intenté contre un professionnel de la santé pour s'être prévalu des dispositions de l'article 603.

Considérant que l'inhalothérapeute est un professionnel de la santé, l'on pourrait croire qu'il peut se prévaloir de la protection de l'article 605 du *Code* contre une poursuite en dommages et intérêts d'un client pour lequel il aurait fait un signalement selon l'article 603 du même *Code*.

Or, à son article 4, alinéa 14, le *Code* restreint la définition de « professionnel de la santé » aux professionnels suivants :

« professionnel de la santé » : une personne qui est titulaire d'un permis délivré par l'un des ordres ci-après énumérés et qui est inscrite au tableau de ce dernier :

- 1° Ordre professionnel des médecins du Québec ;
- 2° Ordre professionnel des optométristes du Québec ;
- 3° Ordre professionnel des psychologues du Québec ;
- 4° Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec ;
- 5° Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec. »

Ainsi, l'inhalothérapeute ne faisant pas partie des professionnels identifiés, il ne peut se prévaloir des articles 603 et 605 du *Code* pour passer outre au secret professionnel et à la confidentialité du dossier de son patient (articles 21, 22 et 22.1 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*).

Toutefois, si l'inhalothérapeute intervient auprès du patient dans un contexte multidisciplinaire, en centre hospitalier par exemple, il serait recommandé de discuter avec l'équipe traitante des craintes observées quant à la conduite d'un véhicule routier. Nous conseillons fortement que les observations de l'inhalothérapeute soient consignées au dossier. Ceci permettrait aux professionnels identifiés au *Code* et faisant partie de l'équipe traitante d'évaluer la situation et de déterminer si un signalement doit être fait selon l'article 603 du *Code*.

La situation est toutefois plus délicate lorsque l'inhalothérapeute travaille en privé, sans le soutien d'une équipe multidisciplinaire. Considérant qu'il ne peut directement faire un signalement à la SAAQ sans le consentement de son patient, il pourra alors essayer d'obtenir son consentement pour divulguer l'information pertinente soit à sa famille ou à son médecin traitant, qui sont des personnes légalement habilitées à faire un signalement à la SAAQ. En outre, rien n'interdit à l'inhalothérapeute d'adresser son patient, aux fins de consultation, à l'un des professionnels visés par les articles 603 et 605 du *Code*, au médecin traitant du patient par exemple. Le patient doit cependant être avisé de l'objectif de la demande de consultation au médecin, soit la détermination de son aptitude à conduire un véhicule routier. 



SYNDIC

Responsabilité des employeurs

Vous devez vous assurer que tous vos inhalothérapeutes soient membres en règle de l'Ordre et que ces derniers aient une couverture d'assurance responsabilité en lien avec le lieu d'exercice : public ou privé.



Comblez vos besoins avec des solutions hypothécaires flexibles et adaptées

par le service de rédaction, Banque Nationale

Compte tenu de l'état actuel du marché immobilier* ainsi que de la panoplie de solutions hypothécaires offertes sur le marché, comment choisir le bon produit pour votre situation ?

Prêt à taux fixe ou variable ?

Lorsqu'il est venu le temps de choisir un produit hypothécaire, la plupart des gens se questionnent notamment s'il est préférable d'opter pour un taux fixe ou un taux variable.

Le taux variable est généralement moins élevé, mais compte tenu de la possibilité d'une hausse des taux d'intérêt au cours des prochains mois, le taux fixe peut sembler être la meilleure option. En réalité, il n'y a pas de réponse spécifique à ce questionnement, car tout dépend de vos besoins, de votre situation financière et de votre degré de tolérance au risque. Par exemple, si le projet en question requiert l'entièreté de votre budget disponible pour vous loger ou que vous ne tolérez pas l'idée d'une hausse des paiements dans le temps, le taux fixe sera probablement plus adapté à votre situation.

Trouver une solution sur mesure

Toutefois, comme les besoins et les attentes diffèrent d'une personne à une autre en matière de prêts hypothécaires, peut-être serez-vous plus enclin à choisir un produit qui comblerait votre besoin de sécurité ainsi que votre désir d'épargner autant que possible. Si tel est le cas, l'hypothèque sur mesure s'adresse à vous.

Alliant à la fois les avantages d'un prêt à taux fixe et d'un prêt à taux variable, l'hypothèque sur mesure, par exemple, permet de diversifier vos termes, vous protégeant ainsi contre les hausses futures de taux, tout en vous faisant profiter des économies d'intérêts souvent offertes par les taux à court terme.

Par exemple, vous pourriez séparer votre dette hypothécaire en deux portions distinctes : une partie en prêt hypothécaire à taux variable, afin de réaliser des économies d'intérêts, et l'autre en prêt hypothécaire à taux fixe afin de se protéger d'une éventuelle hausse de taux.

Un pour tous...

La marge de crédit hypothécaire permet de regrouper l'ensemble des besoins de financement en une solution unique, pratique, économique et flexible. Ainsi, vous pouvez y intégrer les prêts hypothécaires¹, mais également tout autre besoin de financement, par exemple, un prêt-auto, des rénovations, des projets de voyage, etc.

De plus, un seul relevé bancaire mensuel pour toutes les transactions et la possibilité de diviser la marge de crédit hypothécaire en plusieurs comptes afin de suivre individuellement chacun des projets !

Pour des conseils judicieux, sachez trouver la bonne adresse !

Il existe bien entendu plusieurs combinaisons possibles afin de créer une solution de financement hypothécaire qui correspond à vos besoins spécifiques.

N'hésitez pas à consulter votre conseiller pour en savoir davantage sur les nombreux produits à votre disposition. bnc.ca

* Source: Société canadienne d'hypothèques et de logement. 2014. *Marché canadien de l'habitation: les mises en chantier se stabiliseront en 2014 et en 2015*. [En ligne] [http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/61502/61502_2014_Q01.pdf] (consulté le 10 février 2015).

1 Sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale dans les cas où l'intégration d'un prêt à la marge de crédit entraîne une augmentation de la limite de crédit autorisé.

Les solutions de financement décrites dans ce document sont sujettes à l'approbation de crédit de la Banque Nationale du Canada.

Les informations présentées dans cette chronique le sont à titre informatif seulement et ne sont pas exhaustives. Pour tout conseil concernant vos finances et pour plus de détails sur nos solutions de financement, veuillez consulter un conseiller de la Banque Nationale.

UN PROGRAMME FINANCIER POUR VOTRE VIE APRÈS LE TRAVAIL



La Banque Nationale a un programme financier¹ adapté aux **inhalothérapeutes** qui donne accès à des privilèges sur un ensemble de produits et de services, tels que :

- › Le compte bancaire² en \$ CA ou en \$ US;
- › La carte de crédit Platine MasterCard^{MD} Banque Nationale³;
- › Les solutions de financement comme la marge de crédit³ et le Tout-En-Un^{MD1, 3};
- › Les solutions de placement et de courtage offertes par nos filiales.

Fière partenaire de



bnc.ca/specialistesante
Adhésion en succursale

1 Le programme financier de la Banque Nationale constitue un avantage offert aux spécialistes de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, inhalothérapeutes, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes, technologistes médicaux et technologues en radiation médicale), qui détiennent une carte Platine MasterCard de la Banque Nationale et qui sont citoyens du Canada ou résidents permanents canadiens. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée. 2 Compte bancaire avec privilège de chèques. 3 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. Certaines conditions s'appliquent. ^{MD} MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé : Banque Nationale du Canada. ^{MD1} Tout-En-Un Banque Nationale est une marque déposée de la Banque Nationale.



Les chambres d'inhalation

par **Nabile Boukhattala**, Ph.D., **Romuald Verjus**, Ph.D. et **Emeline Furon**, Ph.D.

Les chambres d'inhalation ont vu le jour dans les années 1980, sous l'impulsion des fabricants de médicaments pour le traitement de l'asthme présentés en aérosol doseur pressurisé. Le premier « tube espaceur » avait été décrit par Mauren en 1978.

Leur fonction initiale était de faciliter la prise de ces médicaments en aérosol doseur pour les patients ne maîtrisant pas la coordination main-inspiration nécessaire à leur bonne utilisation.

Aujourd'hui, les attentes par rapport aux chambres d'inhalation ont largement dépassé la seule compensation d'un défaut de synchronisation, même si cette propriété reste essentielle, en effet plus de la moitié des utilisateurs ont une technique inappropriée¹.

La participation de la chambre d'inhalation à la sélection des fines particules et ainsi à l'amélioration de la déposition pulmonaire, à la réduction des dépôts oropharyngés et à l'amélioration du rapport efficacité/effets secondaires est devenue un critère essentiel du choix, notamment chez l'enfant.

Deux critères principaux déterminent la déposition pulmonaire : la taille des particules ou des agglomérats de particules et la vitesse du flux inspiratoire.

De nombreux facteurs influent sur ces deux paramètres : forme des dispositifs d'inhalation et turbulences générées, électrostatique, résistances à l'inspiration, médicament utilisé.

Le Laboratoire ProtecSom travaille sur tous ces paramètres pour optimiser la déposition pulmonaire des traitements et notamment des corticostéroïdes pour lesquels une déposition inappropriée peut générer des effets secondaires.

Les concepteurs de Tips-Haler ont cherché à agir sur la vitesse d'inspiration des particules en créant la valve Isobreath® qui oppose à l'inspiration une résistance calibrée et progressive destinée à réduire la

vitesse du flux inspiratoire tout en assurant l'absence de résistance lorsque le flux est très faible (bébés) grâce à son ouverture basale. Elle permet par ailleurs comme d'autres valves coniques de diminuer les turbulences en sortie de chambre.

La forme et le matériau utilisé sont plus destinés à créer dans la chambre les mouvements qui vont permettre de mieux sélectionner les fines particules qui vont pénétrer profondément dans l'arbre respiratoire et capter sur les parois les grosses particules qui impacteraient la langue et la gorge. Les résultats sont déjà là avec les corticoïdes inhalés même si cette voie de recherche n'a pas encore livré toutes ses possibilités.

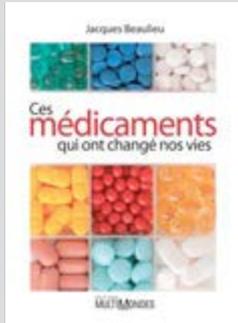
Fortes de ces caractéristiques, Tips-Haler améliore la déposition pulmonaire des médicaments inhalés, notamment des corticoïdes en diminuant la fraction qui se dépose dans la bouche et la gorge et en augmentant la fraction qui se dépose dans les fines bronchioles.

Pour conserver les meilleures performances à chaque inhalation, il est conseillé de laver Tips-Haler à l'eau tiède avec un savon à vaisselle liquide, de la rincer à l'eau claire et de la laisser s'égoutter et sécher à l'air. *Elle peut être lavée au lave-vaisselle, mais le liquide de rinçage n'est pas conseillé.*

Il est conseillé de remplacer Tips-Haler après un an d'utilisation.

Les matériaux utilisés respectent toutes les normes internationales et canadiennes en matière de sécurité et n'utilisent pas de BPA dans leur fabrication.

¹ SIM, S.H. 2009. «Inappropriate techniques used by internal medicine residents with three kinds of inhalers: Changes after a Single Teaching Session». *J Asthma*, vol. 46, n° 9, p. 944-950.



Ces médicaments qui ont changé nos vies

par Jacques Beaulieu, Montréal, Éditions MultiMondes, 2014, 260 p.

ISBN version imprimée: 978-2-89544-478-7 — 24,95 \$

ISBN (PDF): 978-2-89544-528-9 — 19,99 \$

ISBN (ePub): 978-2-89544-704-7 — 19,99 \$

Au cours des âges, le médicament a connu diverses réceptions auprès des scientifiques et du public. Au début, chaque nouveau remède était d'emblée accepté comme ce qu'on pourrait appeler la pilule miracle. Il était souvent présenté comme la nouvelle panacée universelle, la solution à de multiples problèmes de santé, sinon à tous... Avec les années et surtout après quelques échecs dramatiques de l'industrie pharmaceutique, comme la thalidomide, qui causèrent de véritables désastres, l'enthousiasme originel céda la place à la tiédeur puis à la méfiance et même dans certains cas à la paranoïa. Cet ouvrage a pour but de donner l'heure juste sur la question et de rééquilibrer le débat!



Ces médecins qui ont marqué le Québec

par Jacques Beaulieu, Montréal, Éditions MultiMondes, 2014, 180 p.

ISBN (version imprimée): 978-2-89544-477-0 — 19,95\$

ISBN (PDF): 978-2-89544-527-2 — 13,99 \$

ISBN (ePub): 978-2-89544-704-7 — 13,99 \$

Bâtisseurs, chercheurs, innovateurs, développeurs, précurseurs, cliniciens et surtout humanistes dévoués, les éminents médecins présentés ici ont façonné la courte histoire du Québec. Ce recueil présente des portraits de ceux qui, depuis les 150 dernières années, ont façonné la médecine québécoise. L'auteur présente vingt médecins, d'Irma Levasseur à Gilles Julien, en passant par Norman Bethune, Paul David et Augustin Roy.

tips-haler^{MD}

Sa forme optimale et perfectionnée favorise la rétention des grosses particules pour diminuer les dépôts en bouche et à la gorge qui sont responsables des effets secondaires.

Tips-haler^{MD} est la première chambre d'inhalation à valve IsobreathTM conçue pour optimiser le dépôt pulmonaire des aérosols à HFA.



Tips-haler^{MD}, chambre d'inhalation à valve Isobreath^{MC}, avec masque pour nourrisson (jusqu'à l'âge de 9 mois)



Tips-haler^{MD}, chambre d'inhalation à valve Isobreath^{MC}, avec masque pour enfant (jusqu'à l'âge de 6 ans)



Tips-haler^{MD}, chambre d'inhalation à valve Isobreath^{MC}, avec et sans masque pour adulte (pour tous les patients de 6 ans et plus)

REMBOURSÉ PAR LA PLUPART DES ASSURANCES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET PRIVÉES (SELON LE RÉGIME DE L'EMPLOYÉ).

Tips-haler^{MD} et Isobreath^{MC} sont des marques enregistrées de



Pediapharm 

www.pediapharm.com

Service à la clientèle : 1-877-630-5674



Les médias sociaux et la pratique professionnelle

Comment protéger la vie privée et une attitude professionnelle dans un monde virtuel

par **Lise Betteridge**, MSS, TSI, directrice de la pratique professionnelle,
Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario (OTSTTSO).

Source : BETTERIDGE, L. Automne 2011. « Comment protéger la vie privée et une attitude professionnelle dans un monde virtuel ». *Perspective*, bulletin de l'OTSTTSO. Adapté et paru dans le *Bulletin n° 119 de l'OTSTCFQ*, hiver 2013, p.18-20.

NDLR Cette réflexion sur les médias sociaux – et leur utilisation par des professionnels tels que les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux — est fort bien documentée et toujours d'actualité. Certaines adaptations ont été apportées au texte original afin de tenir compte de la réalité de la pratique professionnelle au Québec, notamment pour en ce qui concerne les lois et les règlements ayant cours au Québec. L'OPIQ remercie M^{me} Betteridge, ainsi que l'OTSTTSO pour l'autorisation de reproduire ce texte.

Il est difficile de ne pas entendre parler des médias sociaux presque tous les jours. En 2006, le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario décrivait les sites de réseautage social comme un « phénomène social et technologique important¹ » et les experts s'accordent pour dire que les médias sociaux sont là pour rester. La nouvelle technologie en général et les médias sociaux en particulier ont un impact réel sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Et puisque nous cherchons toujours à optimiser le fonctionnement social de nos clients, il est essentiel que nous ayons une bonne compréhension des outils technologiques en vogue auprès de ceux-ci. La technologie et les médias sociaux sont aussi susceptibles de jouer un rôle croissant dans nos vies personnelles et professionnelles. Le présent article porte sur certaines questions en lien avec le Web 2.0 et les notions de compétence, de confidentialité et de publicité.

Compétences et technologie

Ouvrir un compte individuel sur *Facebook* peut sembler une décision tout à fait personnelle, mais ce n'est pas si simple, tel que le confirme cette situation vécue par un membre de l'OTSTTSO. Exerçant dans le milieu

scolaire, cette personne avait récemment ouvert un compte personnel *Facebook*. Pendant ses vacances estivales, une ancienne cliente l'a contacté via ce compte. Ce professionnel était très préoccupé par l'état d'esprit de sa cliente ainsi que par son isolement au cours des mois d'été. Même s'il avait certaines hésitations à la contacter pendant ses vacances, il le fit quand même, via *Facebook*, afin de la mettre en relation avec des ressources communautaires. Lorsqu'il a contacté son ordre professionnel, cet intervenant s'est dit surpris que cette cliente ait pu le contacter. En fait, il n'était pas au courant des paramètres de confidentialité qu'il pouvait utiliser pour son compte. Il a donc demandé au service de la pratique professionnelle de lui proposer une façon de réagir dans l'avenir face à des situations semblables. En fait, la toute première leçon à tirer de cette expérience est qu'il faut absolument se renseigner au sujet des paramètres de confidentialité et de sécurité disponibles avant même d'ouvrir un compte personnel *Facebook*:

En tant que professionnels, nous sommes imputables des gestes posés dans nos vies privées. Dans la cause Loughheed Imports², le tribunal a décidé pour la première fois que les employés sont responsables dans leur vie professionnelle des propos tenus dans les médias sociaux. En effet, dans cette cause, des employés ont été congédiés pour avoir publié sur leur page personnelle Facebook des commentaires désobligeants et irrespectueux à l'égard de leurs superviseurs.

Même si cela peut sembler un défi de taille que de rester informé dans un monde technologique en rapide évolution, nous avons, en dernier ressort, l'obligation professionnelle de le faire. Nous devrions faire les efforts nécessaires pour être informés de certains aspects de la technologie, notamment en ce qui concerne les paramètres de confidentialité et de sécurité, avant de l'utiliser.

Le fait de publier accidentellement des informations sur Internet ou sur notre page personnelle Facebook ne change en rien notre responsabilité ni les conséquences qui peuvent découler d'un tel geste. Le fait d'alléguer une mauvaise compréhension des paramètres de confidentialité n'est pas en soi une défense.

Même dans l'exemple du professionnel en vacances qui croyait prendre une décision strictement personnelle en ouvrant un compte Facebook, les frontières entre la vie privée et publique, entre la vie personnelle et professionnelle ne sont pas étanches dans l'univers des médias sociaux.

Ainsi, les questions qui suivent s'imposent avant toute chose :

- Quels types d'informations devrions-nous afficher sur notre page personnelle Facebook ?
- Est-ce que d'autres personnes en dehors de notre cercle d'« amis » proches ont accès à cette information ?
- Comment différents sites de médias sociaux varient-ils en termes de protection des renseignements personnels (Facebook offre beaucoup plus d'options de confidentialité et de sécurité que Twitter) ?
- Que faire si nous sommes vus et identifiés dans les pages Facebook de membres de notre famille ou de nos amis ?
- Quelle est notre responsabilité concernant ces informations, comment répondre à cette préoccupation ?

Nous devons être conscients que l'information en ligne à notre sujet est susceptible de changer constamment — que certains éléments pourraient être présents pour toujours — et que nous avons généralement

peu ou pas de contrôle là-dessus. En ce sens, il serait pertinent de choisir des paramètres de confidentialité qui nous placent à l'abri, par exemple, de la rediffusion de photos de nous qui se trouvent sur notre page ou sur celles de nos amis ou membres de nos familles. Autrement, ces photos pourraient permettre à des clients (ou à toute personne effectuant une recherche sur notre nom) de nous identifier. Sinon, nous risquons d'avoir une présence sur Facebook sans même en être conscients. De plus, un client pourrait avoir accès à de l'information inappropriée sur son professionnel traitant, entraînant ainsi un risque tant pour le professionnel que pour le client.

En somme, nous devons réaliser que toute information nous concernant, disponible en ligne, peut être vue par des clients, des employeurs ou des collègues. Il nous appartient également, en tant que professionnel, de discuter avec nos familles et amis des impacts potentiels que peut générer toute information concernant nos activités personnelles sur les médias sociaux.

« Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre [...] ». Article 59.2 du Code des professions du Québec. *Le professionnel doit donc s'assurer que les propos qu'il tient notamment dans les médias sociaux sont appropriés puisque cette disposition s'applique également aux gestes posés dans la vie privée.*

Il pourrait être pertinent d'avoir une discussion avec nos clients quant aux médias sociaux et leurs impacts sur nos relations professionnelles avec la clientèle. Cet échange pourrait permettre de déterminer si les



Ambu® AuraGain™ et Aura-i™ Essayés, testés, adoptés



Ambu® Aura™

CAREstream Medical est le distributeur de la gamme complète de masques laryngés Ambu® Aura™. Communiquez avec CAREstream dès aujourd'hui pour obtenir de plus amples renseignements.

Ambu® AuraGain™

Masque d'intubation avec canal d'accès gastrique à usage unique



Principaux avantages

- Canal d'accès gastrique intégré destiné à la gestion du contenu gastrique
- Courbure anatomique originale pour une mise en place rapide
- Possibilité d'intubation avec des sondes endotrachéales standard
- Zone d'absorption de la pression dentaire intégrée pour empêcher l'occlusion des voies aériennes
- Ballonnet témoin indiquant la taille du masque et donnant une sensation tactile du degré de gonflement
- Repères d'insertion pour le guidage du vidéoscope flexible
- Compatible IRM et matériau sans phthalates

Ambu® Aura-i™

Masque à usage unique permettant l'insertion d'une sonde d'intubation



Principaux avantages

- Courbure anatomique pour une insertion facile et rapide
- Possibilité d'intubation avec des sondes endotrachéales standard
- Extrémité renforcée empêchant le repli pendant l'insertion et permettant une mise en place naturelle sur le sphincter œsophagien
- Cale dents intégrée dans le raccord pour empêcher tout occlusion
- Repères d'insertion pour le guidage de la sonde du vidéoscope
- Indicateur de la taille de la sonde endotrachéale sur le raccord
- Code de couleurs sur l'emballage avec mode d'emploi
- 8 tailles de masque et compatible IRM

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 Or de la SCTR

« Notre employeur a-t-il une politique relative à l'usage des médias sociaux, y compris des blogues ? Comment s'assurer que l'information affichée ne contient aucun élément personnel ou qui permette d'identifier directement ou indirectement des clients ? »

● ● ● médias sociaux seront utilisés comme moyen de communication entre le professionnel et le client et, si oui, quand et comment.

Selon le Code de déontologie des membres de l'OTSTCFQ, « le travailleur social ou thérapeute conjugal et familial informe dès que possible son client de l'ampleur et des conséquences du mandat que ce dernier lui a confié ou qu'un tiers lui a confié à son sujet et il doit obtenir son accord à ce sujet⁴. » Les médias sociaux peuvent avoir une incidence sur la relation entre le membre et le client, se répercutant ainsi sur le mandat. L'incidence que peuvent avoir les médias sociaux sur le mandat et la relation professionnelle devient donc un sujet de discussion préalable pertinent.

Protection de la confidentialité

Les sites des médias sociaux comme *Twitter*, *MySpace* et *Facebook* permettent aux utilisateurs de créer un profil public ou semi-public et de dialoguer avec d'autres utilisateurs. C'est cette interaction — la possibilité d'afficher des réponses — qui distingue Web 2.0 de son prédécesseur (World Wide Web). Nous pouvons, en tant que professionnels, rédiger et publier des blogues en lien avec nos activités professionnelles ou sur des questions ou sujets d'intérêt pour nos professions, ou « tweeter » en réaction avec des éléments d'actualité. Ce changement dans l'utilisation d'Internet ouvre un grand nombre d'opportunités que nous pouvons saisir, mais en faisant néanmoins preuve de prudence.

Les blogues (et certaines communautés de pratique) offrent aux professionnels intéressés la possibilité de se connecter entre eux, peu importe les contraintes géographiques, d'identifier des questions communes, de partager leurs connaissances et éventuellement de défendre des intérêts communs.

Cela dit, ceux d'entre nous qui recourent aux médias sociaux doivent savoir que toute information affichée peut être reprise ailleurs et devenir impossible à effacer de la Toile. Cela soulève d'importantes questions : le blogue est-il écrit sur une base personnelle ou professionnelle (en assumant et en divulguant notre titre professionnel) ? Le blogue respecte-t-il les normes d'exercice et renvoie-t-il du professionnel une image qu'il souhaite promouvoir ? Notre employeur a-t-il une politique relative à l'usage des médias sociaux, y compris des blogues ? Comment s'assurer que l'information affichée ne contient aucun élément personnel ou qui permette d'identifier directement ou indirectement des clients ?

Nous devrions toujours réfléchir sur la façon avec laquelle réagirait un client, un collègue ou un employeur en prenant connaissance de nos écrits ou de toute information nous concernant accessible via les médias sociaux. Pourraient-ils se reconnaître, même s'ils ne sont pas nommés ? De plus, cela pourrait être un manquement à l'obligation de confidentialité que d'inclure de l'information sur son employeur et les pratiques de l'organisme, ainsi que de l'information au sujet de son équipe.

Il faut être conscient du fait qu'en ce qui concerne la confidentialité, il n'y a pas de différences, à certains égards, entre la publication d'informations sur un blogue ou de toute autre façon. Un autre problème potentiel vient du fait qu'il n'existe aucun moyen technique qui oblige

l'auteur d'un blogue ou d'un commentaire sur le Web à faire une pause pour prendre du recul et ainsi recourir à son jugement professionnel avant d'appuyer sur la touche « publier ».

Le recours aux témoignages

Les sections « Commentaires » sur les sites Web sont maintenant monnaie courante. Cependant, malgré leur efficacité comme outils promotionnels, les témoignages ne sont pas permis. Les témoignages peuvent créer chez le client l'illusion qu'il possède une relation différente ou privilégiée avec un professionnel, en raison du soutien qu'ils lui ont accordé.

À cet effet, comme pour l'ensemble de nos réflexions au sujet des médias sociaux, il est important de faire appel à notre jugement professionnel pour évaluer les risques potentiels et, le cas échéant, de chercher conseil auprès de personnes habilitées.

Le présent article a abordé certaines des questions professionnelles et éthiques que soulèvent les médias sociaux. Comme cette technologie continue d'évoluer et d'influer sur nos vies et notre pratique, les membres devront veiller à être suffisamment informés sur la manière de les utiliser efficacement et de façon appropriée, dans l'intérêt véritable de leurs clients.



Notes

- 1 « Pensez à la protection de votre vie privée lorsque vous choisissez un site de réseautage social », communiqué de presse du 12 octobre 2006, Bureau du Commissaire à l'information et la protection de la vie privée : www.ipc.on.ca.
- 2 *Lougheed Imports* [2010] B.C.L.R.B.D. 190.
- 3 *Lougheed Imports* [2010] B.C.L.R.B.D. 190.
- 4 Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, R.R.Q., c. C-26, r. 286, art. 3.02.03.
- 5 Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, R.R.Q., c. C-26, r. 286, 4.03.03.
- 6 Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, R.R.Q., c. C-26, r. 286, art. 3.06.01.
- 7 Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, R.R.Q., c. C-26, r. 286, art. 3.06.03.
- 8 *Board of Medical Licensure and Discipline, Consent Order No. C10-156*, April 13, 2011.
- 9 Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, R.R.Q., c. C-26, r. 286, art. 5.04.

Gérer son image virtuelle... un enjeu professionnel

par **Sylvie Truchon**, syndic, en collaboration avec **Myriam Brisson** et **Éric Roy**, syndics adjoints,
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.



Source : TRUCHON, S. 6 mars 2014. « Gérer son image virtuelle... un enjeu professionnel ». Portail infoIIQ. [En ligne] [<http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/gerer-son-image-virtuelle-un-enjeu-professionnel/2014>] (consulté le 5 février 2015). Reproduction autorisée.

NDLR Même s'il ne nous est pas directement adressé, le contenu du texte qui suit s'applique aussi aux inhalothérapeutes.

Les nouvelles plateformes de communication, dont font partie les médias sociaux, offrent aux professionnels de la santé plusieurs avantages : l'accès à des contenus éducatifs, l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle et la capacité de communiquer, au besoin, en temps opportun, avec le client et sa famille. Ainsi, des établissements, des associations professionnelles ou des ordres professionnels mettent à profit ce type de médias pour la promotion de leurs activités ou la prise de position stratégique sur certaines questions.

Il faut cependant garder en tête que les réseaux sociaux ont des caractéristiques propres : ils sont plus directs, plus spontanés, jouissent d'une grande vitesse de réaction et de propagation. De surcroît, l'impression d'anonymat derrière le clavier n'est que pure illusion, car l'information diffusée circule dans l'espace public.

Lorsque les infirmières s'expriment sur ce type de médias, elles doivent, comme tout citoyen, agir dans le respect de la vie privée d'autrui, de sa dignité et de sa réputation¹. De plus, à l'instar des autres professionnels, elles doivent s'assurer que leur comportement est conforme à leurs obligations déontologiques.

Une première [chronique déontologique portant sur les médias sociaux](#)² a été publiée en 2009 et illustre, par des exemples, des situations où pouvaient survenir des enjeux déontologiques liés à l'utilisation des médias sociaux. En effet, le Bureau du syndic est régulièrement alerté par de telles situations, notamment celles relatives à l'image et à la crédibilité de la profession, au secret quant aux renseignements de nature confidentielle et aux limites de la relation professionnelle.

L'aide-mémoire présenté dans cette chronique fournit aux infirmières certaines balises ainsi que des rappels, en vue de favoriser une utilisation judicieuse des médias sociaux.

Aide-mémoire

Pour une utilisation judicieuse des médias sociaux

Balises destinées à l'infirmière.

- Éviter tout commentaire ou propos susceptible de nuire à la réputation, à la vie privée et à la dignité d'autrui.
- Faire preuve de respect, de modération et de courtoisie à l'égard des clients, des collègues, d'une organisation ou encore de la profession, en évitant de faire des remarques désobligeantes à leur endroit dans les médias sociaux. La vulgarité, l'injure, voire la médisance n'ont jamais leur place.
- Respecter le secret quant aux renseignements de nature confidentielle, en évitant de nommer un client ou de communiquer toute information qui pourrait l'identifier.
- Éviter, dans les médias sociaux, d'associer ses commentaires ou propos au nom d'un groupe ou d'un organisme, à moins d'avoir un mandat clair en ce sens.
- S'assurer du respect des limites de la relation professionnelle, avant de décider d'entrer ou pas en interaction avec un utilisateur de médias sociaux.

Gardons à l'esprit que :

- des clients, des collègues, de même que l'employeur ou l'ordre professionnel peuvent avoir accès aux renseignements mis en ligne ;
- les propos ou images diffusés dans le cyberspace circulent et peuvent être repris et rediffusés ;
- il importe de connaître et d'utiliser les paramètres de confidentialité des médias sociaux ;
- il est fortement recommandé de créer des comptes distincts, afin de bien séparer les informations à caractère privé de celles liées à la sphère d'activité professionnelle ;
- la prudence est de rigueur dans l'usage personnel des médias sociaux, car il peut entraîner des répercussions sur le plan professionnel, l'infirmière demeurant soumise à ses obligations déontologiques.

¹ Charte des droits et libertés de la personne, R.L.R.Q., c. C-12, art. 4-5.

² ORDRE PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC. Novembre/décembre 2009. « Médias sociaux et pratique infirmière ». *Le Journal*, vol. 6, n° 3. [En ligne] [<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/medias-sociaux-et-pratique-infirmiere>] (consulté le 9 février 2015).



Même à l'ère des réseaux sociaux : inspection professionnelle rime avec « individuelle »

par M^e Érik Morissette et M^e Isabelle East-Richard, Fasken Martineau,
en collaboration avec Laurie Pilote-Laroche, étudiante en droit.

Texte adapté et reproduit avec l'autorisation des auteurs.

Joannie, inhalothérapeute depuis déjà plusieurs années, vient tout juste de recevoir un questionnaire de la part du comité d'inspection professionnelle de son ordre professionnel. Stylo à la main, elle commence sur-le-champ à répondre aux questions une à une. Embêtée quant à la réponse à apporter à la question numéro 7, Joannie décide de prendre une pause Facebook quelques minutes.

Une idée lui traverse alors l'esprit : pourquoi ne pas solliciter l'aide de ses amis virtuels, parmi lesquels comptent plusieurs collègues, pour répondre à la question ? Une fois la question transcrite textuellement, prête à être partagée sur son « mur Facebook », Joannie hésite à appuyer sur la touche « publier »...

La tentation de Joannie s'inscrit dans la récente tendance de partager tout et n'importe quoi sur les réseaux sociaux. En effet, en plus d'être un moyen de transmission d'informations et de communication, ces plateformes permettent d'échanger avec parents, amis et collègues en un seul clic. Toutefois, la virtualité et l'instantanéité de ces outils de communication laissent parfois faussement croire aux

utilisateurs que tout peut y être librement partagé. Or, cette accessibilité à l'information ne doit pas mener les professionnels à faire fi de leurs obligations déontologiques ou encore à mettre en péril la mission d'intérêt public dévolue à un ordre professionnel.

Dans le cas présent, il importe de rappeler que le questionnaire d'inspection professionnelle s'inscrit dans la tâche du comité de surveiller l'exercice de la profession par les membres de l'Ordre en s'assurant de la compétence professionnelle de chacun d'entre eux, telle que le prévoit l'art. 112 du *Code des professions*¹ :

112. *Le comité surveille l'exercice de la profession par les membres de l'ordre.*
[...]

À la demande du Conseil d'administration, le comité ou un de ses membres procède à une inspection portant sur la compétence professionnelle de tout membre de l'ordre; le comité ou un de ses membres peut aussi agir de sa propre initiative, à cet égard.

[...]



INSPECTION

Aspiration

VRAI OU FAUX?

Pour effectuer une aspiration endotrachéale chez un patient intubé dans le cadre d'une tournée ventilatoire, l'inhalothérapeute doit posséder une ordonnance individuelle ou collective?

VRAI. En effet, de par sa nature préjudiciable, l'aspiration, qu'elle soit nasotrachéale ou endotrachéale chez un patient intubé ou non, constitue une activité réservée soit: «introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle ou dans et au-delà du vestibule nasal». Cette activité englobe une très grande quantité de techniques et s'effectue selon une ordonnance individuelle ou collective.

Ce questionnaire permet en fait au comité de vérifier les connaissances des membres, lesquelles sont requises à un exercice de qualité de leur profession. L'objectif de cette procédure est ultimement la protection du public à laquelle doit impérativement veiller l'Ordre, conformément à l'article 23 du *Code des professions* :

23. *Chaque ordre a pour principale fonction d'assurer la protection du public.*

À cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres.

D'ailleurs, le fait de répondre au questionnaire d'inspection professionnelle constitue, au Québec, une obligation déontologique pour tout inhalothérapeute, tel qu'il appert de l'article 40 du *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, lequel se lit comme suit :

40. *L'inhalothérapeute doit répondre dans les plus brefs délais à toute correspondance provenant de l'Ordre, notamment à celle provenant du syndic de l'Ordre ou de l'un de ses adjoints, d'un expert que le syndic s'est adjoint, du comité d'inspection professionnelle ou de l'un de ses membres, d'un inspecteur, d'un enquêteur ou d'un expert de ce comité, quand l'un d'eux requiert des enseignements ou des explications sur toute matière relative à l'exercice de la profession.*

L'objectif de protection du public poursuivi par le comité est d'une telle importance que la loi prévoit, à l'article 114 du *Code des professions*, qu'il est formellement prohibé d'y faire entrave, et ce, de quelque façon que ce soit :

114. *Il est interdit d'entraver de quelque façon que ce soit un membre du comité, la personne responsable de l'inspection professionnelle nommée conformément à l'article 90, un inspecteur ou un expert, dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par le présent code, de le tromper par des réticences ou par de fausses déclarations, de refuser de lui fournir un renseignement ou document relatif à une inspection tenue en vertu du présent code ou de refuser de lui laisser prendre copie d'un tel document. [...]*

Or, le fait pour un inhalothérapeute de recourir aux médias sociaux afin d'inscrire dans le questionnaire une réponse issue non pas de ses connaissances et compétences personnelles, mais de celles d'un pair, contrevient à la loi en ce qu'il a pour effet d'entraver le comité dans l'exercice de ses fonctions. En effet, en demandant la réponse d'une question contenue au questionnaire, Joannie empêche le comité de s'assurer qu'elle est personnellement compétente à exercer son rôle d'inhalothérapeute de façon adéquate. Constituant une entrave au travail du comité, un tel comportement pourrait même la mener à faire l'objet d'une plainte disciplinaire de la part du syndic de l'Ordre et, le cas échéant, à être condamnée à une sanction disciplinaire.

Il importe également de mentionner que l'inhalothérapeute qui fournirait, à l'un de ses pairs, la réponse à une question d'inspection professionnelle nuirait tout autant au travail du comité. En effet, un tel agissement de la part de cet « ami Facebook » contribuerait à empêcher le comité de déceler une lacune dans les connaissances et compétences

professionnelles de Joannie, pouvant ainsi mettre en péril la protection du public. Ce faisant, il pourrait lui aussi s'exposer à une plainte du syndic pour entrave au travail du comité ainsi qu'à une sanction disciplinaire.

De plus, la véracité de ce que l'on retrouve sur le Web ne devant jamais être présumée, le risque pour Joannie d'obtenir une réponse totalement erronée est bien réel. Par son comportement, celle-ci court donc le risque de se faire induire en erreur quant à un aspect de la pratique de la profession que le comité a jugé primordial d'évaluer en l'introduisant dans son questionnaire d'inspection.

Force est donc de constater que Joannie devrait éviter de chercher à obtenir auprès d'un pair la réponse à la question contenue au questionnaire, que ce soit par l'intermédiaire des réseaux sociaux ou par tout autre moyen, d'autant plus que cela est proscrit par la loi.

L'inspection professionnelle, dont l'exigence de répondre personnellement à un questionnaire, a un rôle éducatif et préventif. Elle devrait donc être perçue par Joannie comme une opportunité d'évaluer l'état de ses connaissances, de parfaire la qualité de son exercice de la profession et de prévenir des incidents qui auraient pu être évités. C'est ultimement la protection du public qui est en jeu!

1 Chapitre C-26, a. 87.

2 Chapitre C-26, r. 140.



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

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**

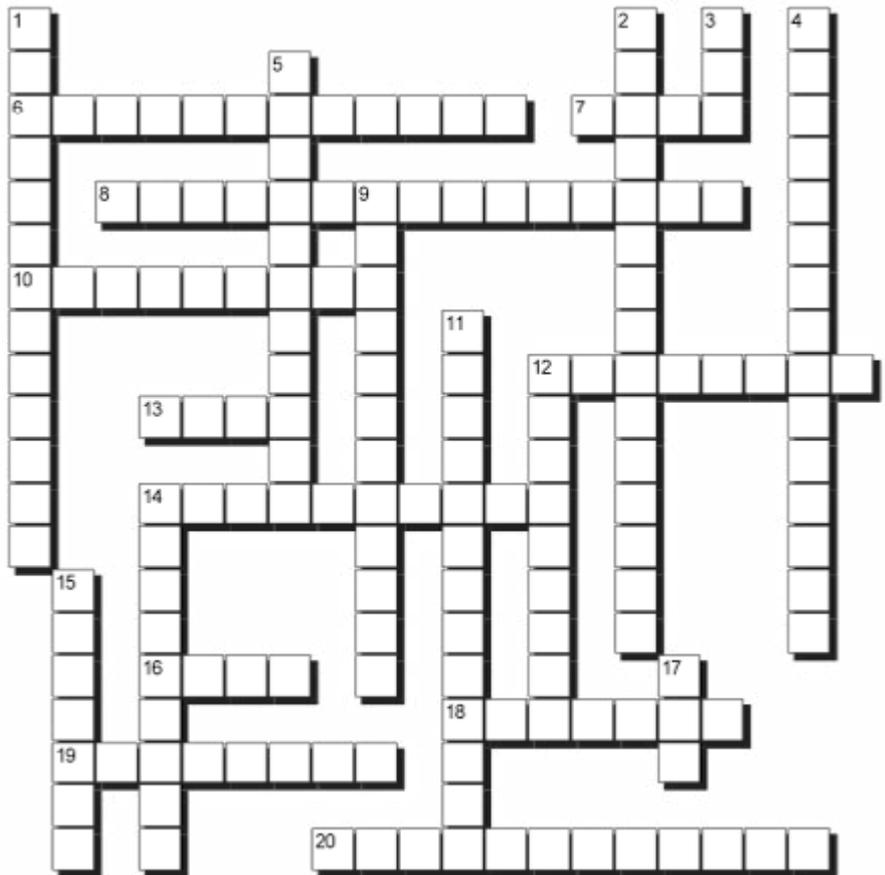
L'ORDRE Y ÉTAIT

- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) :
 - colloque du Forum des syndicats ;
 - comité directeur du Forum des syndicats ;
 - formation sur les techniques d'entrevue (syndic), niveau 2 ;
 - réunion des présidents des ordres professionnels.
- Rencontre CMQ-OIIQ-OPIQ pour les lignes directrices en sédation-analgésie ;
- Rencontre avec la ministre de la Justice, Stéphanie Vallée ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/AGA/recontre régulière/comité des secrétaires généraux ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/recontre des présidents ;
- Ministère de l'Enseignement supérieur, Recherche et Science/recontre avec le ministre ;
- CQTS/réunion du C.A. ;
- Assemblée nationale ;
- Table des directions des services multidisciplinaires des CSSS.

L'anesthésie intraveineuse totale

L'anesthésie intraveineuse totale (TIVA en anglais), une anesthésie des plus contemporaines! Cet entrecroisé a été fait à partir des textes de la revue portant sur ce sujet.

Bon entrecroisé!



Horizontalement

- 6 Le propofol est reconnu pour cette propriété qui empêche l'apparition de cet effet secondaire désagréable en période postopératoire.
- 7 Syndrome de perfusion du propofol (*propofol infusion syndrome*).
- 8 Se dit de la protection des facultés cérébrales.
- 10 Benzodiazépine de courte demi-vie utilisée à l'induction de l'anesthésie.
- 12 Agent d'induction et d'entretien de l'anesthésie à court délai et courte durée d'action. Son injection est douloureuse en l'absence d'ajout de lidocaïne.
- 13 Neuropathie optique ischémique antérieure.
- 14 Opiode dont le blocage du système nerveux autonome est puissant, reconnu pour maintenir une stabilité des paramètres hémodynamiques.
- 16 *Total intravenous anesthesia*.
- 18 Diminution ou perte de la mémoire.
- 19 Opiode utilisé tant en contexte d'anesthésie, d'analgésie-sédation et de contrôle de la douleur dont la puissance relative est de 50 à 100 fois plus élevée que celle de la morphine.
- 20 Elle est maligne et fait en sorte que la TIVA devient un choix d'anesthésie à considérer.

Verticalement

- 1 Destruction du muscle strié. Complication diminuée par l'utilisation de la TIVA en présence de certaines maladies neuromusculaires.
- 2 Condition cardiaque où la TIVA doit être utilisée avec prudence en raison de la dépression myocardique de certains médicaments employés.
- 3 Moniteur fournissant l'index bispectral.
- 4 Sédatif reconnu pour son faible risque de dépression respiratoire.
- 5 Agent volatil dont l'utilisation peut augmenter le risque de convulsions chez les enfants.
- 9 Opiode de durée d'action ultracourte et qui est métabolisé par les estérases sanguines et tissulaires.
- 11 Complication des voies aériennes souvent observée chez les enfants et dont l'incidence est largement réduite lors de l'emploi de la TIVA.
- 12 Elle est diminuée parce que l'emploi des agents volatils anesthésiques est évité.
- 14 Se dit du type de respiration qui peut être maintenue durant une TIVA.
- 15 Combinaison de propofol et de kétamine permettant d'atteindre une valeur de BIS de 40 plus rapidement.
- 17 Pression intraoculaire.

Solution à la page 45
commentaires elaine.pare@opiq.qc.ca



QUESTIONNAIRE

Questions relatives aux textes

Anesthésie intraveineuse totale (total intravenous anesthesia [TIVA]) en pages 8-11;
Avantages de l'anesthésie intraveineuse totale (TIVA) en pages 14-21.

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

Quel est le médicament qui sert de base à l'anesthésie totale intraveineuse ?

- a) L'atracurium
- b) Le midazolam
- c) Le fentanyl
- d) Le propofol

02

Pourquoi utiliser la règle 10-8-6 pour l'administration du propofol en TIVA ?

- a) Maintenir la respiration spontanée
- b) Maintenir une bonne concentration plasmatique
- c) Maintenir un BIS élevé
- d) Éviter la douleur à l'induction

03

Quels mécanismes militent en faveur d'une anesthésie TIVA pour une chirurgie du poumon ?

- a) La bronchodilatation
- b) Le maintien du mécanisme de vasoconstriction pulmonaire hypoxique
- c) Moins de toux au réveil
- d) Moins d'instabilité hémodynamique à l'émergence
- e) Aucune de ces réponses
- f) Toutes ces réponses

04

Lequel de ces agents a une plus grande incidence sur le délire d'émergence chez les enfants de 2 à 6 ans ?

- a) Desflurane
- b) Isoflurane
- c) Enflurane
- d) Sevoflurane

05

En présence d'un corps étranger inhalé, pourquoi est-il préférable de maintenir une ventilation spontanée lors de l'anesthésie ?

1. Empêcher l'hyperinflation
2. Empêcher le barotraumatisme ipsilatéral
3. Maximiser le rapport ventilation/perfusion
4. Empêcher le déplacement du corps étranger

- a) 1, 2 et 3
- b) 1 et 3
- c) 2 et 4
- d) 4 seulement
- e) 1, 2, 3 et 4

06

VRAI ou FAUX
L'effet neuroprotecteur du propofol réduit l'incidence du délire d'émergence.

07

VRAI ou FAUX
La TIVA empêche le délire d'émergence, même si l'induction est faite avec le sevoflurane.

08

VRAI ou FAUX
L'utilisation d'un moniteur de l'index bispectral couplée au titrage de propofol a démontré une réduction du temps de rétablissement de 60 %.

09

VRAI ou FAUX
Le risque d'éveil pendant l'anesthésie pédiatrique est inférieur avec la TIVA comparée à l'anesthésie avec inhalation de gaz.

10

VRAI ou FAUX
Le propofol émousse la réponse des chémorécepteurs à PaO₂.



Calendrier des événements

- 1 [Salon Emploi de la santé et des services sociaux](#), 8 et 9 avril 2015, Palais des congrès, Montréal
- 2 [9^e colloque des services respiratoires du CHU de Québec](#), le samedi 18 avril 2015
- 3 [Jour de la Terre](#), le 22 avril 2015
- 4 [Congrès canadien sur la santé respiratoire](#), Ottawa, 23 au 25 avril 2015
- 5 Journée de l'inhalothérapeute, le 19 mai 2015
- 6 [Mise à jour de McGill en anesthésie pour inhalothérapeutes](#), cours dédié à la mémoire du Dr Richard Wabah, le 23 mai 2015
- 7 [55th Annual McGill Anesthesia Update](#), les 23 et 24 mai 2015
- 8 [Congrès éducatif et salon professionnel 2015 de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires](#), en collaboration avec CARTA, Hôtel Hyatt Regency, Calgary, du 21 au 24 mai 2015
- 9 Journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2015
- 10 [Formation RQAM en asthme ou MPOC](#): 3, 4 et 5 juin 2015 à Québec et 14, 15 et 16 octobre à Montréal
- 11 Semaine de l'inhalothérapeute, du 25 au 31 octobre 2015
- 12 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 25 au 31 octobre 2015
- 13 41^e congrès de l'OPIQ, Fairmont Le Château Frontenac à Québec, les 6 et 7 novembre 2015

Le saviez-vous ?

Il est maintenant possible de vous inscrire à un microprogramme de l'Université de Sherbrooke sur la gestion de la douleur.

[Les détails ici](#)

Solution de l'entrecroisé



Formation continue

Guide de pratique clinique

Nouveauté!

Parler, écouter et écrire: l'art de communiquer en santé

Considérant que la communication est l'outil de travail principal de l'intervenant en santé (Lussier et Richard, 2005) et que l'Institut canadien pour la sécurité des patients a identifié la communication efficace comme l'un des éléments de renforcement pour la sécurité des patients (ICSP, 2008), l'OPIQ vous présente son guide de pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes!

Au menu

1. Communication inhalothérapeute – patient

- Étiquette (règles générales de bonnes pratiques cliniques et de conversation sociale)
- Communication (verbale et non verbale)
- Écoute active

2. Communication en santé

- Littérature en santé
- Internet en santé

3. Communication et adhésion thérapeutique

- Éducation thérapeutique du patient
- Entretien motivationnel

Le document est offert gratuitement en format PDF navigable pour les membres de l'Ordre. De même, il est possible de remplir un questionnaire en ligne aux fins de formation continue (3 h). Des frais de 30 \$ s'appliquent.



Trois nouvelles activités de formation

- **OPIQ-804**: *Introduction to High Flow Oxygen Therapy*. Narration par Linda Lévesque, inh., Jewish General Hospital-SMBD
- **OPIQ-805**: *Introduction à l'oxygénothérapie à haut débit*. Narration par Linda Lévesque, inh., Hôpital général juif-SMBD
- **OPIQ-806**: *Asynchronies « patient-ventilateur »*. Auteur: Stéphane Delisle, Ph. D., FCSRT, FCCM.

Surveillez le bulletin mensuel *l'Ordonnée* pour connaître les nouvelles activités de formation du [campus OPIQ](#). Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ:

- [Activités de formation externes à l'OPIQ](#).

Psitt!

Ultibro^{MD} Breezhaler^{MD} (maléate d'indacatérol et bromure de glycopyrronium) figure depuis le 2 février sur la Liste des médicaments d'exception de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour le traitement des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un BALA depuis au moins trois mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

Mise à jour

Dans la dernière édition de la revue *l'inhalo* (vol. 31, n° 4), l'hyperlien a été mis à jour en page 15.