



Inhalo

janvier 2016

DOSSIER

BED REST AND EARLY MOBILIZATION MODERN ADVICE AND BEST PRACTICE

LECTURE D'UN ARTICLE DE RECHERCHE : MODE D'EMPLOI

La capnographie en temps réel au bout des doigts

Capnographe petit et portable avec un capnogramme lisible et continu des valeurs de dioxyde de carbone (CO₂)



EMMA™ est un capnographe complet qui ne requiert pratiquement aucun délai de préchauffage ni aucune calibration de routine.¹ EMMA fournit le dioxyde de carbone en fin d'expiration (EtCO₂) et la fréquence de respiration, et peut être utilisé dans de nombreux environnements, dont le pré-hospitalier, la médecine d'urgence, le bloc opératoire, les unités de soins intensifs et les soins de longue durée.



EMMA peut être utilisé avec un circuit respiratoire pour fournir des mesures de CO₂

www.masimo.com - 888-336-0043

© Masimo, 2015. Tous droits réservés.

¹ Pour les spécifications complètes, y compris les mesures, voir le manuel de l'opérateur.

Pour un usage professionnel. Voir le mode d'emploi pour obtenir des informations de prescriptions complètes, dont des indications, contre-indications, avertissements et précautions.

The Masimo logo, featuring a red stylized 'M' icon followed by the word 'MASIMO' in a bold, black, sans-serif font.



Des mots à retenir

Plusieurs d'entre vous assistaient au congrès les 6 et 7 novembre dernier. Ce rendez-vous annuel représente, pour moi, l'équipe de la permanence et les administrateurs, un moment privilégié de partage et d'échanges avec vous. C'est aussi une occasion de nous ressourcer comme professionnel auprès de nos collègues et exposants.

Et la plupart d'entre nous en reviennent avec un petit quelque chose : une énergie renouvelée, une idée à partager avec ses pairs, de nouvelles façons de faire à importer et à implanter dans son milieu de travail, une nouvelle technologie à essayer, des projets de collaboration, etc.

Pour ma part, j'ai retenu quelques mots clés prononcés par nos conférenciers qui, en ce 30^e anniversaire de la reconnaissance professionnelle des inhalothérapeutes, définissent la signification et surtout la portée d'être un professionnel ! Je les partage avec vous espérant qu'ils vous inspirent aussi et trouvent écho dans votre pratique quotidienne auprès de vos patients et de vos collègues.

Rigueur, intégrité, responsabilisation, compétences, imputabilité, altruisme, dévouement, équipe, respect, communication, écoute active, jugement, engagement, apprentissage continu, proactif, empathie, confidentialité, professionnalisme, fierté, honneur, collaboration interprofessionnelle.

Bref, pour reprendre les paroles du docteur Yves Robert, secrétaire général au Collège des médecins : « Le port de la tête est obligatoire ! » Gardez-la haute et soyez fiers du chemin parcouru depuis 30 ans !

Et essayons de ne pas la perdre pendant le temps des fêtes !

Je vous souhaite un beau Noël entouré des gens que vous aimez et une année 2016 époustouflante ! ❄️

Josée Prud'Homme



Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3	Profession : inhalothérapeute	16
Avant-propos	4	À l'avant-scène	17
Mot du président	6	Actualités	
Dossier		Petite histoire d'une pub drôlement bien pensée !	18
Bed Rest and Early Mobilization, Modern Advice and Best Practice	8	Lecture d'un article scientifique : mode d'emploi (2^e partie)	24
Cessation tabagique		Finances	28
Cesser de fumer, le défi de toute une vie !	14	Babillard	30
Semaine pour une Québec sans tabac 2016	15	Questionnaires	32-33



sommaire



AVANT-PROPOS

Bon an, mal an à travers le monde, après avoir survécu à une maladie grave, des millions de patients reçoivent leur congé de l'hôpital. Les séquelles associées à un séjour dans une unité de soins intensifs et à un alitement prolongé peuvent être nombreuses et varient en fonction de la cause et de la sévérité de l'atteinte. Parfois, elles persistent au-delà du congé et retardent le rétablissement à long terme. Des études ont en effet démontré qu'après une maladie grave certains patients éprouvent un important dysfonctionnement neuromusculaire en raison de l'alitement prolongé. La faiblesse ou la perte musculaire, de même qu'une lésion nerveuse entraînent ce qu'on appelle le syndrome de faiblesse acquise aux soins intensifs. Ce dernier peut apparaître aussi tôt que 24 heures après l'admission aux S.I. À long terme, cette pathologie engendre de lourdes limitations fonctionnelles chez les patients et des coûts importants pour le système de santé. L'article du dossier, signé par une professeure du Cégep Vanier, explique les bénéfices d'une mobilisation précoce aux soins intensifs, même (et surtout!) pour les patients sous ventilation artificielle.

Dans cette édition se trouve aussi (p. 24-26) la 2^e partie de notre série sur la lecture d'un article scientifique, débutée dans la revue d'octobre. Un questionnaire de formation continue en est de plus tiré, puisque l'article du dossier est en anglais.

L'adoption à l'unanimité, le 26 novembre dernier, de la *Loi* visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, a été applaudie par tous les groupes de santé (lire le [communiqué de presse de l'OPIQ](#)). Et pour cause, alors que l'on connaît maintenant tous les effets néfastes du tabac sur la santé. Elle a aussi inspiré la rétrospective à travers les années (p. 18-23) des différentes campagnes publicitaires sur le tabac, prônant tantôt la consommation, tantôt la cessation!

En cette période de réjouissance, je vous offre de chaleureux souhaits de santé, bonheur et réussite personnelle et professionnelle. De très joyeuses fêtes! ❄️

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., Sylviane Landry, 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.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Laurier Boucher, Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, 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

Jean-Pierre Tremblay

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 Tétrault, 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

Adjointe administrative au Tableau des membres

Catherine Larocque

Syndic

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

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh., réd. a.

Collaborateurs

Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., Sandra Di Palma, inh., Melanie Freitas, inh., M^e Andrée Lacoursière, Elaine Paré, inh., Ph. D., Daniel Smith, inh., Marise Tétrault, inh., M.A.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2016

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.



Canule d'aspiration sous-glottique



Canule standard



Canule de phonation Blom®



LPV™

Un seul système. De multiples usages.

Le système de tube de trachéostomie Blom® de Pulmodyne comprend diverses canules internes exclusives, notamment une canule d'aspiration sous-glottique jetable; une canule de phonation permettant de parler, de déglutir et de tousser lorsque le gonflage du ballonnet est maintenu; et une valve de phonation extra-plate (LPV™) permettant aux patients qui respirent spontanément de communiquer.

Distribué au Canada exclusivement par
Cardinal Health Canada

Système de tube de trachéotomie Blom®

Pulmodyne®



Distribué par



CardinalHealth

Pour en savoir plus ou pour commander, appelez dès maintenant votre représentant des ventes de Cardinal Health Canada au **1.888.291.5033**.

Tous droits réservés. CARDINAL HEALTH et le logo Cardinal Health sont des marques de commerce ou des marques déposées de Cardinal Health. Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif.

cardinalhealth.ca



MOT DU PRÉSIDENT

Les portes de l'avenir sont ouvertes à ceux qui savent les pousser.

Coluche

Notre rendez-vous automnal annuel derrière nous, j'aimerais en remercier tous les artisans : l'équipe de la permanence qui réussit encore à nous surprendre ; les conférenciers et conférencières pour leur implication et leur générosité dans le partage de leur savoir ; les nombreux exposants présents chaque année et, finalement, tous les inhalothérapeutes qui viennent des quatre coins du Québec pour y assister et sans qui l'événement ne connaîtrait pas un tel succès.

C'est aussi lors de ce congrès que les membres du conseil d'administration m'ont fait l'insigne honneur de me reconduire à la présidence pour quatre ans. Je les remercie de m'accorder à nouveau leur confiance et je m'engage à prendre tous les moyens nécessaires à la réalisation de mon mandat et contribuer ainsi à assurer la protection du public. Sachez, chers collègues, que j'éprouve une grande fierté d'être à la tête de notre organisation, car je crois en sa mission et à l'importance du rôle des inhalothérapeutes dans notre société.

Et, question de partir sur des bases solides, quelle meilleure façon de commencer un nouveau mandat qu'un exercice de planification stratégique ! Celle-ci permet à l'Ordre de déterminer les principaux enjeux auxquels l'organisation fait face, les orientations stratégiques, les objectifs et les axes d'intervention retenus pour les cinq prochaines années, les modalités proposées pour y arriver et les résultats attendus au terme de la période couverte par le plan. Le plan stratégique sert un peu de carte routière pour mener la stratégie à bonne fin et atteindre des résultats à moyen et plus long terme.

Vous le savez, vous le constatez dans votre pratique quotidienne, la profession évolue à une vitesse vertigineuse. Les nouveaux horizons professionnels ont nécessité que l'OPIQ investisse temps et efforts dans trois dossiers majeurs : l'obtention de l'activité d'évaluation, le retour d'un examen professionnel et le rehaussement de la formation initiale à un niveau universitaire. L'aboutissement de ces dossiers demeure prioritaire pour nous et nous continuerons d'y travailler.

Les résultats de cet exercice de planification stratégique seront connus au printemps prochain. Je vous annonce par ailleurs que la directrice générale et moi-même irons à votre rencontre en 2016, à la faveur d'une tournée provinciale, pour échanger sur les orientations et stratégies retenues.

En cette période effervescente des fêtes, je vous offre mes meilleurs vœux pour la future année et la souhaite remplie de belles réalisations professionnelles. ❄️



Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial
Président



Banque Nationale	29
Cardinal Health Canada	5
CAREstream	15





A WORD FROM THE **PRESIDENT**

The doors to the future are open to those who know how to push them.

Coluche

With our fall meeting behind us, I would like to thank all of its artisans : the permanent staff who are still able to surprise us ; the guest speakers for their involvement and their generosity in sharing their knowledge ; the many exhibitors who are there every year and, finally, every respiratory therapist coming from all around the province to attend our convention and without whom this event would not be so successful.

It is also during this convention that the members of the board of directors gave me the great honour of renewing my tenure as president for another four years. I thank them for granting me their trust once again and I pledge to take every means necessary to honour my mandate and thus contribute in ensuring the protection of the public. Please know, dear colleagues, that I am proud to head our organization because I believe in its mission and in the importance of the role played by respiratory therapists in our society.

And, to start on solid ground, what better way to begin a new mandate than with a strategic planning exercise ! It helps to determine the stakes the Ordre is up against, the strategic direction, the objectives and lines of intervention to be considered over the next five years, the terms proposed to achieve them and the expected results at the end of the exercise's time span. The strategic planning is used as a road map to lead the strategy to a successful conclusion and to achieve mid to long-term results.

You know it, you see it in your daily practice, the profession is evolving at breathtaking speed. New professional horizons have lead the OPIQ to invest time and efforts on three major issues : obtaining the assessment activity, bringing back the professional exam and enhancing initial training to university level grade. The resolution of these issues remains a priority for us and we will continue to work on them.

The results of this strategic planning exercise will be known next spring. Furthermore, I inform you that the general manager and I will come and meet you in 2016, throughout the province, for an exchange on the directions and strategies we are considering.

In this effervescent holiday season, I offer you my best wishes for the upcoming year and I hope that it will be full of great professional achievements. ❄️



Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial
President



Masimo	2
RIIRS	13
UQAT	27

index des annonceurs

compétence

10

Bed Rest and Early Mobilization, Modern Advice and Best Practice

by **Melanie Freitas**, RRT
(Vanier College teacher and Respiratory therapist at the Jewish General Hospital).

NDLR La version française de cet article sera publiée dans une prochaine édition.



Primum Non Nocere

We have all heard the saying: “Not feeling well? You should stay in bed and rest.” Bed rest, for decades, had been the first line of treatment for patients young and old with acute or chronic illnesses. Even Hippocrates, considered by many to be “the father of medicine” had said: “In every movement of the body, whenever one begins to endure pain, it will be relieved by rest.”

An 18th century English obstetrician, Charles White, in his treatise “Arrest of Puerperal Fever” suggested that immediately after delivery, women should be in an upright position as soon as possible and out of bed no later than two days after childbirth. This new way of thinking did not last and physicians went back to prescribing bed rest as part of many treatment regimens. As time passed, the medical community began seeing the detrimental effects of bed rest.

Primum Non Nocere

Nous avons tous entendu l’adage: *Vous ne vous sentez pas bien? Vous devriez rester au lit et vous reposer.* Depuis des décennies, le repos au lit a été la première ligne de traitement pour les patients, jeunes et vieux, souffrant de maladies aiguës ou chroniques. Même Hippocrate, considéré par plusieurs comme le « père de la médecine » a dit: *Pour tous les mouvements du corps lorsque l’on commence à supporter la douleur, elle sera soulagée par le repos.*

Charles White, obstétricien anglais du XVIII^e siècle, dans son traité « L’arrêt de la fièvre puerpérale », suggère qu’immédiatement après l’accouchement, les femmes devraient se tenir debout dès que possible et hors du lit au plus tard deux jours après avoir accouché. Cette nouvelle façon de penser n’a pas duré et les médecins sont revenus à prescrire le repos au lit parmi les régimes de traitement. Au fil du temps, la communauté médicale a commencé à voir les effets nuisibles du repos au lit.

WWII & Baby Boom

Pregnancy was one of the earliest risk factors for developing a venous thrombosis (VT) which some physicians believed was a contagious disease until Virchow (1856) declared that its etiology was due to three major causes: (1) damage to the vessels (2) blood composition changes, and (3) a slowing down of the bloodstream. Even with the discovery that stasis of blood flow promoted blood clot formation, early ambulation was not widely accepted until the Second World War brought an extreme shortage of hospital beds and the need for an early discharge of patients. During that time, women were encouraged to get up and move as soon as possible post-childbirth so that they could be sent home early since there was a shortage of beds, an increased number of women themselves readying to give birth, and the ever-present risk of frequent bombings. Even though physicians noticed an absence of adverse effects related to early mobilization, it was still uncommon for hospitals to adopt such a regimen. In fact, the *Journal of the American Medical Association (JAMA)* during that period continued to recommend that hospitals discharge patients only after their seventh or eighth hospital day.

Today, early ambulation has been shown to be beneficial and clinically necessary in the rehabilitation of the critically ill patient.

Systemic Effects

Modern medicine is now aware that prolonged bed rest can have detrimental effects on the body which can then delay the patient's recovery and possible discharge from the hospital. Continued immobility may have significant physiological effects and is known to impact the cardiovascular, respiratory, skeletal, muscular, endocrine, and central nervous systems as well as lead to changes in blood and body composition.

Muscle weakness

Our muscles are rapidly affected by prolonged bed rest especially those that play a role in keeping us upright such as the ones in the neck, abdomen, lower back, thigh, buttock, and calf. Disuse of these muscles in a critically ill patient leads to atrophy and a high risk of developing ICU-acquired weakness. We know that medication, deep sedation, systemic inflammatory responses, and electrolyte imbalances often lead to ICU-acquired weakness but we now recognize that immobility increases this risk which then poses a challenge when attempting to wean these same patients from mechanical ventilation.

Cardiovascular function

The cardiovascular system is impacted by orthostatic pressure intolerance during bed rest which results in a decreased stroke volume once the patient stands up due to pooling of venous blood in the extremities. A decrease in stroke volume will in turn affect heart rate and cardiac output. The main cause for decreased stroke volume in bed-ridden patients is due to a decrease in preload secondary to a decrease in plasma volume. Oxygen consumption (VO_2) is a measurement of the volume of oxygen that the body uses up to convert to adenosine triphosphate (ATP) which is used at the cellular level. VO_2 and VO_{2max}



are important when discussing exercise because ATP is the energy source that allows you to continue using your muscles during exercise.

Maximal oxygen consumption (VO_{2max}) has been used to evaluate cardiovascular function. There are three factors that affect VO_{2max} :

1. cardiac output;
2. oxygen-carrying capacity of the blood;
3. the ability of the muscles to use oxygen.

Patients that have had prolonged bed rest will have a decrease in VO_{2max} due to:

1. a decreased cardiac output secondary to decreased preload;
2. decrease production of red blood cells (RBC) due to bed rest;
3. loss of muscle mass.

« A study examining the risks and consequences to the mechanically ventilated patient during mobilization revealed that it was a safe and easy procedure to perform and did not result in any unplanned extubations. »



Respiratory

Every day, many of our ICU's mechanically ventilated patients are in the supine position. As RTs we know that the effort to breathe is much greater when supine versus an upright position.

- While **supine**, the diaphragm must force against our abdomen when taking a breath in due to gravity; this effect not only prevents our lungs from fully expanding due to a decreased FRC and lung compliance but also makes them prone to atelectasis. Generating sufficient cough force to clear secretions is more difficult when supine therefore increasing the risk of developing pneumonia and infection.

- When **upright**, gravity pulls the diaphragm down and allows the lung to fully expand without any effects on FRC and compliance.

The need for intubation and mechanical ventilation due to impending respiratory failure can be considered life threatening. The traditional management of this patient population is to sedate, immobilize and stabilize. A negative side-effect of such an approach has led to ICU-acquired weakness (ICU-AW). Studies evaluating this patient population found that these patients had a significant loss of muscle mass and persistent fatigue. In fact, even one year after their ICU stay, many of the younger patients were still unable to return to work due to the continued effects of ICU-AW.

The Literature

De Jonghe³ made a link between respiratory and skeletal muscle weakness and the maximum inspiratory pressure (MIP) measurement. Even though it is often used in the ICU to assess a patient's muscle strength, the drawback to performing a MIP is that both patient cooperation and effort are vital when seeking accurate measurements.

While using a pilot study to evaluate an early mobilization protocol,

Zomorodi⁶ summarizes how:

- de-conditioning can develop after only a few days of immobility¹⁵;
- critically ill patients who are mechanically ventilated can lose up to 25% of peripheral muscle weakness and up to 18% of body mass by the time they are discharged from the ICU¹⁵;
- loss of skeletal muscle mass is higher during the first 2-3 weeks of immobility of an extended ICU stay; patients confined to bed rest had a steady decline of their muscle mass at a rate of 1-1.5% per day up to 50% of total body mass within a 2-week period¹⁴ the major complication for critically ill patients surviving an ICU stay is muscle weakness and wasting which leads to persistent functional disability even after discharge.

A randomized study by **Burtin**¹⁶ exposed 90 ICU patients to 20 minutes of an ergometer workout as of Day 6 of their stay.

- At hospital discharge, more patients (73 vs. 55) in the treatment versus control group were able to walk independently and less likely to require outpatient rehabilitation (10% vs. 17%).

The Lancet published **Schweickert's**¹⁷ randomized and controlled trial which showed that physical exercise performed during an ICU patient's daily wake up and sedation interruption allowed patients in the treatment group to return to independent functional status (59% vs. 35%), have a shorter incidence of delirium (28% vs. 41%), and more ventilator-free days (3 vs. 6) than those in the standard care group.¹⁷

Understanding Risk and Implementing Change

Our society tends to dislike change. Even the medical community requires many years to accept and then implement revisions in practice. When introducing the topic of ambulating an ICU patient, the naysayer will deem it too risky due to the potential for losing IV access and/or airway compromise. There are several factors that make critically ill mechanically ventilated patients more difficult to ambulate.

- • •
 - Their body is attached to various life-saving devices : from the ventilator which is attached to their breathing tube to the infusion lines attached to intravenous catheters, there can also be chest tubes, intra-ventricular drains, and pacemakers that need to move as one with the patient.
 - Several kinds of monitoring equipment are also connected to the patient and need to be accounted for when mobilizing the patient out of his bed.
 - Some of these patients may be medicated to prevent them from pulling or removing the above-mentioned equipment and tubes ; these agents may prevent them from participating physically and emotionally when attempting to mobilize them.

All of these do pose a challenge for ambulation but it is still possible.

A study examining the risks and consequences to the mechanically ventilated patient during mobilization revealed that it was a safe and easy procedure to perform and did not result in any unplanned extubations. The article further explains that patients receiving early mobilization required fewer hospital days and were out of bed faster.¹⁰

After examining the negative effects of bed rest, there has been a shift in approach and a culture change in the ICU to rehabilitate the mechanically ventilated patient. Patients are no longer kept heavily sedated which allows them to participate in muscle-strengthening exercises and to generate a stronger cough which aids in clearance of their secretions.

Time to Get Out of Bed

The biggest challenge is deciding who can be ambulated and who should not ; this has required healthcare professionals to change their way of thinking. Today, there are few contraindications to ambulate a patient and the excuse of them being mechanically ventilated has been proven to no longer be a valid reason.

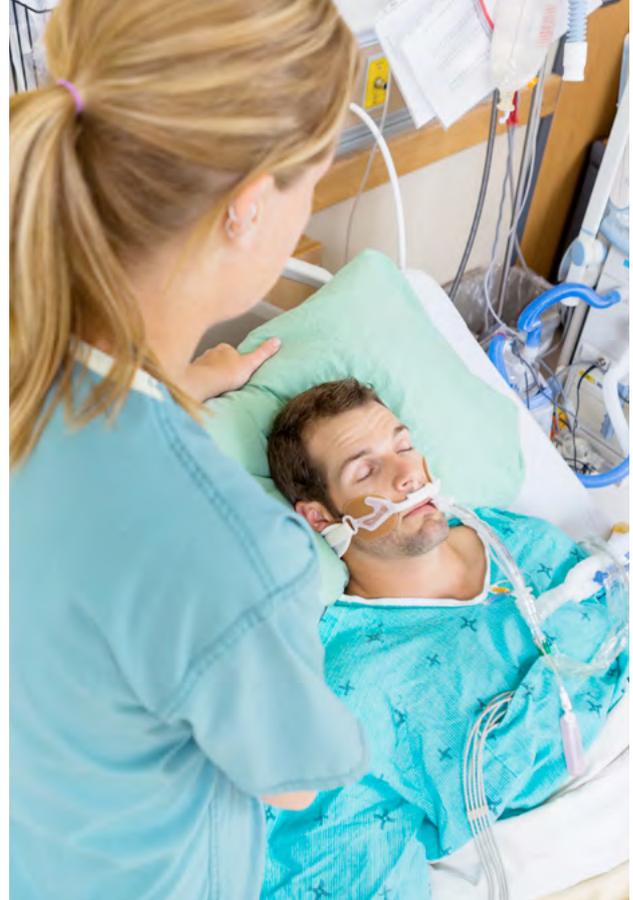
Protocols have been developed for early ambulation taking into account the hospital's reality along with their experience with ambulation. These protocols need to be open-ended so that the medical team of health care professionals can adjust and adapt the ambulation procedure to patients and staff with a variety of different needs. One constant is that all protocols employ the same foundation such as a frequent and regular assessment of the patient and his needs to be able to ambulate.

Multi-Disciplinary Team's Action Plan

Planning to ambulate the mechanically ventilated patient requires a multi-disciplinary approach.

A **nutritionist** will ensure that the patient is meeting the daily nutritional requirements in terms of proteins, carbohydrates and lipids to help maintain weight and lean body mass.

Once the nutritional needs are met, the **physiotherapist** will begin strengthening exercises with the patient. This regimen usually begins with the patient in bed performing passive range of motion exercises which eventually lead to an active range of motion exercises and strength training. This step is essential to the rehabilitation of the patient since prolonged bed rest leads to muscle atrophy. The physiotherapist will assess the patient's ability to stand on their feet on their own or with the



assistance of a walker. Once the patient's ability to bear their own weight has been achieved, the staff physician (MD) and RT will be informed.

The **MD** will determine if the patient's cardiorespiratory status is able to tolerate the exertion needed for ambulation as well as a disconnection of short duration from the ventilation which can occur; basically, the MD will assess the risk/benefit of ambulation at that time.

The **nurse** will confirm that the patient does not require excessive inotropic support and will maintain and assess the patient's vital signs ; she will also ensure that the patient is not on sedation and thus awake and alert to actively participate in ambulation.

The **RT** will assess the patient's respiratory status to ensure that he will be able to tolerate ambulation.

- The patient should require a **F_{IO₂}** ≤ 0.60 during rest since the increased metabolic demands during ambulation will require an increased oxygen delivery.
- **PEEP** should be ≤ 10 cmH₂O. A high level of PEEP will increase intrathoracic pressures and may impact venous return which will decrease preload and cardiac output. During ambulation, the patient's increased need for oxygen may not be met if the patient's cardiac status is unable to keep up with the uptake of oxygen. Secondly, due to the risk of disconnection from the ventilator, if the patient is dependent on high levels of PEEP to maintain the airways open, it could present an important risk during ambulation. The patient may also have an increased risk for developing a pneumothorax while on high levels of PEEP.
- The ideal **mode of ventilation** when ambulating the patient does not exist. If the patient is considered de-conditioned, the control mode of ventilation will be applied prior to ambulation to test tolerance and will remain on the same control mode throughout the exercise as well as a rest period after exercise. Otherwise, patients can remain on a spontaneous mode of ventilation such as pressure support ventilation (PSV) but at an increased level than when at rest.

- Closely monitoring the patient while he is walking is vital to ensure safety. The RT must continuously assess his respiratory status and tolerance throughout the exercise. Any significant changes in vital signs such as :
 - an increase/decrease in heart rate and/or blood pressure;
 - sustained oxygen de-saturation;
 - signs of respiratory distress such as excessive use of accessory muscles, paradoxical breathing, nasal flaring and diaphoresis.

If one or more of these changes continue for more than five minutes, even after changes in ventilation and a rest period, then ambulation should be terminated and the patient returned to his bed or chair via a wheelchair.

The process used must be documented so that future ambulation trials can use the same approach or be modified to achieve success.

Conclusion

No one ever thought that ambulating an intubated patient would become the norm in our ICU; it is a fairly new concept in the rehabilitation of a critically ill patient. What was once thought as being a challenge has been outweighed by the benefits of early mobilization. It is fast becoming a way of thinking that has evolved over time due to research data that has proven its simplicity and benefit.

When inpatients are asked what they would wish for, most will indicate that they just want to be able to get up and go home. Helping these patients, young and old,⁴ achieve the ability to stand and perhaps even walk away from their bed improves their morale, strengthens their muscles, improves their breathing and motivates them in their quest to return to their place of comfort, the home.

As respiratory therapists we can be an integral component in implementing early mobilization in our health care communities. As advocates for our patients, this should be our professional duty. ❁

Références

- 1 WIESKE, L., DETTLING-IHNENFELDT, D.S., VERHAMME, C. and *al.* 2015. Impact of ICU-acquired weakness on post-ICU physical functioning: a follow-up study. *Critical Care*; Apr 27; 19: (196).
- 2 CHANDRASHEKAR, R., PERME, C. 2009. Early Mobility and Walking Program for Patients in Intensive Care Units: Creating a Standard of Care. *American Journal of Critical Care*; 18: (212-221).
- 3 DE JONGHE, B., BASTUJI-GARIN, S., DURAND, M.C. and *al.* 2007. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. *Critical Care Medicine*; 35: (2007-2015).
- 4 HIDEKI, O., HIDEKI, K., MAKOTO, S. 2015. Effect of early mobilization on discharge disposition of mechanically ventilated patients. *J. Phys Ther Sci*; 27: (859-864).
- 5 THE TEAM STUDY INVESTIGATORS. 2015. Early Mobilization and Recovery in Mechanically Ventilated Patients in the ICU: A Bi-national, Multi-center, Prospective Cohort Study. *Critical Care*; 19: (81).
- 6 ZOMORODI, M., TOPLEY, D., MCANAW, M. 2012. Developing a Mobility Protocol for Early Mobilization of Patients in a Surgical/Trauma ICU. *Critical Care Research and Practice*; (1-10).
- 7 NEEDHAM, D.M. 2008. Mobilizing Patients in the Intensive Care Unit: Improving Neuromuscular Weakness and Physical Function. *JAMA*; 300(14): (1685-1690).
- 8 TOPP, R., DITMYER, M., KING, K., DOHERTY, K., HORNYAK, J. 2002. The effect of bed rest and potential prehabilitation on patients in the intensive care unit. *AACN Clinical Issues*; 13(2): (263-276).
- 9 CIRIO, S., PIAGGI, G.C., DE MATTIA, E., NAVA, S. 2003. Muscle Retraining in ICU patients. *Monaldi Arch Chest Dis*; 59(4): (300-303).
- 10 SCHWEICKERT, W.D., KRESS, J.P. 2011. Implementing Early Mobilization Interventions in Mechanically Ventilated Patients in the ICU. *CHEST*; 140(6): (1612-1617).
- 11 STUEMPFLE, K.J., DRURY, D.G. 2007. The Physiological Consequences of Bed Rest. *Journal of Exercise Physiology online*; 10(3): (32-41).
- 12 VAN STRALEN, K.J., TERVEER, E.M., DOGGEN, C.J.M., HELMERHORST, F.M., VANDENBROUKE, P. 2007. The tortuous history of the implementation of early ambulation after delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 100(2): (90-96).
- 13 TZANIS, G., VASILEIADIS, I., ZERVAKIS, D., and *al.* 2011. Maximum inspiratory pressure, a surrogate parameter for the assessment of ICU-acquired weakness. *BMC Anesthesiology*; 11: (14).
- 14 MORRIS, P.E. 2007. Moving our critically ill patients: mobility barriers and benefits. *Critical Care Clinics*; 23 (1): (1-20).
- 15 REID, C.L., CAMPBELL, I.T., LITTLE, R.A. 2004. Muscle wasting and energy balance in critical illness. *Clinical Nutrition*; 23(2): (273-280).
- 16 BURTIN, C., CLERCKX, B., ROBBEETS, C., and *al.* 2009. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical Care Medicine*; 37(9): (2499-2505).
- 17 SCHWEICKERT, W.D., POHLMAN, M.C., POHLMAN, A.S., and *al.* 2009. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*; 373(9678): (1874-1882).



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





Cesser de fumer, le défi de toute une vie!

Et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* est toujours là pour accompagner les fumeurs

Le tabagisme est une dépendance tant physique que psychologique, ce qui explique la difficulté d'arrêter de fumer, mais surtout, le besoin d'aide et d'accompagnement lors de cette démarche. Se défaire de cette habitude demande efforts et ténacité.

Dès le 28 décembre 2015, les fumeurs québécois pourront à nouveau rejoindre le populaire *Défi J'arrête, j'y gagne!* pour relever le défi de leur vie, celui d'arrêter de fumer! Avec près de 400 000 participants à son actif, la campagne demeure l'une des méthodes incontournables pour soutenir les fumeurs qui sont prêts à passer à l'action.

L'OPIQ, fier de s'associer à l'équipe du *Défi J'arrête, j'y gagne!* et ses partenaires, invitent, pour une 17^e année, tous les individus qui souhaitent cesser de fumer à y participer.

Le lancement officiel de la campagne et des inscriptions aura lieu le **28 décembre 2015**. Les inscriptions se poursuivront jusqu'au 1^{er} mars 2016 inclusivement.

La démarche

- Les fumeurs s'inscrivent à defitabac.ca et deviennent des participants officiels du *Défi J'arrête, j'y gagne!*
- Ils s'engagent à ne pas fumer pendant **6 semaines**, du **1^{er} mars au 11 avril 2016**.

- Ils peuvent relever le *Défi* en **solo**, avec l'aide d'un **parrain** ou d'une **marraine non-fumeurs** ou bien avec un **autre fumeur (coéquipier)** qui souhaite aussi arrêter.
- Les participants bénéficient d'un vaste éventail d'**outils d'accompagnement** exclusifs et gratuits, tels que le nouvel *Espace Défi* (dossier en ligne amélioré et personnalisé), la *Trousse d'aide Jean Coutu*, la série de courriels d'encouragement, l'application *SOS Défi*, les prix à gagner, etc.

Un allié important:

la ligne *J'Arrête*, pour du soutien téléphonique

Les intervenants de la ligne 1 866 jarrete (527-7383) de la Société canadienne du cancer en collaboration avec le MSSS jouent un rôle de soutien toujours aussi important auprès des participants du *Défi J'arrête, j'y gagne!* en leur proposant un accompagnement tout au long de leur démarche d'arrêt tabagique. Ils peuvent également venir en aide à l'inscription des personnes qui n'ont pas de service Internet à proximité. Ils sont la ressource idéale aussi pour diriger un participant vers un Centre d'abandon du tabagisme, accessible dans la majorité des régions du Québec. ❄️

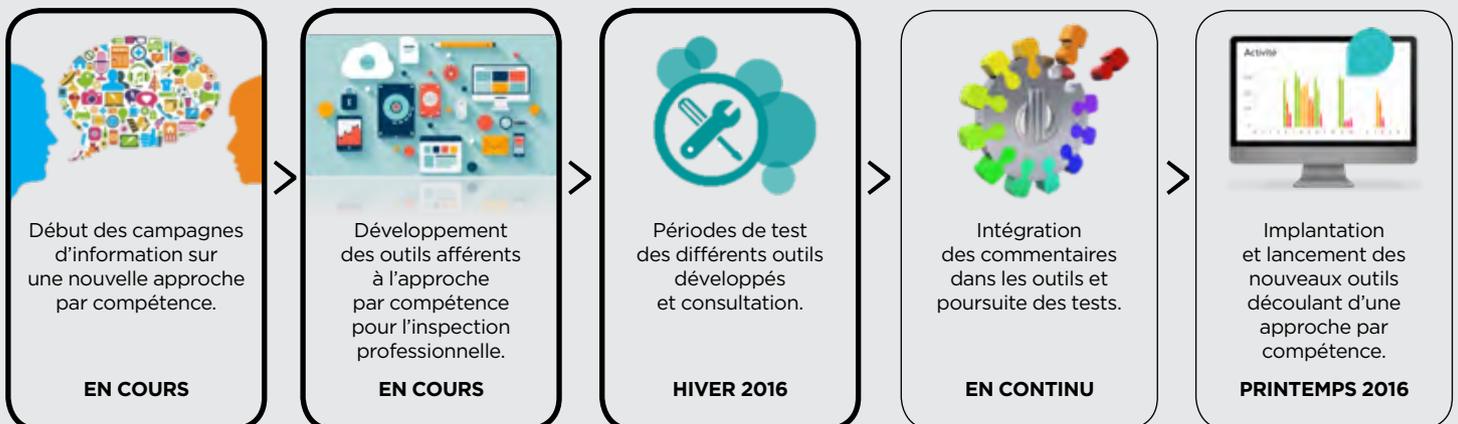
Pour commander du matériel promotionnel

Accédez au formulaire de commande en ligne à commande.capsana.ca

INSPECTION PROFESSIONNELLE

2016, l'OPIQ en route vers une approche par compétence

Dans les prochains mois, vous remarquerez une série de capsules visant à vous informer sur un nouveau virage qu'entreprend l'Ordre sur les plans de l'inspection professionnelle et du développement professionnel. Grâce aux pictogrammes illustrés ci-dessous, vous serez informés en continu à toutes les phases d'évolution du projet.



Semaine pour un Québec sans tabac 2016

Une campagne-choc pour faire réfléchir et passer à l'action



Du 17 au 23 janvier 2016, la **Semaine pour un Québec sans tabac** sensibilisera la population à la souffrance des personnes atteintes d'une maladie causée par leur consommation de tabac et à l'impact de cette maladie sur leur entourage. La campagne qui aura comme slogan **Fumer, souffrir, mourir** invitera également la population à agir concrètement pour réduire le tabagisme au Québec.

En plus d'être à l'origine de seize (16) types de cancer, le tabac est responsable de la majorité des cas d'emphysème et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Profitez de la **Semaine pour un Québec sans tabac** pour vous engager et contribuer à l'effort collectif pour la réduction du tabagisme dans notre province, où le tabac fait encore 10 400 décès évitables par année. Visitez le mondesansfume.ca afin d'en apprendre davantage sur cet important problème de santé publique et rejoignez la plus grande communauté Web engagée dans la lutte contre le tabagisme sur la page Facebook *Monde sans fumée*. Ensemble, refusons de laisser la souffrance liée au tabagisme bouleverser plus de vies!

Un témoignage émouvant

Michel Audette, porte-parole de la Semaine pour un Québec sans tabac 2016 a commencé à fumer à 13 ans. En 2011, à l'âge de 48 ans, il a reçu un diagnostic de cancer de l'oropharynx. « Quand je pense à tout ce que le cancer m'a enlevé, c'est sûr que c'est difficile. Aujourd'hui, je veux dire aux gens de ne jamais commencer à fumer. Et si vous fumez, arrêtez avant qu'il ne soit trop tard », conclut l'ex-électricien. ❁

Système Aerogen Pour une nébulisation supérieure et sécuritaire



CAREstream
Medical Ltd.



Module de contrôle

Ensemble pour nébulisation en continue



Facile

À usage unique
Fonctionnement silencieux

Efficace

Dose respirable de 15,5%
Faible volume résiduel
Administration ciblée des médicaments pour les voies respiratoires plus petites.

Flexible

Utilisation continue ou intermittente
Application en ventilation invasive et non-invasive
Traite tous les groupes de patients.

Compatibilité

HFOV, HFNC, NCPAP et NIV

Aider les patients à mieux respirer

Distribué par:



Carestream Medical est certifiée ISO: 13485 et ISO: 9001
Tél: 1 888 310 2186 Téléc: 1 888 310 2187
www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

DANIEL SMITH HONORÉ DU PRIX *MÉRITE DU CIQ* 2015

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



Dans l'ordre habituel: Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ, Daniel Smith, récipiendaire du prix *Mérite du CIQ 2015* et D^{re} Diane Legault, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec.

Reconnaissant sa contribution au développement et au rayonnement de notre profession, l'OPIQ a rendu hommage à monsieur Daniel Smith, le 8 novembre dernier, lors du banquet de clôture du congrès, en lui remettant le prix *Mérite du CIQ 2015*.

Diplômé du Collège de Rosemont en 1977, Daniel Smith a orienté sa pratique clinique dans le secteur des épreuves diagnostiques. Ayant à cœur le développement et la reconnaissance de la profession, il a toujours activement travaillé en ce sens et partagé son savoir avec tous.

Il occupait depuis 1998 le poste de coordonnateur en physiologie respiratoire du CHUM pour les trois centres hospitaliers affiliés. Il était aussi responsable de l'enseignement dans ce secteur d'activité depuis 1996 et il a collaboré à la revue professionnelle de l'OPIQ depuis ce jour (rédaction d'articles, alertes médicales, etc.). Soucieux de l'uniformité de la pratique clinique dans le secteur des épreuves diagnostiques, il a siégé au comité d'inspection professionnelle de 1999-2003. Parallèlement, il fut membre du comité des communications, de 1995 à 2000, puis en 2003.

Pour l'Ordre, et pour la communauté d'inhalothérapeutes, monsieur Smith constitue une référence dans son secteur d'expertise et c'est à ce titre qu'il collabore en 2000 à l'élaboration des normes de pratique en épreuves diagnostiques. À la même période, il participe au groupe de travail chargé de commenter la mise à jour du *Profil des compétences à l'entrée dans la pratique*. Quelques années plus tard, en 2005, reconnu pour ses efforts constants vers l'amélioration de l'exercice et la reconnaissance professionnelle, il participe, en qualité d'expert du secteur des épreuves diagnostiques, à l'élaboration de la définition de l'inhalothérapeute clinicien. À la demande du C.A., il s'agissait alors de définir avec justesse

et réalisme les qualités attendues, le rôle et les responsabilités de l'inhalothérapeute dans l'équipe interdisciplinaire. Cette définition allait, dès lors, orienter les activités de l'Ordre au regard de la protection du public, de la formation continue et des communications.

Curieux de nature et toujours à l'affût de nouvelles pratiques, il s'implique également à maintes reprises dans divers projets de recherches et études cliniques.

Ses qualités de pédagogue sont non seulement des plus appréciées, mais recherchées, d'abord par les étudiants en inhalothérapie qui ont croisé sa route au fil des ans, et par ses pairs. D'ailleurs, il a souvent été invité à présenter une conférence sur de nombreux sujets touchant les épreuves diagnostiques, dans le cadre du congrès annuel de l'Ordre. Ces présentations étant toujours un *happening*, l'OPIQ lui a remis une « carte chouchou » reconnaissant ainsi, entre autres choses, sa rigueur scientifique, ses talents d'orateur et sa capacité à captiver son auditoire !

J'ai le privilège de connaître Daniel depuis de nombreuses années. Il a toujours placé le patient au centre de sa pratique clinique et, par ses actions et son implication, il a été un ambassadeur hors pair pour la profession, qu'il a littéralement tatouée sur le cœur !

En lui décernant le prix *Mérite du CIQ 2015*, les administrateurs de l'Ordre et toute la communauté des inhalothérapeutes souhaitent ainsi saluer son professionnalisme et son leadership dans le secteur des épreuves diagnostiques. À l'aube de sa retraite, il s'agit d'un hommage légitime et largement mérité.

Félicitations Daniel!



À L'AVANT-SCÈNE

DANIEL SMITH

Cette chronique offre l'occasion, dans un format que nous désirons distrayant, de mieux connaître un pair, en l'occurrence le récipiendaire du prix Mérite du CIQ 2015.



Remerciements

J'ai eu le privilège d'exercer ma pratique professionnelle dans un contexte où l'on m'a inoculé le gène de la différence. Que j'étais différent et que je pouvais faire une différence. J'ai réalisé, à mes débuts comme inhalothérapeute, que ma profession et mon ordre professionnel étaient, tout comme moi, en mode « croissance ». Et c'est à partir d'une poignée de main, d'un mot d'encouragement et de cette confiance renouvelée que j'ai toujours tenté de faire une différence comme inhalothérapeute. Avec passion, énergie et conviction, je faisais partie intégrante du processus de reconnaissance de ma profession. Et, au fil du temps, j'ai repéré des allumeurs d'étincelle, que j'ai côtoyés durant mes 38 années de pratique clinique et qui m'ont légué des valeurs inestimables : respect, intégrité, passion, fierté, appartenances et amour de la profession.

Merci à vous à l'OPIQ, à mes amis et collègues, à mes patients et à tous ceux qui ont crû en moi. Vous êtes tous inscrits dans mon arbre généalogique professionnel. Je vous suis reconnaissant d'avoir croisé ma route et de m'avoir accompagné un moment. Le prix *Mérite du CIQ 2015* représente à mes yeux la reconnaissance ultime du devoir accompli. J'adresse un merci sincère à tous ceux qui ont contribué à ma nomination. Je souhaite partager ce sentiment de bonheur et de fierté avec tous mes collègues. Il est permis à chacun de nous, jeune ou moins jeune inhalothérapeute, de faire encore et toujours une différence.

Daniel Smith, inh.
Novembre 2015

Occupation : coordonnateur technique/clinique au laboratoire de physiologie respiratoire.

Âge : 60 ans (novembre 1968, faux certificat de naissance).

Lieu de travail : Centre hospitalier universitaire de Montréal pendant 38 ans (1977-2015).

Statut : célibataire (deux mariages désactivés).

Bu : bière de microbrasserie de préférence en fût, café, les bons vins.

Lu : article scientifique, roman policier de type série noire, biographie, bande dessinée.

Vu : téléphage de documentaire de voyages.

Voulu : voyage en Irlande.

Reçu (cadeau, conseil, etc.) : matériel photographique, soirée entre amis(es), ma « carte chouchou » au dernier congrès de l'OPIQ, prix *Mérite du CIQ 2015*

Sur une île déserte, vous apportez : mon harmonica.

Un voyage inoubliable : Hawaï.

Votre plus belle réussite personnelle : mes deux gars (24 et 34 ans) que j'adore !

Votre plus belle réussite professionnelle : mes présentations aux congrès de l'OPIQ.

Un remède quand tout semble difficile : relativiser les événements au plus simple dans ma douche.

Un objectif à atteindre : entretenir ma capacité d'émerveillement et mon sens de l'humour.

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes : croire en son potentiel, s'investir et repérer des leaders dans son entourage.

Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez : scénariste au cinéma ou Patch Adams !

Le bonheur pour vous, c'est quoi ?
D'avoir compris très tôt que « la vie est une chose trop importante pour être prise au sérieux ».



1988

Petite histoire d'une pub drôlement bien pensée!



par **Marise Tétréault**, inh. M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ.

Note de l'auteur

C'est sans autre prétention que celle de découvrir, se rappeler et se divertir, que j'ai écrit cet article non scientifique. Il s'intéresse exclusivement à la cigarette, il n'engage que mon opinion personnelle et il a été librement interprété et traduit.

Seuls quelques exemples de campagne publicitaire sont présentés. Vous êtes invité à consulter la superbe compilation suivante pour en connaître davantage sur les campagnes pour ou antitabac. Bonne lecture!



Base de données de l'École de médecine de Stanford

Depuis plus de deux siècles, les plus grands cigarettiers du monde ont rivalisé d'ingéniosité pour vanter les supposés mérites du tabac. Mais comment diable ont-ils réussi à faire l'apogée d'un produit qui se révèle aujourd'hui nocif et ultracritiqué ?

C'est avec cette question de départ que je vous propose un survol illustré, amusant et révélateur d'une riche histoire de campagnes publicitaires... parfois acharnées, parfois hilarantes et parfois malicieuses, mais drôlement bien pensées.

PROMOTION DU TABAC

Le XIX^e siècle s'étant démarqué par les progrès techniques et industriels, la publicité connaît un essor et le tabac fait son apparition dans quelques pubs. L'une des premières affiches promouvant le tabac est apparue vers 1800.

Un marketing astucieux

Vers la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, c'est l'apogée du tabac qui débute. Tous les arguments sont bons pour faire accepter un produit — pourtant nocif pour la santé — aux consommateurs. Pour illustrer ce propos, voici deux astuces pour le moins sournoises.

1. Faire approuver le tabac par le bon docteur... celui-là même en qui tous vouent une confiance aveugle pour les questions de santé. En voici quelques exemples :

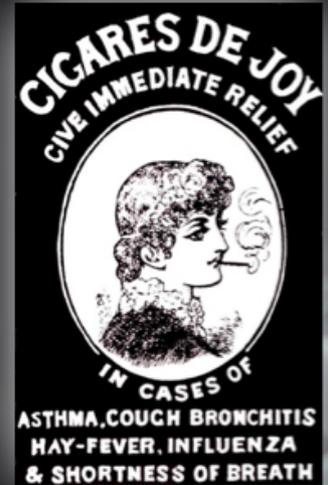
1881 > Dans cette campagne, on dit que fumer n'est pas mauvais. Au contraire, on recommande certains produits du tabac (p. ex. *Cigares de Joy*) comme remède pour « soulager » les cas d'asthme, de bronchite, de rhume des foins, d'influenza... et pourquoi pas la dyspnée! (Campagne [Medicinal cigarette](#))



vers 1800



1881



1932



1947



1932 > Inhalez-vous? Cette campagne nous apprend que 7 fumeurs sur 10 disent inhaler une partie de la fumée de cigarette, alors que les autres inhalent inconsciemment. Alors, autant s'assurer que ce que l'on respire est « pur et propre »... comme les cigarettes *Lucky Strike*, pour ne pas respirer d'impuretés. Ça coule de sens n'est-ce pas! (Campagne [For Your Health](#))

1947 > Ici, la cigarette fait l'objet d'une étude clinique et les médecins — spécialistes de la gorge — n'ont rapporté « aucun cas » d'irritation chez ceux qui ont fumé des cigarettes *Camel* pendant 30 jours. Une participante à l'étude précise même que faire le test a été vraiment plaisant, parce que chaque *Camel* avait tellement bon goût! (Campagne [Throat Doctors](#)).

1949 > Ah! et le bon docteur... quelle marque de cigarettes fume-t-il? (Vidéo: [Doctor's choice](#))

2. Miser sur l'effet du mimétisme en sollicitant les athlètes de renom et les vedettes du petit et du grand écran... car si c'est bon pour eux, c'est aussi bon pour nous! En voici quelques exemples.

1935 > Cette campagne nous propose de « suivre » (c.-à-d. faire comme) ceux que nous admirons. Suivons donc ces athlètes du baseball, de l'athlétisme, du plongeur, de la nage, de la raquette et du golf... et fumons, nous aussi, des cigarettes *Camel*! (Campagne [Olympics](#))

1937 > Dans cette campagne du fabricant de cigarettes *Old Gold*, un porte-parole c'est bien, mais deux c'est mieux! (Campagne [Couple & Cast](#))

1949





1935



1937

1948



1960



« En 2001, le Canada devient le premier pays à avoir des publicités illustrées et le premier à y consacrer une page entière et arrière du paquet (Soc...

1948 > Ici, c'est au tour d'une nageuse olympique de faire le test de 30 jours de *Camel*. D'invincue à convaincue... rien ne semble l'arrêter !

(Vidéo : [Publicité Camel par une nageuse olympique](#))

1960 > Ah ! Voilà que pour cette campagne, nos *Pierrafeu* préférés font la promotion du tabac. Décevant qu'ils n'allument pas leur cigarette *Winston* avec une pierre à feu !

(Vidéo : [Flinstones Winston cigarettes commercial](#))

Clientèles cibles

Parce qu'à une certaine époque, la cigarette était symboliquement consommée par les femmes (symbole de liberté, d'élégance, etc.) autant que les hommes (symbole d'autorité, de virilité, etc.), l'industrie du tabac ciblait donc tantôt l'un, tantôt l'autre... ou les deux. En voici trois exemples.

1931 > Dans cette campagne, on nous dit qu'en plus de soulager le mal de gorge, le fabricant des cigarettes *Old Gold* a aussi considéré l'haleine, les lèvres et les dents de ces dames fumeuses en leur offrant un produit de tabac « pur ». L'objectif ? Demeurer « embrassable » ! (Campagne [Keep kissable](#))

1950 > Cette campagne vise un public plus jeune. Elle nous montre cette jeunesse américaine : belle, heureuse, mature... et fumant des cigarettes *Chesterfield* ! (Campagne [Young smokers](#))

1969 > Imaginée au début des années 1960, cette campagne de l'homme *Marlboro* (*Marlboro Man*) et de son environnement (*Marlboro Country*) suggère un homme sérieux, fort, indépendant et sûr de lui (campagne [Marlboro Man](#)). Cette campagne fit appel à plusieurs acteurs pour promouvoir la marque jusqu'à la fin des années 1990. Fait inusité, voire évocateur, certains de ces acteurs auraient souffert de MPOC et seraient morts des suites d'un cancer de la gorge ou du poumon.

On ne peut que supposer que de telles stratégies de marketing ont eu un impact considérable sur la consommation de tabac, car à cette époque, la santé publique n'était pas une priorité aussi établie qu'aujourd'hui.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Passons la cigarette à tabac

Les années 1970 et subséquentes, sont tout aussi intéressantes pour la publicité... pour ou antitabac. Un virage santé s'installe visiblement en raison notamment du lien de cause à effet médicalement et scientifiquement reconnu entre le tabac et le cancer.

Voilà l'occasion de renverser le message... Place à l'apogée des campagnes antitabac !

... premier pays à exiger des mises en garde
... obligatoirement 50 % des faces avant
... (société canadienne du cancer). »



Synonyme de cancer et de dépendance (plutôt que de santé et de liberté), les athlètes (campagne [Poor performance](#)) et les personnalités publiques (campagne [De Facto 2015 – Une classe par jour](#)) sont invités à contribuer positivement et les professionnels de la santé se mobilisent (campagne [Advising doctors](#)). Eh oui, même le bon docteur change de camp... pour le mieux-être de la population !

De même, parce qu'aujourd'hui la publicité sensibilise et informe les populations quant aux effets néfastes du tabac, il importe de souligner toute la créativité dont font preuve les organisations et les agences de publicité pour construire des campagnes de promotion de la santé et de prévention de la maladie fort malines. À cet égard, en voici deux très éloquentes.

1988 > C'est à l'agence américaine *Asher & Partners* que l'on doit cette superbe reprise, quelque peu satirique, de l'homme *Marlboro* (*cowboy man*) qui dit à Bob que son poumon lui manque (*voir l'image au début de cet article*). (nelsdrums.com)

2015 > Cette dernière campagne de *Famille sans fumée* est tout simplement magnifique avec sa cible précise pour la santé des enfants.

1931



1950



1969



L'inhalothérapeute intervient auprès de ses patients fumeurs

Outil d'aide à la pratique

Autopsie d'une meurtrière

1. MERCURE (thermostatique), 2. CHLORURE DE VINYLE (utilisé dans les matières plastiques, diminution de la libido)
 3. BENTOPYRÈNE (), 4. MONOXYDE DE CARBONE (par élimination), 5. CADMIUM (utilisé dans les batteries)
 6. NICOTINE (utilisé comme herbicide et insecticide), 7. NAPHTALÈNE (antimoine), 8. DIMÉTHYLNITROSAMINE, 9. PYRÈNE ()
 10. MÉTHANOL (carburant pour fûts), 11. NAPHTHÉLANINE (), 12. ACÉTONE (dissolvant), 13. ACROLÉINE (utilisé dans les voies respiratoires)
 14. ACÉTALDÉHYDE (présent dans les fumées respiratoires), 15. ACIDE CYANHYDRIQUE (était employé dans les chambres à gaz), 16. TOLUÈNE ()
 17. AMMONIAC (détergent), 18. URÉTHANE (), 19. TOLUÈNE (utilisé industriellement), 20. ARSÈNE (poison violent), 21. DIMÉTHYLAMINE
 22. PHÉNOL, 23. BUTANE, 24. POLYVINYLE (), 25. STYRÈNE, 26. DDT (insecticide)
 27. COPOLYMER (les plus cancérigènes), 28. PLDM (résine et gaz d'échappement)
 () substances cancérigènes connues

L'OPIQ vous rappelle qu'un outil d'aide à la pratique est disponible aux inhalothérapeutes intervenant auprès de leurs patients fumeurs dans le but de les aider à cesser de fumer.

L'inhalothérapeute intervient auprès de ses patients fumeurs (2007)

Lecture complémentaire

Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac – OMS, 2005



2015

Voilà donc que l'on met fin à la publicité directe des produits du tabac (radio et télévision), que l'on oblige les fabricants à insérer une mise en garde (texte et image) contre les dangers du tabagisme sur l'emballage des paquets et qu'en définitive on interdira de fumer dans des lieux publics.

En 2001, le Canada devient le premier pays à exiger des mises en garde illustrées et le premier à y consacrer obligatoirement 50 % des faces avant et arrière du paquet (*Société canadienne du cancer*).

Lectures complémentaires

-  Exemples canadiens de mise en garde (reproduction non autorisée): étiquettes relatives à la santé pour les cigarettes et les petits cigares
-  Société canadienne du cancer: Historique de la lutte antitabac
-  La gang allumée: L'industrie du tabac et les dessous de son marketing



1998



2010

RÉPLIQUE DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Mais comment continuer de promouvoir un produit de consommation déclaré cancérigène que les autorités souhaitent bannir? Plusieurs tactiques sont mises en place. À titre d'exemple, insister sur le « plaisir » de fumer ou afficher avec désinvolture des éléments de « fraîcheur », de « pureté » et de « naturalité » aux publicités affichées... Parce que si c'est frais, pur et naturel, ça ne peut donc pas nuire à notre santé! Voici deux exemples illustrant bien l'une ou l'autre de ces stratégies.

1974 > « La cigarette *Salem* nous rafraîchit naturellement » suggère cette campagne ([Menthol Classics](#)).

1982 > « Après tout, si fumer n'est pas un plaisir, pourquoi fumer? » demande cette campagne ([Newport Teases Teen](#)).

La clientèle cible se précise

La cible des cigaretteurs a été repensée en raison d'une typologie du consommateur possiblement mieux définie. À titre d'exemple, soulignons cette campagne qui a su profiter de l'émancipation de la femme vers les années 1980 et qui présentait une cigarette s'étant modernisée, raffinée, amincie, qui s'est faite belle... comme la femme qui revient de loin (*You've come a long way, baby*) (campagne [Virginia Slim](#)).

Pour conclure en quelques mots cet article sans prétention, on constate que si le tabac a été un thème très présent dans la publicité du XX^e siècle, le message porté est pour sa part clairement passé de « recommandé pour votre bien-être » à « interdit pour le bien-être de tous », ce qui, à l'évidence, est beaucoup plus près de la réalité telle qu'on la connaît aujourd'hui!

Sur ces mots et ces images, je vous souhaite de joyeuses fêtes... sans fumée! ❄️



2015



1950



Références

- DE FACTO. *La vérité sans filtre*. [En ligne] [<http://www.defacto.ca>] (consulté le 28 novembre 2015).
- DIELMAN, N. (site Web personnel). 1998. *I miss my lung, Bob*. [En ligne] [<http://www.nelsdrums.com/work/bob-i-miss-my-lung/>] (consulté le 28 novembre 2015).
- FAMILLE SANS FUMÉE. [En ligne] [<http://famillesansfume.ca>] (consulté le 28 novembre 2015).
- GILLIS, R. et J. CLEGG. *The Wall Street Journal*. Updated May 9th, 2010 22 h 53 ET. [En ligne] [<http://www.wsj.com/articles/sb10001424052748703674704575234083089692088>] (consulté le 28 novembre 2015).
- LEROUX, C. Juin 1997. «It's The End Of The Trail For The Marlboro Man». *Chicago Tribune*. [En ligne] [http://articles.chicagotribune.com/1997-06-27/features/9706270121_1_marlboro-man-cowboy-philip-morris] (consulté le 28 novembre 2015).
- L'ÉVOLUTION DES CAMPAGNES PUBLICITAIRES SUR LE TABAC. [En ligne] [<http://tpe-tabacetpublicite.e-monsite.com>] (consulté le 28 novembre 2015).
- ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2007. *L'inhalothérapeute intervient auprès de ses patients fumeurs. Outil d'aide à la pratique*. [En ligne] [http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Guide_CarnetTabac_VF.pdf] (consulté le 28 novembre 2015).
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Historique de la lutte antitabac*. [En ligne] [<http://www.cancer.ca/fr-ca/get-involved/take-action/what-we-are-doing/tobacco-control/history/?region=on>] (consulté le 28 novembre 2015).
- STANFORD SCHOOL OF MEDICINE. Base de données. [En ligne] [http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/index.php] (consulté le 28 novembre 2015).
- VIVE LA PUB. *Fumez! C'est bon pour votre santé selon la pub..* [En ligne] [<http://www.vivelapub.fr/fumez-cest-bon-pour-votre-sante-selon-la-pub/>] (consulté le 28 novembre 2015).
- WIKISPACES. *A Brief History of Cigarette Advertising*. [En ligne] [<https://cigaretteadvertising.wikispaces.com>] (consulté le 28 novembre 2015).
- A 1949 US commercial for Camel. «Unbelievable: doctors recommend smoking! 60 years ago...» Mise en ligne sur *YouTube* par *The ad Show* le 5 mars 2011. [En ligne] [https://www.youtube.com/watch?v=D-y_N4uOuRQ] (consulté le 28 novembre 2015).
- Publicité *Camel* par une nageuse olympique. Mis en ligne par Yanga Mbiwa Mapou, le 9 août 2012. [En ligne] [<https://www.youtube.com/watch?v=-7a3m6eaxIQ>] (consulté le 28 novembre 2015).
- *Flintstones Winston cigarettes commercial*. Mis en ligne par TubeBoob666, le 30 mars 2006. [En ligne] [<https://www.youtube.com/watch?v=mZvHiiWFbBU>] (consulté le 28 novembre 2015).

Souvenons-nous, il n'y a pas si longtemps...

La *Loi sur le tabac* a été modifiée au Canada en 1998 afin d'interdire les commandites par les fabricants de tabac (à partir de 2003) (*Société canadienne du cancer*). Ceci n'empêche toutefois pas certains fabricants de promouvoir leur marque insidieusement, comme en témoigne cette stratégie de marketing (2009), possiblement subliminale, incorporant un code-barres sur la voiture, les équipements et les vêtements du personnel chez Ferrari. Hum! Un code-barres rappelant étrangement les produits de Marlboro, un commanditaire visiblement majeur chez Ferrari.

Cette stratégie a été sévèrement critiquée par plusieurs pays luttant contre le tabac. Pour toute réponse, les dirigeants de Ferrari ont donné l'assurance que le code-barres n'était pas lié à Marlboro, et que si certains y voyaient une possible association, c'était en raison des couleurs similaires entre la marque du cigarettier Philip Morris et la célèbre équipe italienne. Cela dit, et afin de mettre un terme aux spéculations, le code-barres a été supprimé des bolides... Non sans avoir atteint une part de son objectif publicitaire en raison de la controverse! (image 12).

Source de l'image: *Jerome Pagunsan, F1- Ferrari-Shell, 13 February 2009, 15 h 5*. Raikkonen at F1 2009 Pre-Season testing in Bahrain International Circuit. Massa and Kimi. Sous licence *Creative Commons*. [En ligne] [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Raikkonen_test_Ferrari_F60.jpg] (consulté le 28 novembre 2015).

Quelques pubs dignes de mention

Finlande

[Publicité-choc pour les mamans qui fument pendant la grossesse](#) (2013)

France

[Publicité antitabac](#) (2010)

Londres

[Des cigarettes géantes à Londres pour sensibiliser à la propreté](#)

Québec

Pour > [Publicité des cigarettes du Maurier](#) (années 1960)
Contre > [Une cigarette pub du Québec](#) (années 1970)

Thaïlande

[Pourquoi refuser une cigarette à un enfant?](#) (2012)



1974



1982



1985

Lecture d'un article scientifique : mode d'emploi *2^e partie*



par **Élaine Paré**, inh., Ph.D., chargée de projet, OPIQ.

Nous poursuivons notre série portant sur la lecture d'article de recherche. Le but de cette chronique est d'apporter un support à l'intégration des données probantes à la pratique de l'inhalothérapie, chaque fois que le contexte s'y prête (ce sujet sera d'ailleurs traité ultérieurement).

Je débute avec l'examen de la première partie, c'est-à-dire le titre. Comme vous le verrez, cette très courte partie comporte son lot de notions en rapport aux éléments qui constituent une recherche. Pour ce faire, nous décortiquerons l'article de Delisle¹ et collab. intitulé *Preliminary Evaluation of a New Index to Predict the Outcome of a Spontaneous Breathing Trial*. Cet article est accessible en ligne depuis l'adresse : <http://rc.rjournal.com/content/56/10/1500.full.pdf+html>. Chacune des parties étudiées sera traduite. Mais voyons d'abord en quoi consiste la structure classique d'un article de recherche.

1. Structure d'un article ou d'un rapport de recherche en santé

Les articles scientifiques ou les rapports de recherche se présentent presque tous sous la même forme. Ils comportent généralement les parties suivantes : le titre, le résumé (*abstract*), l'introduction, le type de recherche ou la méthode utilisée, la présentation des résultats et la discussion (qui peut comprendre plus d'une conclusion ainsi que les recommandations) et enfin les références et les annexes.

Voici les sections d'un article scientifique ou d'un rapport de recherche :

Titre
Résumé
Introduction
Type de recherche ou méthode
Résultats
Discussion
Références

A. Le titre

Il donne une idée précise du contenu de l'article. Selon sa formulation, il est possible de déterminer le **niveau de la recherche** soit descriptif, explicatif ou prédictif (Fortin², 2010, p. 10-13, 124-129, 260-262).

On peut aussi anticiper la méthode utilisée, soit quantitative, qualitative ou mixte, car certaines méthodes sont plus appropriées que d'autres pour répondre aux buts de la recherche. Ces notions sont expliquées plus en détail dans les sections qui suivent.

a. Au sujet des auteurs

Plusieurs d'entre vous ont probablement appris que l'ordre dans lequel se présente le nom des auteurs est proportionnel à leur niveau de contribution de chacune et chacun dans la recherche (*sequence-determined-credit [SDC]*). Ce qui est tout à fait vrai. De plus, des revues exigent de décrire en quoi a consisté cette contribution. Outre cette dernière, la revue de littérature de Tschamtké³ et collab. (2007) fait état de trois autres façons.

L'une consiste à énumérer les auteurs en ordre alphabétique, à condition que la contribution de chacun soit à peu près équivalente (*equal contribution [EC]*). Une autre présente la contribution du premier et du dernier auteur. Leur contribution est plus importante que celle des auteurs nommés entre les deux noms (*first-last-author-emphasis [FLAE]*). Enfin, la quatrième illustre la contribution de chaque auteur à l'aide d'un pourcentage de contribution (*percent-contribution-indicated [PCI]*).

b. Les niveaux de recherche

i. La recherche descriptive

Elle met en évidence les éléments qui constituent un phénomène en les identifiant, quantifiant, ordonnant ou catégorisant. Certaines relations peuvent être établies entre ces éléments. Une recherche descriptive sert à dresser un portrait de la situation ou du phénomène à étudier.

Le titre d'une recherche descriptive pourrait comporter sans grande surprise l'expression « description de... », mais aussi d'autres expressions telles que « portrait de... », « représentations des... », « compte-rendu de... » ou « caractéristiques des... ». Une recherche descriptive peut s'inscrire dans une approche quantitative ou qualitative⁴. Elle constitue souvent la première étape d'une démarche plus large qui mènera à une recherche dont le but sera d'expliquer ou de prédire un phénomène.

Tableau I. Le tableau suivant regroupe les niveaux de la recherche, les buts et les types de recherche qui peuvent y être associés. (Tableau tiré et adapté de Fortin, 2010, p. 129.)

Niveau/questions associées de recherche	Buts/contexte	Type de recherche
Descriptif		
Exploration des phénomènes. Quel est? Que? Qui? Quelle est la nature, la signification?	Explorer, découvrir, comprendre. Domaine peu exploré ou peu compris. Signification de l'expérience.	Recherche qualitative
Description de concepts ou de populations. Quelles sont les caractéristiques? Quelle est la prévalence ^a ?	Nommer, classifier, décrire. Domaine peu exploré pour lequel il y a peu de bases théoriques.	Recherche quantitative
Explicatif		
Exploration des relations entre des concepts ou des variables. Quelle est la relation? Quels sont les facteurs associés? Quel est le processus suivi?	Déterminer et décrire des relations. Existence de base théorique et de publications sur le sujet de recherche choisi.	Recherche quantitative
Vérification des relations entre des variables. Quelle est l'influence? Quelle est la théorie qui explique les relations? Pourquoi?	Expliquer la force et le sens des relations. Vérifier une théorie. Existence de publications qui laissent supposer qu'une association existe entre les variables.	Recherche quantitative
Quel est la nature de...? Quel est le sens que donnent les individus à...?	Définir la nature du phénomène.	Recherche qualitative
Prédictif		
Prédiction de relations entre les variables ou de différence entre les groupes. Quels sont les effets sur? Quelles sont les différences entre les groupes? Qu'arrivera-t-il si?	Prédire une relation causale. Établir une différence entre des groupes. Existence de nombreuses publications sur le sujet de recherche.	Recherche quantitative

^a Prévalence: % d'une population donnée souffrant d'un problème spécifique. Par exemple: en Montérégie, en 2009-2010, environ 3,9 % des personnes de 35 ans et plus vivant à domicile, soit environ 31 000 personnes, rapportent souffrir d'une MPOC (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2013).
Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], Montérégie, 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008 et 2009-2010). Calcul de la prévalence:
$$\frac{\text{Nb présentant la maladie}}{\text{Nb présentant la maladie} + \text{Nb ne présentant pas la maladie}}$$

ii. La recherche explicative

Le but d'une recherche explicative est de démontrer ou non l'existence d'une relation entre les éléments choisis par la chercheuse ou le chercheur et d'en déterminer la nature. Ces deux caractéristiques, présence et nature des relations, relèvent surtout d'une recherche quantitative. On retrouvera donc dans le titre des expressions comme « relations entre... » ou bien « influence sur... ». Par contre, s'il s'agit d'une recherche qualitative, l'explication approfondira la compréhension d'un phénomène et en dégagera le sens en s'appuyant sur des témoignages ou autres artefacts (documents écrits, photographies, objets) recueillis. Le titre pourrait alors comporter une expression dans ce sens: « nature de... ».

iii. La recherche prédictive

Le but de ces recherches est d'établir la possibilité de prédire le résultat d'un traitement ou d'une intervention et d'en démontrer l'efficacité. Ces recherches sont essentiellement quantitatives et supposent le recours à un groupe contrôle (ou groupe témoin) et d'un, ou même plusieurs groupes expérimentaux. Dans le titre, on pourrait alors lire les expressions « effets de... » ou « efficacité de... » ou même « comparaison de... ». Afin de valider l'efficacité ou non du traitement ou de l'intervention à l'étude, on y soumettra le groupe expérimental seulement. Le groupe contrôle ou témoin quant à lui n'y sera pas soumis.

Je ne peux traiter de recherche quantitative sans définir le concept de variable, qui pour ce type de recherche, est la propriété de ce qui est mesuré. Par exemple, des chercheurs pourraient vouloir vérifier l'effet d'un nouveau bronchodilatateur (nouvelle molécule) sur le VEMS chez



Preliminary Evaluation of a New Index to Predict the Outcome of a Spontaneous Breathing Trial

Stéphane Delisle MSc, Martin Francoeur RRT, Martin Albert MD, Paul Ouellet RRT, Patrick Bellemare MD, and Pierre Arsenault PhD

La traduction française serait : *Évaluation préliminaire d'un nouvel indice pour prédire le résultat d'un essai de ventilation spontanée.*

exemple 01

Mr Delisle is affiliated with the Respiratory Therapy Department, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal, Québec, Canada. Mr Francoeur is affiliated with the Respiratory Therapy Department, Hôpital Notre-Dame, Montréal, Québec, Canada. Drs Albert and Bellemare are affiliated with the Critical Care Division, Department of Medicine, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal, Québec, Canada. Mr Ouellet is affiliated with the Intensive Care Unit, Regional Health Authority Four, Edmundston, New Brunswick, Canada. Dr Arsenault is affiliated with the Centre de Recherches Cliniques du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

Supplementary material related to this paper is available at <http://www.rcjournal.com>.

The authors have disclosed no conflicts of interest.

Mr Delisle presented a version of this paper at 34th Congress of the Société de Réanimation de Langue Française held January 18–20, 2006, in Paris, France.

Correspondence: Stéphane Delisle MSc, Respiratory Therapy Department, Hôpital du Sacré-Cœur, 5400 Boulevard Gouin Ouest, Montreal, Québec H4J 1C5 Canada. E-mail: sdelisle@hotmail.com.

DOI: 10.4187/respcare.00768

Un DOI confère de la stabilité à l'adresse URL. « Le Digital Object Identifier (DOI, littéralement "identifiant d'objet numérique") est le cœur d'un mécanisme d'identification de ressources numériques, comme les revues, articles scientifiques, rapports, vidéos, etc. Il est parfois comparé aux ISSN ou ISBN pour le Web, mais c'est aussi une alternative à l'instabilité des URL par l'association de la localisation du document et des métadonnées qui lui sont liées ». *La maison des revues*, [en ligne] [\[http://maisondesrevues.org/253#tocto2n1\]](http://maisondesrevues.org/253#tocto2n1) (consulté le 26 novembre 2015).

exemple 02

un groupe d'individus souffrant de MPOC. On introduira alors les notions de **variable dépendante** et de **variable indépendante**. La variable dépendante est l'élément sur lequel on observe l'effet (Fortin, 2010, p. 41). Dans ce cas-ci, la variable dépendante serait le VEMS. La variable indépendante est l'élément qui devrait produire l'effet sur la variable dépendante (*ibid.*, p. 40). Dans cet exemple, la variable indépendante serait donc le nouveau bronchodilatateur.

Passons maintenant à l'application des notions précédemment apportées et décortiquons le titre de l'étude que j'ai choisie (*voir exemple 01*).

Il contient l'expression « évaluation préliminaire » qui signifie qu'il s'agit probablement d'une recherche qui demandera à être confirmée par d'autres recherches. L'expression « prédire le résultat » indique de façon précise que cette recherche relève du **niveau prédictif**. Je peux donc m'attendre alors à une étude ou recherche de type quantitatif qui comportera sans doute un exercice de comparaison puisqu'il est question « d'un nouvel indice ».

Au bas de la page lié au titre, on retrouve encore le nom des auteurs et celui de l'établissement auquel ils sont respectivement affiliés et diverses informations apparaissent aussi, dont la déclaration de conflit d'intérêts, l'adresse de correspondance et la mention de l'utilisation du même article lors d'une conférence ainsi que le DOI (*voir exemple 02*).

Comme vous avez pu le constater, cette première partie implique la connaissance de plusieurs concepts rattachés au domaine de la recherche biomédicale. Le prochain article traitera du résumé et de l'introduction.

À bientôt! ❄️

Remerciements

Je remercie ma collègue Sandra Di Palma pour ses judicieux commentaires lors de la rédaction de cet article.

Commentaires et questions: elaine.pare@opiq.qc.ca

 **Références**

- 1 DELISLE, S., FRANCOEUR, M., ALBERT, M., OUELLET, P., BELLEMARE, P. et ARSENAULT, P. 2011. « Preliminary evaluation of a new index to predict the outcome of a spontaneous breathing trial ». *Respiratory Care*, 56 (11), p. 1500-1505. [En ligne] [\[http://rc.rcjournal.com/content/56/10/1500.full.pdf+html\]](http://rc.rcjournal.com/content/56/10/1500.full.pdf+html) (consulté le 26 novembre 2015).
- 2 FORTIN, M.-F. 2010. *Fondements et étapes du processus de recherche*. 2^e édition, Montréal, Chenelière-Éducation, 632 p.
- 3 TSCHARNTKE, T., HOCHBERG, M.E., RAND, T.A., RESH, V.H. et KRAUSS, J. (2007). Author Sequence and Credit for Contributions in Multi-authored Publications. *PLOS Biology*, 5 (1), p. 13-14. Article téléaccessible. [En ligne] [\[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769438/\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769438/) (consulté le 26 novembre 2015).
- 4 PARÉ, É. Octobre 2015. « Lecture d'un article scientifique: mode d'emploi ». *l'inhalo*, 32 (3), p. 18-19.

L'ORDRE Y ÉTAIT

- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) :
 - Colloque du CIQ – Choc des générations ;
 - Comité sur la formation des syndicats ;
 - Comité directeur du Forum des syndicats ;
 - Assemblée des membres ;
 - Rencontre avec le Conseil supérieur de l'éducation ;
 - Comité de gouvernance ;
 - Assemblée nationale du Québec/50^e anniversaire du CIQ ;
- Rencontre des ordres professionnels de la santé/ collaboration interprofessionnelle ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire :
 - AGA ;
 - assemblée régulière ;
 - rencontre des registraires ;
 - rencontre des présidents ;
- 2^e journée scientifique de l'Alliance Santé Québec ;
- 5^e journée de formation pour les infirmières en endoscopie digestive, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke ;
- Journées annuelles de santé publique (JASP) 2015. Atelier méthodologique : Planifier pour mieux communiquer en santé publique ;
- Rencontre au ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR) ;
- Semaine des professionnels 2015 ;
- Congrès québécois en santé respiratoire (CQSR) ;
- C.A. du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) ;
- Colloque sur l'interdisciplinarité/Rencontre des ordres de la santé ;
- 37^e session d'étude de l'Association pour le développement des méthodologies d'évaluation en éducation (ADMÉE-Canada).

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**

Démystifier les fonds communs de placement

par le service de rédaction, Banque Nationale

Si vous cotisez à un régime de retraite, vous connaissez sans doute les fonds communs de placement. Fort populaires auprès des investisseurs, ces solutions d'investissement visent à offrir une bonne diversification de portefeuille et sont conçues pour respecter les différents profils de risque.

S'ils sont relativement simples à utiliser, notamment parce qu'il n'est pas nécessaire de sélectionner des placements de façon individuelle ni de détenir des connaissances approfondies en la matière, il existe toutefois une grande variété de fonds communs de placement. Il est crucial d'en connaître les différences afin d'effectuer le bon choix.

Une multitude de fonds pour une multitude de besoins

Avant d'investir dans un fonds, il faut comprendre ses objectifs et stratégies de placement et les risques qui y sont associés.

Les fonds de marché monétaire et à revenu fixe

Parmi les grandes catégories de fonds communs, on trouve les fonds de marché monétaire et les fonds à revenu fixe. Ces véhicules visent à procurer une certaine sécurité du capital investi et un revenu d'intérêt ou de dividendes régulier. Ils sont généralement choisis par les investisseurs qui désirent minimiser le risque de perte de capital et qui cherchent à obtenir un revenu d'appoint, par exemple les personnes qui optent pour une retraite progressive.

Les fonds équilibrés

Ces fonds sont des solutions dont l'objectif est d'offrir la possibilité de faire croître le capital à moyen ou long terme, tout en essayant de préserver la valeur de l'investissement en période de ralentissement économique. Ils proposent un compromis rendement-risque intéressant pour des investisseurs qui cherchent à faire fructifier leurs actifs, sans sacrifier leur tranquillité d'esprit.

Les fonds d'actions canadiennes, américaines, internationales et de marchés émergents

Ces fonds communs de placement procurent un grand potentiel de croissance du capital, mais comportent un plus haut niveau de risque. Ces solutions sont généralement recommandées pour les investisseurs pouvant tolérer de fortes variations de rendement et pour les investisseurs dont l'horizon de placement est à long terme.

Bien entendu, chacune de ces grandes familles est composée de plusieurs fonds communs dont le profil de rendement-risque varie pour répondre à différents besoins.

Simplicité, diversité et flexibilité

Un des principaux avantages des fonds communs est qu'ils sont gérés par des gestionnaires de portefeuille chevronnés. Les placements qu'ils choisissent sont sélectionnés attentivement afin de respecter les objectifs et caractéristiques du fonds, de manière à faire profiter les investisseurs de leurs connaissances et expertise.

Mais au-delà de cette gestion professionnelle, les fonds communs offrent également une bonne diversification, puisqu'ils investissent généralement dans plusieurs secteurs économiques et plusieurs catégories de titres à la fois. Ainsi, si le rendement d'un titre est décevant, le rendement supérieur d'un autre titre peut venir le contrebalancer.

De plus, les fonds communs de placement offrent une grande flexibilité et permettent des possibilités d'investissements ou de retraits systématiques. L'investisseur peut même, à tout moment, transférer ses investissements dans d'autres fonds faisant partie d'une même famille et ayant la même structure de frais, afin d'évoluer sur les marchés au fur et à mesure que sa situation change.

Certaines précautions s'imposent...

Évidemment, un investissement dans un fonds commun de placement n'est pas sans risque. Chaque fonds commun de placement comporte des risques selon sa composition propre. Il est impératif de bien évaluer ceux associés aux fonds qui vous intéressent.

Les fonds communs de placement sont gérés par des gestionnaires de portefeuille qui utilisent des styles de gestion différents. Il n'existe pas de bon ou de mauvais style de gestion, ils sont plutôt complémentaires les uns par rapport aux autres. Mais selon les cycles économiques, certains obtiennent plus de résultats.

Comme il est difficile de prévoir comment se comportent les marchés, il est préférable de détenir dans son portefeuille des fonds communs de placement gérés selon différentes approches tout en s'assurant que la combinaison de ces derniers reflète bien le profil de risque désiré. ❄️

Pour toute question, veuillez consulter votre conseiller ou communiquer avec le service à la clientèle TelNat au 514 394-5555 ou sans frais au 1 888 TelNat1 (835-6281).

Les informations, renseignements et données du présent document vous sont fournis à titre informatif uniquement et ne doivent pas être interprétés comme une sollicitation ou une offre visant l'achat ou la vente des parts mentionnées aux présentes et ne devraient pas être considérés comme une recommandation.

Les Fonds Banque Nationale (les «Fonds») sont offerts par Banque Nationale Investissements inc., une filiale en propriété exclusive de la Banque Nationale du Canada. Un placement dans un Fonds peut donner lieu à des frais de courtage, des commissions de suivi, des frais de gestion et d'autres frais. Veuillez lire le prospectus des Fonds avant de faire un placement.

Les titres des Fonds ne sont pas assurés par la Société d'assurance-dépôts du Canada ni par un autre organisme public d'assurance-dépôts. Les Fonds ne sont pas garantis, leur valeur fluctue souvent et leur rendement passé n'est pas indicatif de leur rendement dans l'avenir.

Banque Nationale Investissements est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisée sous licence par Banque Nationale Investissements inc.

© 2015 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

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

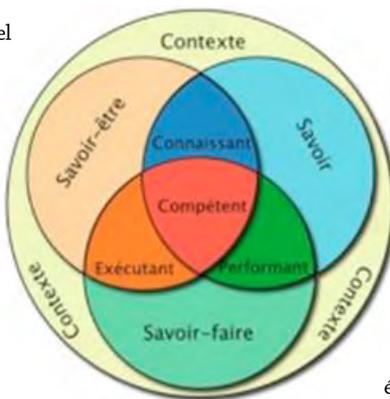


bnc.ca/specialistesante
Adhésion en succursale

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, technologues 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.

Comment expliqueriez-vous la notion de **compétence professionnelle** ?

1. Il s'agit d'habileté de « bas niveau » intellectuel telles que la mémorisation, la définition et l'illustration de concepts, l'application ou l'exécution.
2. Il s'agit du découpage en petites unités selon une suite logique et progressive des connaissances.
3. Il s'agit de la mise en œuvre, par une personne ou un groupe de personnes, de savoirs, savoir-être, savoir-faire ou de savoir-devenir dans une situation donnée.



Étant donné la complexité grandissante des situations professionnelles, le changement dans les organisations, l'essor de l'interdisciplinarité et des nouvelles technologies, l'approche par compétences paraît une avenue incontournable pour assurer l'amélioration constante des pratiques cliniques pour les professionnels qui ont à relever les défis d'une responsabilité populationnelle et d'une meilleure intégration dans un système de soins et de services plus englobant.

Avec le choix audacieux d'une approche par compétences dès 2016, l'OPIQ souhaite assurer un équilibre entre le développement de compétences individuelles et collectives dans un contexte de pratique complexifiée et ainsi contribuer non seulement au développement personnel de tous les inhalothérapeutes, mais aussi, à celui de toutes les organisations dont ils font partie. ❄️

La bonne réponse est 3.

La compétence est un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. (Tardif, 2006, p. 22)

Appel de conférence congrès 2016

21 et 22 octobre 2016,
Hilton Lac-Leamy, Gatineau



Le comité organisateur s'active déjà à l'organisation de la prochaine édition. Nous faisons donc appel à vous. Ainsi, tout sujet permettant aux inhalothérapeutes de parfaire leurs connaissances, de réfléchir sur leur pratique, de sortir de leur zone de confort, de se dépasser, nous intéresse!

Surprenez-nous! Nous attendons vos propositions avec impatience!

Vous connaissez une personne qui a une conférence dynamique à proposer? Transmettez-lui ce message. Pas de conférence à proposer? Vos suggestions de sujets ou de conférenciers sont les bienvenues! Veuillez les adresser à elaine.pare@opiq.qc.ca

L'appel de propositions est maintenant ouvert et **se termine le 31 janvier 2016.**

Merci à l'avance de votre contribution au développement de la profession!



Formation continue

Votre formation continue...

Simple rappel au fait que l'actuelle période de référence (2014-2016) se termine le 31 mars 2016. À cet égard, nous vous suggérons de ne pas attendre à la dernière minute pour compléter vos heures de formation continue (30 heures minimum).

Plusieurs options de formation s'offrent à vous, dont celles-ci :

- [Campus OPIQ](#)
(accessible par le www.opiq.qc.ca)
 - Formations en ligne
 - Questionnaires de la revue *l'inhalo*
- [Activités de formation externes à l'OPIQ.](#)

Bonne formation !

Surveillez les bulletins *l'Ordonnée* et *l'Abrégé* 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](#)

Capsules d'information

Consultez les capsules d'information suivantes afin de mieux comprendre le règlement de formation continue.

NOTE : certaines ont été mises à jour et d'autres ont été ajoutées récemment.

1. [Règlement en bref](#)
2. [Dispense \(exemption\)](#)
3. Activités de formation
 - [Activités de formation reconnues](#)
 - [Activités de formation non reconnues](#)
4. [Demande de reconnaissance d'une activité de formation](#)
5. [Pièces justificatives \(attestation de participation\)](#) (dernière mise à jour le 16 octobre 2015)
6. [Contrôle \(vérification\) et sanction](#)
7. Qui suis-je ? Nouveauté

[Je suis gestionnaire](#) Responsable ou chef de service d'inhalothérapie, assistance chef ou coordonnateur (technique ou clinique) ou l'équivalent.

[Je suis un organisme dispensateur](#) Établissement de santé ou une organisation qui offre (dispense) une activité de formation ou un événement éducatif.

[Je suis un formateur \(présentation, conférence, atelier ou l'équivalent\)](#) Instructeur en RCR, représentant (ou spécialiste clinique) d'une compagnie (médicale ou pharmaceutique), gestionnaire ou inhalothérapeute clinicien.

Guide de pratique clinique

Les troubles respiratoires du sommeil

Volet diagnostique

Fascicule I :

[Évaluation préétude du sommeil](#)

(probabilité clinique)

Le document est offert gratuitement aux membres en format PDF depuis le répertoire de documents du *Campus OPIQ*. De même, il est possible de remplir un questionnaire en ligne aux fins de formation continue des membres de l'Ordre (1 h). Des frais de 10 \$ s'appliquent.

À paraître bientôt !

Les troubles respiratoires du sommeil

Volet diagnostique

Fascicule II :

[Épreuves diagnostiques du sommeil](#)

Volet thérapeutique

Fascicule III :

[Options thérapeutiques, co-interventions et hygiène du sommeil](#)

Fascicule IV :

[Prise en charge thérapeutique](#)



Calendrier des événements

- 1 [8^e Conférence annuelle d'Ottawa – Approches cliniques : nouvelles tendances en matière d'abandon du tabac, 22 et 23 janvier 2016](#)
- 2 [5^e Colloque montréalais](#), Espace Rive-Sud, La Prairie, 16 avril 2016
- 3 [Jour de la Terre, le 22 avril 2016](#)
- 4 Journée de l'inhalothérapeute, le 19 mai 2016
- 5 [56^e Annual McGill Anesthesia Update, 14 et 15 mai 2016](#)
- 6 [Congrès éducatif et salon professionnel 2016 de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, Ottawa Westin Hotel, Ottawa, du 26 au 28 mai 2016](#)
- 7 Journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2016
- 8 Semaine de l'inhalothérapeute, du 23 au 29 octobre 2016
- 9 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 23 au 29 octobre 2016
- 10 42^e congrès annuel de l'OPIQ, les 21 et 22 octobre 2016, au Hilton Lac-Leamy, Gatineau

questionnaire • please note that we no longer accept the paper version of the questionnaire, **you must complete it on the Campus OPIQ** in order to receive one hour of continuing education.

<http://campus.opiq.qc.ca>



Questions relating to the article:

Bed Rest and Early Mobilization – Modern Advice and Best Practice on pages 8-14.

Please note that you must obtain a score of 90% or higher to be credited with one hour of continuing education.

- 01 **Prolonged bed rest will have the greatest negative effects on which systems of the body?**
- Reproduction system, gastrointestinal system, central nervous system
 - Lymphatic system, central nervous system, cardiovascular system
 - Respiratory system, cardiovascular system, muscular system
 - None of the above
- 02 **What causes ICU acquired weakness (ICU-AW)?**
- Deep sedation
 - Inflammatory responses
 - Immobility
 - All of the above
- 03 **What is the purpose of measuring VO_2max ?**
- To measure muscle strength
 - To evaluate cardiorespiratory function
 - To calculate the oxygen extraction ratio
 - To measure dissolved oxygen
- 04 **Which three factors affect VO_2max ?**
- Cardiac index, blood pressure, cardiac output
 - Respiratory rate, tidal volume, minute ventilation
 - Central venous pressure, pulmonary capillary wedge pressure, cardiac output
 - Cardiac output, oxygen-carrying capacity of the blood, the ability of the muscles to use oxygen
- 05 **TRUE or FALSE**
Patients that have been bed-ridden will have a decrease in VO_2max .
- 06 **What are the negative effects on the respiratory system for patients in the supine position?**
- Decreased FRC, decreased lung compliance, atelectasis
 - Increased FRC, increased lung compliance, hyperinflation
 - Increased FRC, decreased lung compliance, atelectasis
 - Decreased FRC, decreased lung compliance, hyperinflation
- 07 **Which measurement can be used to assess muscle weakness?**
- Plateau pressure
 - Lung compliance and resistance
 - MIP (maximum inspiratory pressure)
 - RSBI (rapid shallow breathing index)
- 08 **Which of the following patients cannot be ambulated?**
- Patients intubated with a Foley catheter and nasogastric tube in place
 - Patients intubated with a central line.
 - Patients intubated requiring FiO_2 0.30
 - Patients intubated with a chest tube connected to suction due to a pneumothorax
- 09 **Which ventilator strategy should be taken to ambulate a mechanically ventilated patient?**
- Severely deconditioned patient should be placed on A/C ensuring PEEP is less than 10 cmH₂O and $FiO_2 \leq 0.60$
 - Disconnecting patient from the ventilator and placed on T-piece
 - Increasing PEEP greater than 10 cmH₂O to recruit all alveoli
 - Placing patient on CPAP only
- 10 **TRUE or FALSE**
Patients that are intubated and mechanically ventilated should not be mobilized due to fear of unplanned extubations.

questionnaire • veuillez prendre note que nous n'acceptons plus de questionnaire en format papier, **vous devez le remplir sur le Campus OPIQ** pour obtenir votre heure de formation continue.

<http://campus.opiq.qc.ca>



Questions relatives au texte:

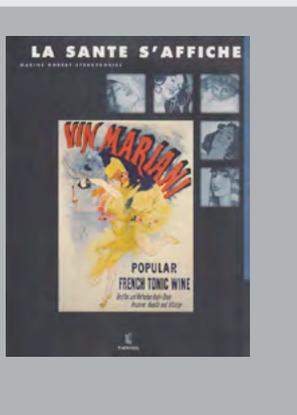
Lecture d'un article de recherche: mode d'emploi (2^e partie) en pages 24-26.

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

VRAI ou FAUX

- 01 Le titre d'un article scientifique peut, selon sa formulation, nous indiquer s'il s'agit d'une recherche descriptive, explicative ou prédictive.
- 02 Lorsqu'une revue applique la norme du «premier-dernier auteur» (*first-last-author-emphasis [FLAE]*), les différents auteurs d'un article sont nommés en ordre alphabétique.
- 03 La recherche explicative dresse le portrait du phénomène observé.
- 04 L'approche qualitative ou quantitative peut être utilisée dans une recherche descriptive.
- 05 La notion de variables se retrouve dans la recherche explicative.
- 06 La recherche prédictive suppose le recours à un groupe contrôle ou témoin et à un ou des groupes expérimentaux.
- 07 La variable qui produit l'effet est appelée variable indépendante.
- 08 Une recherche descriptive ne peut être que quantitative.
- 09 Une recherche qui détermine et décrit des relations est dite explicative.
- 10 Dans une recherche prédictive, le groupe qui reçoit le placebo est appelé groupe témoin.

DES LIVRES ET VOUS



La santé s'affiche au Québec: plus de 100 ans d'histoire

par Lise Renaud en collaboration avec Caroline Bouchard, Les Presses de l'Université du Québec, Collection santé et société, 2005, 257 p.

ISBN (papier): 2760513440, prix: 39 \$

La santé s'affiche au Québec regroupe des productions réalisées par les gouvernements et les agences privées préoccupées par le bien-être et la santé de la population québécoise et ce, depuis 1886 jusqu'à aujourd'hui. Abordant différents thèmes tels l'hygiène, les maladies infectieuses, les habitudes de vie ou les soins à apporter aux enfants, les quelques 800 affiches proposent un voyage en images à travers le XX^e siècle, lequel a été marqué par maintes guerres et épidémies, sans oublier les nombreux bouleversements économiques et sociaux dont les répercussions sur la santé ne sont pas à négliger.



En cette période des fêtes où respire la joie des retrouvailles, nous vous souhaitons que 2016 vous comble d'amour, de santé et de paix.

[Cliquez ici pour ouvrir la carte de souhaits animée](#)

