



l'inhalo

Janvier 2017

DOSSIER

CESSATION TABAGIQUE: ENSEMBLE, PASSONS À L'ACTION !

L'IMPORTANCE D'UNE TENUE DE DOSSIERS CONFORME



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



Le tabac, ce meurtrier!

Je ne vous apprend rien, le tabac tue... Nous avons tous, dans notre entourage, un ami, une collègue ou un proche parent aux prises avec cette dépendance, car il s'agit bien d'une dépendance. Pourtant, même si les efforts déployés pour les convaincre de cesser de fumer et pour les accompagner dans cette démarche sont couronnés de succès, le tabac finit malgré tout par avoir le dernier mot... J'en sais quelque chose puisque ma petite maman est récemment décédée d'un cancer du poumon.

Malgré tous les efforts consacrés à l'information et à la cessation tabagique, tant par les différents paliers gouvernementaux que par les professionnels de la santé dont nous faisons partie, le tabac continue ses ravages. Faut-il baisser les bras pour autant?

La réponse s'impose d'elle-même : nous devons, au plan personnel et professionnel, poursuivre la lutte pour le mieux-être de nos proches, de nos patients et de toute la collectivité. Ce numéro est consacré aux interventions en cessation tabagique parce que les inhalothérapeutes occupent une place privilégiée, auprès des patients et de la population, pour susciter et alimenter la réflexion sur les méfaits du tabagisme et ultimement pour les accompagner durant le long processus qui mène à l'arrêt de fumer!

Cette édition, nous l'espérons, vous aidera à assumer ce rôle qui est le vôtre dans la prévention de la maladie et la promotion de saines habitudes de vie. Et en cette période de l'année, à l'heure des bilans alors que l'on se prépare à accueillir le Nouvel An, quel moment propice — tradition oblige! — à prendre des résolutions décisives!

Profitez du temps des fêtes pour vous accorder un temps d'arrêt bien mérité avec les amis et la famille. Et profitez-en surtout pour dire aux personnes chères combien vous les aimez et combien elles comptent pour vous!

Je vous souhaite un Noël rempli d'amour et de beaux moments. Et vivement 2017, une année placée sous le signe de la prévention et de la promotion de la santé!

Josée Prud'Homme



Directrice générale et Secrétaire

en santé
cardiorespiratoire
avec les inhalothérapeutes



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	6
Dossier	
Cessation tabagique: ensemble, passons à l'action!	
Quelques trois minutes pour changer une vie!	8
Festoyer sans fumée!	13
Rappel sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme	15
La cigarette électronique: à recommander ou à déconseiller?	16
Résultat du sondage sur les habitudes d'intervention en abandon du tabac	17
Ensemble, passons à l'action!	18

Semaine pour un Québec sans tabac	19
Bravo aux lauréats 2016	20
Le syndrome de perfusion au propofol	22
Finances	24
Profession: inhalothérapeute	26
À l'avant-scène	27
Chronique: déontologie	
La note professionnelle au dossier: pour qui, pour quoi?	
L'importance d'une tenue de dossiers conforme	28
La note tardive: oui, mais quand et comment?	30
Babillard	34
Questionnaire	37





AVANT-PROPOS

Le 21 octobre dernier, dans le cadre du congrès annuel, l'OPIQ dévoilait son nouveau programme [En santé cardiorespiratoire](#), lequel propose l'intégration d'interventions ciblées de promotion de saines habitudes de vie (abandon du tabac, hygiène du sommeil, activité physique et alimentation saine et équilibrée) dans la pratique professionnelle des inhalothérapeutes. Ce n'est donc pas un hasard si la dernière édition de la revue portait sur le puissant remède qu'est l'activité physique. Par conséquent, ça tombe sous le sens que cette parution aborde le tabagisme^{1,2}. Ce sujet s'est imposé puisque, d'une part, cesser de fumer constitue l'une des résolutions du Nouvel An les plus populaires. D'autre part, parce que consacrer 30 secondes de son temps d'intervention auprès d'un patient pour s'informer de son statut tabagique s'avère un investissement bénéfique. Il peut convertir une simple idée en une tentative de vivre sans tabac ou, mieux encore, transformer un essai en succès. Bonne discussion!

Congrès 2016

Cette édition fut sans conteste un immense succès et vous en êtes les artisans! Merci d'être au rendez-vous année après année. Découvrez en page 20 les lauréats des différents prix.

En cette saison festive, recevez mes meilleurs vœux de santé et de paix. Savourez pleinement chaque moment qui s'offre à vous. Que l'année 2017 vous soit douce.

Line Prévost inh.



Line Prévost, inh., réd. a.
Coordonnatrice aux communications

1. Pour lire ou relire la «Petite histoire d'une pub drôlement bien pensée!», [l'inhalo janvier 2016](#) (p. 18-23).
2. Pour en savoir plus: [Survol des indicateurs du taux de tabagisme au Québec](#), Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT), (mise à jour en octobre 2016).

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., M. Éd.

Administrateurs

Isabelle Alain, inh., Josée Boudreau, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Héty, 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., M. Éd.

1^{re} vice-présidente

Isabelle Truchon, inh.

2^e vice-présidente

France Saint-Jean, inh., DESS enseignement

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.

Directrice des affaires juridiques

M^{re} Andrée Lacoursière, DESS droit et politiques de la santé

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Sandra Di Palma, inh.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh., réd. a.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh., M.A.

Secrétaire adjointe

et coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

Inhalothérapeute-conseil

Pierrette Morin, inh., DESS enseignement

Adjointe exécutive

Clémence Carpentier

Adjointe administrative 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., Capsana, M^{re} Magali Cournoyer-Proulx, Sandra Di Palma, inh., D^{re} Claire Jutras, M^{re} Andrée Lacoursière, Marianne Proulx, inh., Stéphanie Raymond, stagiaire en droit, Marise Tétreault, inh., M.A.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2017

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.

Joyeuses fêtes

En cette période des fêtes,
nous vous souhaitons santé, bonheur et sérénité
tout au long de la prochaine année.

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





MOT DU PRÉSIDENT

On peut voir l'avenir dans les choses passées

— Jean de Rotrou

Après la douce torpeur estivale, l'automne s'avère toujours une période riche en activités. Pour l'OPIQ, deux événements importants ont lieu durant cette saison, permettez que j'y revienne afin de brosser un tableau de ce qui se dessine pour l'année 2017.

Assemblée générale des membres et dossiers en découlant

L'assemblée générale annuelle (AGA) permet à l'administration de l'Ordre de présenter un résumé du [rapport annuel](#) et d'informer les membres présents de l'avancement de différents dossiers. Je vous invite d'ailleurs à lire le rapport pour prendre connaissance des diverses actions tenues au cours de la dernière année. J'aimerais revenir sur deux dossiers majeurs pour l'OPIQ : le rehaussement de la formation initiale et l'obtention d'une activité d'évaluation liée à notre champ d'exercice.

En ce qui concerne le premier, nous avons communiqué avec madame Hélène David, ministre responsable de l'Enseignement supérieur pour protester contre le peu d'avancement du dossier au cours de la dernière année. La ministre s'est montrée sensible à nos préoccupations et nous attendons la tenue d'une rencontre entre toutes les parties prenantes. Souhaitons que 2017 apporte enfin la conclusion espérée à cette longue saga.

Pour ce qui est de l'obtention d'une activité d'évaluation, alors que nous anticipions un développement en novembre, la grève des juristes de l'État a freiné le cheminement de tous les dossiers relatifs aux lois et règlements professionnels. Nous demeurons quand même optimistes quant à un dénouement positif dans ce dossier au cours de la prochaine année.

Dans un autre ordre d'idées, après discussion, les membres présents à l'AGA ont voté pour une augmentation de la cotisation annuelle équivalente à l'Indice des prix à la consommation (Québec). Une personne de l'assistance a toutefois proposé une augmentation qui correspondrait plutôt au gain salarial accordé par le gouvernement lors des dernières négociations de la convention collective. Cette proposition mérite réflexion et les membres du C.A. l'étudieront attentivement au moment opportun.

Congrès annuel de l'OPIQ

Une fois de plus le congrès annuel a été une belle réussite. Je félicite la permanence pour l'organisation sans faille, ainsi que les conférenciers et conférencières pour la qualité exceptionnelle des présentations, dont deux m'ont marqué.

Quel émouvant témoignage d'engagement que la dynamique conférence d'ouverture de Pierre Lavoie qui, en dépit des embûches et des épreuves, s'est donné pour but de promouvoir les bonnes habitudes de vie et de faire bouger les gens au quotidien ! Tout un défi qu'il a relevé avec brio. L'OPIQ, qui souhaite apporter sa contribution à ce grand mouvement pour la santé, a profité de sa présence pour lancer son programme mobilisateur [En santé cardiorespiratoire](#). Ce programme invite les inhalothérapeutes cliniciens à diriger leurs interventions vers la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Nous sommes fiers d'être le premier ordre à nous associer au volet *Prescrit par les médecins de famille* du Grand défi Pierre Lavoie. Nous avons d'ailleurs marqué cet engagement ferme à promouvoir de saines habitudes de vie en tenant une marche lumineuse symbolique autour du lac Leamy malgré la froide bruine d'automne. Cette activité donnait le coup d'envoi aux festivités de La Grande marche de Montréal, de Québec et de Saguenay puisque nous ne pouvions pas y être !

La conférence de clôture présentée par Olivier Bernard, alias le *Pharmachien*, abordait, quant à elle, la meilleure approche pour intervenir auprès de nos patients afin de susciter une réflexion ou un changement. Ainsi, à sa façon humoristique et imagée, il a souligné les erreurs de communication couramment rencontrées et partagé ses trucs pour les reconnaître et les éviter à l'aide de stratégies efficaces adaptées aux étapes de changement de Prochaska. Bref, j'y ai puisé une foule de renseignements utiles et pertinents pour m'outiller dans mes interventions cliniques.

Au moment d'écrire ces lignes, décembre est à nos portes et avec lui, la frénésie entourant les préparatifs du temps des fêtes commence à se faire sentir. Entre la course effrénée à la recherche du cadeau parfait pour toutes les personnes sur votre liste, les lumières de Noël à installer, les partys, le réveillon chez l'un et le brunch chez l'autre, cette période de l'année peut être exténuante. J'espère que vous vous réserverez des moments pour prendre soin de vous et des vôtres. Vous pourrez ainsi accueillir la nouvelle année, porteuse de rêves et d'espoirs, avec une confiance et une énergie renouvelées. 🦋



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
Président



Banque Nationale	25
CSN	19
Merck	2, 36



index



A WORD FROM THE PRESIDENT

We can see the future in things past

— Jean de Rotrou

Following the sweet summer torpor, autumn always proves itself to be an activity-filled period. For OPIQ, two important events take place during this season, so allow me to go back to illustrate what's ahead for 2017.

Annual general meeting and its related issues

The annual general meeting is where the Ordre's administrative Board presents a summary of the [annual report](#) and informs the members present on the progress of different issues. Besides, I invite you to read the report to get better acquainted with the many actions we took during the past year. I would like to come back to the two major issues for OPIQ: raising the initial training level and obtaining an assessment activity in line with our field of practice.

Regarding the first issue, we contacted Mrs Hélène David, minister in charge of Higher education, to protest against the lack of progress made over the last year. The minister has been receptive to our concerns and we are waiting for a meeting with all concerned parties. Let's wish that 2017 finally sees this long-standing saga conclude the way we hope for.

As for obtaining an assessment activity, just as we were anticipating further development in November, the strike by government lawyers put a stop to the progression of all issues relating to professional laws and regulations. We remain optimistic about a positive outcome of this issue in the upcoming year.

On a different matter, after discussion, members attending the annual meeting voted for a raise in annual membership dues equivalent to the Consumer price index (Québec). A person in the assembly, however, proposed an increase that would correspond instead to the salary raise the government granted us during our last collective agreement negotiations. This proposition is worth thinking about and the Board members will carefully study it further at the appropriate time.

OPIQ's annual convention

Once again our annual convention has been a great success. I congratulate the permanent staff for a flawless organization, as well as the speakers for the exceptional quality of their presentations, among which two stood out for me.

What a moving testimony of commitment offered by Pierre Lavoie's vibrant opening conference who, despite pitfalls and hardships, has set himself the goal of promoting healthy life habits and making people move every day! A challenge he met brilliantly. OPIQ, wishing to contribute to this great health movement,

took advantage of his presence to launch its mobilizing program [En santé cardiorespiratoire](#). This program invites clinical respiratory therapists to direct their interventions toward health promotion and disease prevention. We are proud to be the first professional association to join the *Prescrit par les médecins de famille* section of the *Grand défi Pierre Lavoie*. Moreover, we marked this firm commitment to promote healthy life habits by holding a symbolic illuminated march around lake Leamy despite a cold autumn drizzle. This activity was the kick-off to the *Grande marche* festivities held in Montréal, Québec and the Saguenay since we were unable to attend!

The closing conference, presented by Olivier Bernard, a.k.a. the *Pharmacien*, focused on the best way to approach our patients in order to incite reflection or change. So, in his funny and colourful way, he emphasized commonly occurring errors in communication and he shared his tricks on how to recognize and avoid these errors with the help of effective strategies adapted from Prochaska's stages of change. In short, I drew a lot of helpful and relevant information to be better equipped for my clinical interventions.

As I write, December is at our door and with it, the frenzy surrounding the Christmas holiday preparations begins to take hold. With the frantic quest to find the perfect gift for everyone on your list, Christmas lights to put up, partys, Christmas Eve in one place, brunch in another, this time of year can be exhausting. I hope that you will put aside moments to take care of yourself and your loved ones. This way, you will be ready to welcome the new year—full of hopes and dreams—with renewed energy and confidence. 



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
President

RIIRS	33
UQAT	32

x des annonceurs

compétence

1

Quelques trois minutes pour changer une vie !

par **Claire Jutras**, médecin-conseil, M.D., M. Sc., CSPQ.
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.



Plus de la moitié des personnes qui fument veulent cesser de fumer ! Mais cesser de fumer ce n'est pas « juste » une question de volonté, car FUMER N'EST PAS UNE MAUVAISE HABITUDE, C'EST UNE DÉPENDANCE !

Je suis certaine que je n'ai pas à vous convaincre que le tabagisme fait des ravages, vous êtes aux premières loges ! Mais quand il est question d'aider les patients à cesser de fumer, plusieurs professionnels de la santé, tels que les inhalothérapeutes, y renoncent. Pourquoi ? Manque de temps, manque d'intérêt des patients ?

More than half of the people who smoke want to quit smoking ! But to quit smoking is not « only » a question of will power, because SMOKING IS NOT A BAD HABIT, IT IS AN ADDICTION !

I am sure that I don't have to convince you about the ravages of smoking addiction, you are in the front row ! But when it comes to helping patients quit smoking, many health professionals, such as respiratory therapists, just give up. Why ? Lack of time, lack of interest by the patients ?

... Fumer... c'est dans la tête que ça se passe

On estime qu'environ une heure après avoir écrasé, le fumeur dépendant commence déjà à ressentir des malaises comme de la tension, du stress, de la difficulté à se concentrer, de l'impatience ou de l'irritabilité. C'est l'effet de la nicotine. La nicotine ne cause pas le cancer. Mais cette substance psychoactive, qui agit sur le cerveau possède une courte demi-vie (deux heures) et son effet s'estompe rapidement. Ceci explique pourquoi les fumeurs se sentent donc « obligés » de fumer, presque à chaque heure, pour récupérer leur dose de nicotine, afin de ne pas se ressentir des symptômes de sevrage.

Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi il y a 25 cigarettes dans un paquet et 24 heures dans une journée ? Maintenant, vous le savez !

Gageons que vous allez aussi deviner pourquoi il y a 8 paquets dans une cartouche de cigarettes, un de plus que les 7 jours de la semaine ? Tout est prévu pour ne pas en manquer !

La majorité des personnes fumeuses souffrent d'une dépendance, une dépendance physique, qu'elles n'ont pas choisie au départ, au moment de prendre la première bouffée. Cette initiation au tabac se produit à l'adolescence — une période fertile en expérimentations — dans plus de 80 % des cas.

C'est parce qu'il s'agit de combattre une substance psychoactive — la nicotine — que le problème de dépendance se traite avec des aides pharmacologiques : d'abord avec les substituts de nicotine puis, si nécessaire, avec le bupropion ou la varénicline. Le recours aux aides pharmacologiques est recommandé et augmente les chances de réussir à cesser de fumer.

Désapprendre à fumer

Si fumer n'est pas une « mauvaise habitude », fumer s'associe parfaitement aux habitudes !

Au quotidien, les personnes qui fument développent des rituels comme fumer au réveil, fumer en buvant un café, à la pause, fumer après le repas, avec des amis, fumer en voiture ou en parlant au téléphone, fumer en sirotant un verre de vin, pour se faire plaisir, fumer en réponse à un stress, à une contrariété ou à d'autres émotions, etc.

Ces associations ne restent pas sans conséquence. Tout comme le chien dans l'expérimentation de Pavlov, Prix Nobel de médecine en 1904, le cerveau du fumeur, par apprentissage et de façon tout à fait involontaire, établit un lien entre ces habitudes, le fait de fumer et la sensation de bien-être que cela procure. Ce « bien-être », vous l'avez compris, n'est en fait que le soulagement des symptômes de sevrage.

Toutes ces situations qui alimentent la dépendance au tabac constituent ce qu'on appelle la **dépendance psychocomportementale**. Ces stimuli du quotidien ont acquis le pouvoir de déclencher — de façon purement automatique et réflexe — l'envie de fumer.

Ces stimuli du quotidien sont souvent à l'origine des rechutes. Voilà pourquoi il ne suffit pas de mettre un timbre de nicotine pour que ces déclencheurs, qui entretiennent le goût de fumer, disparaissent.

Le counseling, aspect trop souvent négligé du traitement, augmente les chances de réussir à cesser de fumer. Il permet à la personne qui veut cesser de fumer de « désapprendre à fumer » et déprogrammer son cerveau.

Nous venons de voir que la dépendance au tabac est double, physique et psychocomportementale. C'est pour cette raison précise



que **le traitement adéquat du tabagisme devrait inclure la pharmacothérapie et le counseling**. La combinaison pharmacothérapie et counseling est non seulement recommandée, elle s'est avérée plus efficace que l'une ou l'autre méthode utilisée seule, c'est prouvé !

Ne lâchez pas !

Ce n'est donc pas parce que votre patient continue de fumer malgré vos conseils qu'il ne souhaite pas cesser de fumer.

Vous avez renoncé à intervenir sur le tabac parce que vous avez l'impression que ça n'a pas d'impact ?

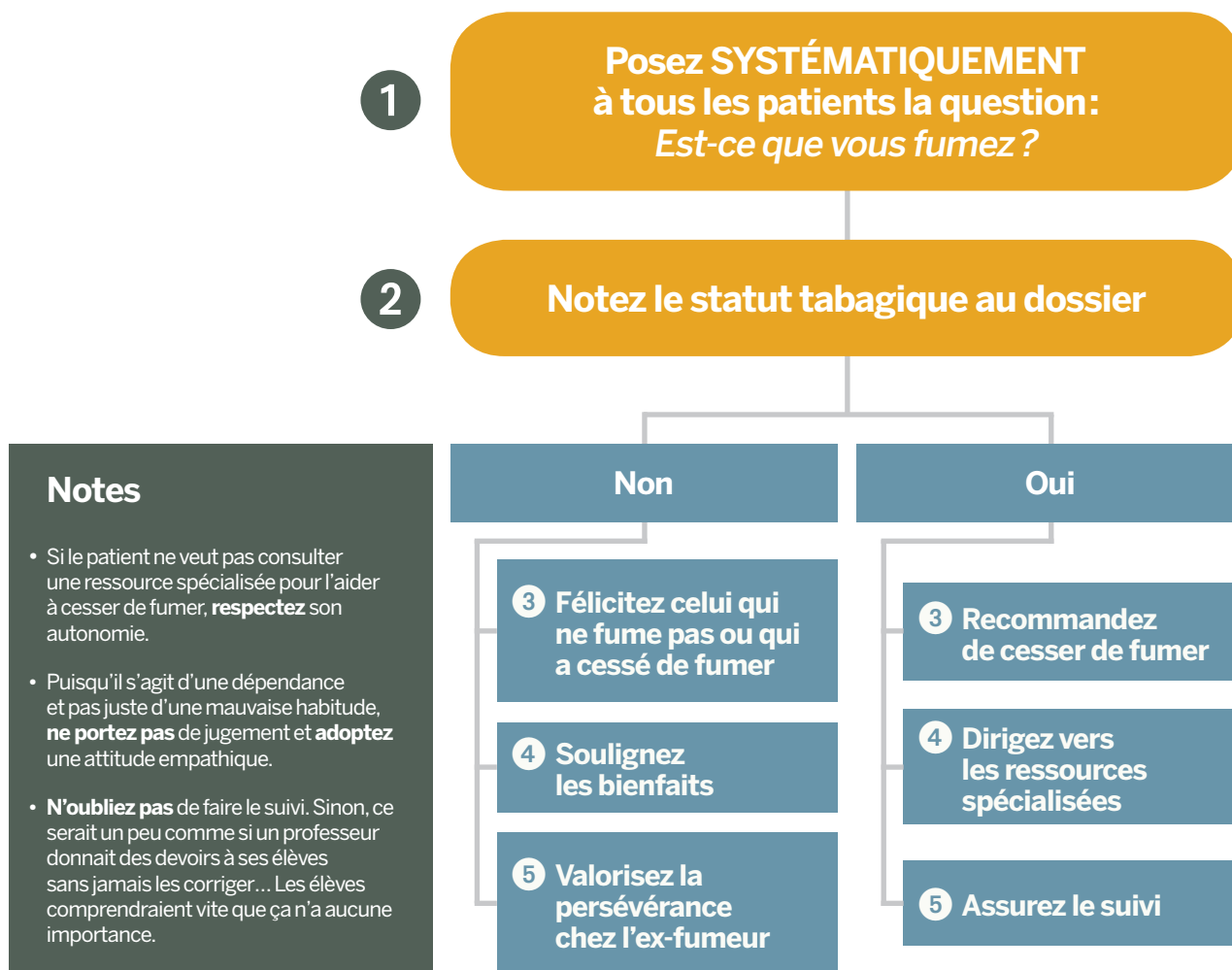
Cesser de fumer, comme tout changement ou projet d'envergure, implique une démarche.

Par comparaison, imaginons que vous rêviez d'un voyage, unique et très spécial, le voyage de votre vie : une expédition, un safari, une croisière, un tour du monde ? Vous allez probablement le préparer longuement et avec soin. Mettre de l'argent de côté ; demander l'avis de ceux qui ont déjà fait ce voyage ; consulter un voyageur ; lire un guide de voyage ; parcourir les blogues ; regarder un reportage ou assister à une conférence des *Grands Explorateurs* sur le sujet ; surveiller les rabais sur le prix des billets d'avion ; vous informer de la météo locale ; acheter chaussures, vêtements et accessoires qui conviennent aux excursions prévues ; planifier une visite à la clinique de santé-voyage, etc. Ce n'est donc pas parce que vous n'aurez pas fait ce voyage de rêve aux prochaines vacances, que vous y aurez renoncé, que ce rêve ne vous habitera plus ou qu'il n'est plus présent à votre esprit. Sans doute que l'occasion ne s'est pas encore présentée.

Cesser de fumer, plusieurs fumeurs en rêvent, comme d'un voyage spécial, le plus grand de toute leur vie.

La réalisation d'un grand projet, le rêve d'une vie, comme celui de vouloir cesser de fumer, peut prendre du temps. Ce processus, plus ou moins long selon les individus, peut même s'échelonner sur plus d'une décennie. Le temps de surmonter les moments d'ambivalence, d'assimiler les recommandations des professionnels, d'écouter les suggestions d'ex-fumeurs, d'explorer les différentes stratégies offertes, d'attendre le moment propice, d'expérimenter, de faire de petites tentatives, d'avoir des hésitations.

Ce n'est donc pas parce qu'au prochain rendez-vous votre patient n'a pas encore cessé de fumer que votre intervention n'a pas eu d'impact, qu'il reste insensible aux messages et qu'il ne cessera jamais de fumer. L'idée peut avoir cheminé, le *projet* peut avoir progressé sans que vous le sachiez.



Moins de temps que pour cuire un œuf

Vous avez renoncé à intervenir sur le tabac par manque de temps ? Pourtant une intervention de moins de 3 minutes est efficace, alors même que **ne pas intervenir n'est pas sans conséquence !**

Selon une étude menée par l'INSPQ en 2006, près de **80 %¹ des fumeurs et ex-fumeurs récents croient que c'est le rôle de l'inhalothérapeute de donner des conseils à ses patients pour les aider à arrêter de fumer**. Vos patients s'attendent donc à ce que vous leur parliez de leur tabagisme.

Que pourraient-ils penser si vous ne le faites pas ? Que vous n'êtes pas un professionnel rigoureux ou compétent ; que vous ne vous intéressez pas à eux ; qu'ils ne valent pas la peine que vous preniez du temps pour eux ; qu'arrêter de fumer n'est pas si important que ça ; que vous n'avez pas confiance en eux ou en leur capacité de réussir ; qu'ils ne fument pas assez pour entraîner des problèmes ou que les dommages sont au contraire trop avancés ?

On estime que l'espérance de vie des personnes qui fument est amputée d'environ 10 à 15 ans. Cesser de fumer, même à 60 ans, permettrait encore d'augmenter l'espérance de vie de 3 ans. Et ceci, sans compter l'amélioration de la qualité de vie en prévenant l'apparition ou la progression des maladies chroniques comme les problèmes respiratoires.

Quoi faire ? Intervenir systématiquement... même minimalement (voir schéma 1)

L'idéal est d'intervenir de façon SYSTÉMATIQUE auprès de tous les patients² et à toutes les visites périodiques, un peu comme on prend le rythme respiratoire.

Pourquoi le faire de façon systématique ? Parce que ça devient plus facile avec la pratique, pour éliminer la stigmatisation (on le fait à tout le monde), mais surtout pour l'efficacité populationnelle.

Pour illustrer ce dernier concept et la valeur des interventions systématiques, j'aime bien utiliser cette métaphore : imaginez que l'on ajoute un cent à la facture de votre repas pris dans un des restaurants d'une grande chaîne de rôtisseries de poulet. Vous ne vous en rendriez probablement même pas compte, l'impact serait indolore. Or, si l'on ajoutait un cent aux factures de tous les clients, de toutes les rôtisseries de la chaîne à l'échelle provinciale, et ce, tous les jours, pendant une année... Imaginez la somme colossale qui serait amassée. Ceci illustre l'effet cumulatif que peut produire l'intervention systématique sur la cessation tabagique faite auprès de tous les patients fumeurs, à grande échelle par tous les inhalothérapeutes du Québec. Un petit geste, une simple intervention presque anodine, mais qui, répétée à l'échelle populationnelle, exprime tout son potentiel d'efficacité.

1. KAIROUZ, S., MONTREUIL, A., POULIN, I., PAYETTE, Y., HAMEL, D., TREMBLAY, M. 2007. *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois*. Montréal, Québec, Canada, Institut national de santé publique du Québec.

2. Ou de leurs parents dans le cas de jeunes enfants qui pourraient être exposés à la fumée de tabac.

« Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi il y a 25 cigarettes dans un paquet et 24 heures dans une journée ? Maintenant, vous le savez ! Gageons que vous allez aussi deviner pourquoi il y a 8 paquets dans une cartouche de cigarettes, un de plus que les 7 jours de la semaine ? Tout est prévu pour ne pas en manquer ! »

Exemples d'intervention auprès d'un patient qui fume

Cas n° 1

- Monsieur Tremblay, je m'inquiète du tabagisme pour votre santé. Comme professionnel, je sais à quel point ce serait mieux pour la santé de vos poumons et de votre santé en général. Je vous encourage vraiment à cesser de fumer. J'aimerais vous aider. Permettez-moi de vous référer au conseiller du centre d'abandon du tabagisme, il pourrait vous appeler pour vous donner un rendez-vous. Vous pourriez voir ce que vous voulez faire avec votre tabagisme.

Si le patient ne veut pas consulter une ressource spécialisée pour l'aider à cesser de fumer, respectez son autonomie et ne portez pas de jugement.

- J'entends que vous n'êtes pas prêt à envisager de cesser de fumer maintenant. N'hésitez pas à demander de l'aide si vous changez d'avis. Je serais heureux de vous aider. Nous pourrions en reparler la prochaine fois.

N'oubliez pas de faire le suivi !

- Bonjour Monsieur Tremblay, je note que lors de notre dernière rencontre il y a 3 mois, je vous avais référé au centre d'abandon du tabagisme, comment ça s'est passé ?

Fausse croyance : fumer ça n'aide pas à relaxer, fumer, ça stresse !

La majorité des personnes qui fument pensent que fumer les aide à relaxer. FAUX ! En effet, la cigarette a des effets stimulants plutôt que relaxants. D'où leur vient cette fausse impression ?

Le piège repose sur le fait que chez la personne fumeuse, une abstinence d'environ une heure entraîne un manque de nicotine qui déclenche des symptômes de sevrage comme des troubles de concentration, de l'anxiété et du stress. La personne ressentira fortement l'envie de griller une cigarette. Ce faisant, elle récupère une dose de nicotine qui va soulager, temporairement, les symptômes de sevrage — dont le stress — causés par le manque de nicotine. La cigarette n'est donc pas un relaxant, elle ne peut soulager que le stress qu'elle a elle-même engendré, stress qui réapparaîtra très rapidement dès que le taux sanguin de nicotine redescendra, environ une heure plus tard !

Cas n° 2

- Monsieur et Madame Beaulieu, je me préoccupe de la santé de Juliette. Vous savez probablement que respirer de la fumée de cigarette est mauvais pour les poumons et pour la santé en général. Je vous encourage fortement à cesser de fumer pour Juliette, mais aussi pour vous-mêmes. Si vous êtes d'accord, j'aimerais vous référer au centre d'abandon du tabagisme. Vous pourriez voir les options qui s'offrent à vous.

Si les parents refusent, respectez leur autonomie et ne portez pas de jugement, toutefois vous pourriez poursuivre :

- Je comprends que, pour vous, ce n'est actuellement pas un bon moment pour cesser de fumer. Pour améliorer la santé de Juliette, vous pourriez alors éviter de fumer dans la maison et dans la voiture. Voyez ce que vous pouvez faire, nous pourrions en reparler la prochaine fois.

Suivi au rendez-vous suivant :

- Lors du dernier rendez-vous, il y a 6 mois, nous avons parlé de l'effet de votre tabagisme sur la santé de Juliette, j'aimerais savoir où vous en êtes aujourd'hui ?

Vous apprenez que les parents ne fument plus en voiture (de toute façon maintenant, il est interdit par la loi de fumer en voiture en présence de mineurs de moins de 16 ans) et qu'ils ont aussi fait des efforts pour ne plus fumer dans la maison en présence de Juliette. Pour certaines personnes, éviter de fumer dans la maison et dans la voiture peut être une première étape avant de décider de cesser de fumer pour de bon.

- Je vous félicite pour vos efforts. Seriez-vous d'accord pour que je transmette vos coordonnées au centre d'abandon du tabagisme ? On pourrait vous appeler et vous proposer une rencontre. Vous pourriez discuter avec le conseiller de ce que vous souhaitez maintenant faire avec votre tabagisme.

Pour aller plus loin, inscrivez-vous à la formation OPIQ-310 : *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes*, offerte gratuitement sur le Campus OPIQ.





Festoyer sans fumée!

par Capsana

Plusieurs personnes se souviennent probablement des Noëls où il était pratique courante de fumer dans la maison ou la voiture, et cela même en présence d'enfants. Bien que les effets nocifs de la fumée secondaire fussent soupçonnés, ils n'étaient pas encore bien documentés. Aujourd'hui, il n'y a plus aucun doute : la fumée secondaire représente un danger réel pour la santé. Malgré tout, au moins 70 000 petits Québécois y sont encore exposés. Offrir un environnement sans fumée est donc une excellente résolution à prendre et le plus beau des cadeaux à offrir à sa famille.

Et vous, en tant que partenaire santé, vous pouvez faire la différence et sensibiliser les gens à adopter un mode de vie sain et leur démontrer que le simple fait de fumer à l'extérieur est une excellente idée pour de multiples raisons.

Mais qu'est-ce que la fumée secondaire?

La fumée secondaire est composée de la fumée qui s'échappe directement dans l'air à partir d'une cigarette, d'un cigare, d'un cigarillo ou d'une pipe, et de celle qui est expirée dans l'air par un fumeur. Secondaire, mais pas sans danger ! Celle-ci contient plus de 7 000 substances chimiques, dont plus de 70 connues pour leur effet cancérigène. Près de 85 % de la fumée secondaire est invisible, ce qui n'enlève rien à sa toxicité.

Des concentrations effarantes

Fumer dans un espace restreint, comme une pièce ou une voiture, augmente de façon importante la concentration des produits nocifs. Par exemple, la concentration des particules de fumée secondaire dans une voiture peut être jusqu'à 27 fois plus élevée que dans une maison de

fumeur et 60 fois plus que chez un non-fumeur. Malheureusement, aucun système de ventilation ne peut éliminer les gaz toxiques de la fumée secondaire. On estime qu'il faudrait 10 000 changements d'air par heure dans un endroit clos comme une voiture pour s'en débarrasser. C'est l'équivalent d'une tornade !

Protégeons les enfants

La fumée secondaire cause du tort à tous, mais elle est particulièrement néfaste pour la santé des jeunes enfants, des femmes enceintes et de leur bébé. Les tout-petits respirent plus vite que les adultes, ce qui fait qu'ils inhalent plus d'air que ces derniers en proportion de leur masse corporelle et absorbent donc plus de substances chimiques dangereuses. Également, leurs poumons et leur système immunitaire ne sont pas encore totalement développés. Dans les premiers mois de vie, les poupons exposés à la fumée secondaire sont plus à risque d'être victimes du syndrome de mort subite du nourrisson. Chez les enfants, l'exposition régulière à la fumée secondaire peut provoquer ou amplifier certains problèmes de santé comme les problèmes des voies respiratoires inférieures, l'asthme, les otites à répétition, les rhumes.

Une problématique sociétale

Le Québec est la province où l'exposition des jeunes de 0 à 11 ans à la fumée secondaire à la maison est la plus importante. Ils sont même 2 fois plus nombreux à être exposés à cette substance que les autres Canadiens du même âge. Il est donc primordial de continuer les efforts de conscientisation de nos familles québécoises afin d'offrir des milieux sains à la nouvelle génération en devenant.

• • • Une loi encore plus sévère

En novembre 2015, le gouvernement du Québec modifiait la *Loi sur le tabac*. Par la même occasion, la loi a changé de nom pour devenir la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* (voir p. 15 pour un rappel des principales mesures). Une série de nouvelles mesures sont entrées en vigueur dès la sanction en novembre 2015, alors que d'autres prenaient effet 6, 9 ou 12 mois plus tard. Il ne reste qu'une seule mesure à venir en novembre 2017.

Ces modifications visent à protéger les jeunes et à prévenir leur initiation à l'usage du tabac, à protéger la population des dangers de l'exposition à la fumée secondaire et à favoriser l'abandon du tabac. À titre d'exemples, les nouvelles mesures comprennent l'interdiction de fumer et de vapoter (cigarette électronique) dans les voitures en présence d'enfants de moins de 16 ans; sur les terrasses commerciales; dans les aires de jeux extérieures pour les enfants et sur les terrains sportifs et les terrains de jeux. Tout dernièrement, soit le 26 novembre 2016, entrant en vigueur l'interdiction de fumer à moins de 9 mètres de toute porte, fenêtre et prise d'air communiquant avec un lieu fermé où il est interdit de fumer tel qu'un lieu de travail ou un commerce.

Famille sans fumée: une campagne pour protéger les enfants

Initiée par Capsana, et en partenariat avec des organismes publics et privés, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, la campagne *Famille sans fumée* sensibilise les parents québécois aux dangers de la fumée secondaire pour la santé des enfants. Cette initiative, activée annuellement à l'automne, vise à amener les parents à ne pas fumer près des enfants, à l'intérieur comme à l'extérieur.

Le slogan de *Famille sans fumée* est clair et fort : **Près des enfants, on ne fume pas.** Il s'applique à l'ensemble des situations que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur et il souligne aux parents l'importance de ne pas exposer les enfants à la fumée secondaire. En réalité, lorsqu'un parent fume en présence de son enfant, son enfant fume aussi.

Pour soutenir les parents et les aider à limiter l'exposition de leurs enfants à la fumée secondaire, le site famillesansfumee.ca propose de l'information, des conseils et des outils pratiques. On y parle des méfaits de la fumée secondaire sur la santé des enfants, ainsi que des mythes et des stratégies populaires utilisées pour tenter de limiter l'exposition à celle-ci. Bien que les fumeurs fassent plusieurs gestes pour essayer de ne pas déranger les non-fumeurs, fumer sous la hotte de la cuisinière ou encore baisser les vitres de la voiture ne permet pas de rendre l'air exempt de substances toxiques.

La page Facebook est également une source d'information et un lieu d'échanges où il est possible d'exprimer son appui à la campagne et partager son expérience avec les autres utilisateurs.

En tant qu'intervenants spécialistes, vous pouvez jouer un rôle d'influence. N'hésitez donc pas à rappeler à vos patients et à vos proches l'importance de ne pas fumer en présence des enfants.



Une belle occasion d'arrêter

Sortir de la maison ou de l'auto pour aller fumer afin de protéger ses proches permet souvent de réduire le nombre de cigarettes consommées. Avec l'arrivée de l'hiver et de ses températures froides, l'envie de sortir à l'extérieur sera certainement diminuée.

De plus, la période des fêtes est souvent synonyme de festivités et de nouvelles résolutions. Évidemment, cesser de fumer est une résolution toujours populaire ! À ce chapitre, nous vous invitons à encourager vos patients et vos proches à cesser de fumer s'il semble y avoir une ouverture en ce sens. *Cette fois-ci, c'est la bonne*, voilà le nouveau slogan de la campagne du *Défi J'arrête, j'y gagne!* 2017 de Capsana qui invite les fumeurs québécois à arrêter de fumer pendant six semaines, selon une approche éprouvée et avec du soutien gratuit.

- **Inscription à defitabac.ca à compter du 2 janvier 2017**
(les 6 semaines du *Défi* commencent le 6 février et se terminent le 19 mars 2017)
- D'autres ressources : la ligne 1 866 jarrête (527-7383) et les centres d'abandon du tabagisme (CAT) de leur région

Bonne année 2017! Santé, bonheur et vie sans fumée!

www.capsana.ca

Références fournies sur demande.

Rappel sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme

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

Nous savons tous que la cigarette et la fumée secondaire du tabac sont nocives pour la santé et que la lutte contre le tabagisme demeure une priorité de santé publique au Québec. Ainsi, l'adoption de la *Loi sur le tabac* en 1998 et son renforcement en 2005 a permis de limiter l'accès aux produits du tabac chez les jeunes et de protéger la santé des non-fumeurs en interdisant de fumer dans la plupart des lieux fermés publics ou de travail. Malgré tout, près de 1,4 million de Québécois et Québécoises de 15 ans et plus faisaient toujours usage du tabac en 2014 (21,2 %) (Statistique Canada, 2015). De plus, le nombre de jeunes fumeurs stagne, en raison notamment de la popularité des petits cigares aromatisés chez les adolescents. Les jeunes Québécois sont d'ailleurs les plus grands consommateurs de cigarillos au pays (Lasnier et Stich, 2016).

Pour ces raisons, le gouvernement du Québec a sanctionné en novembre 2015 le projet de loi 44 qui modifie la *Loi sur le tabac*, qui porte maintenant le nom de *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*, en étendant sa portée à la cigarette électronique et en ajoutant de nouvelles interdictions, notamment en ce qui a trait à l'usage du tabac dans certains lieux. Cette *Loi* vise à :

- protéger les jeunes et à prévenir l'initiation à l'usage du tabac ;
- protéger la population des dangers de l'exposition à la fumée de tabac ;
- favoriser l'abandon du tabac.

Faits saillants des nouvelles dispositions législatives entrées en vigueur depuis la sanction de la Loi

Depuis le 26 novembre 2015, la cigarette électronique et tous les autres dispositifs de même nature, y compris leurs composantes et leurs accessoires, sont soumis aux mêmes règles que les produits du tabac.

Cette mesure implique entre autres :

- l'encadrement rigoureux de la vente de ces produits ;
- l'interdiction de faire usage d'une cigarette électronique **dans tous les lieux où il est interdit de fumer** :
 - à l'intérieur des lieux fermés qui accueillent le public ;
 - dans les milieux de travail ;
 - dans tous les autres lieux extérieurs interdits par la *Loi*.

Depuis le 26 mai 2016, **il est interdit de fumer et de vapoter** dans les lieux publics extérieurs. Ce qui veut dire qu'en plus des interdictions déjà existantes, il est aussi interdit de fumer :

- dans les véhicules automobiles, en présence de personnes de moins de 16 ans ;
- dans les aires communes des immeubles d'habitation comportant de 2 à 5 logements ;
- sur les terrasses commerciales, incluant celles des restaurants et des bars ;
- dans les aires de jeux extérieures pour enfants ;
- sur les terrains sportifs et les terrains de jeux ;
- sur les terrains des camps de vacances ;
- en tout temps, sur les terrains :
 - des centres de la petite enfance et des garderies ;
 - des établissements d'enseignement préscolaire, primaire, secondaire, y compris les centres de formation générale aux adultes et les centres de formation professionnelle.

Depuis le 26 août 2016, il est interdit aux exploitants de points de vente de tabac de vendre des produits du tabac aromatisés.

Depuis le 26 novembre 2016, il n'est plus permis de fumer ou de vapoter à moins de 9 mètres d'un bâtiment public et il est interdit à tout adulte d'acheter du tabac pour un mineur.

Mesure qui entrera en vigueur le 27 novembre 2017 : l'obligation pour les établissements de santé et de services sociaux et les établissements postsecondaires d'avoir adopté une politique pour la création d'environnements sans fumée.

Si ces mesures ont l'heur de plaire à certains organismes engagés dans la lutte au tabagisme (Société canadienne du cancer, Conseil québécois sur le tabac et la santé, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, Association pour les droits des non-fumeurs), il n'en va pas de même du côté de l'Union des tenanciers des bars du Québec (UTBQ), de l'Association québécoise des dépanneurs en alimentation (AQDA) et de la Coalition nationale contre le tabac de contrebande (CNCTC) qui trouvent que cette loi va trop loin.

Comme quoi, on ne peut pas plaire à tout le monde... 

Pour plus d'information sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, consultez le site du ministère de la Santé et des Services sociaux www.msss.gouv.qc.ca/documentation/loi-tabac



Références

- STATISTIQUE CANADA. Mise à jour 7 mars 2016. « Fumeurs, selon le sexe, provinces et les territoires (nombre de personnes) ». © Gouvernement du Canada. Repéré à [<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health74a-fra.htm>].
- MONTREUIL, A., TREMBLAY, M., GAMACHE, L. Août 2015. « Projet de loi 44 : Loi concernant la lutte contre le tabagisme — mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux ». *Institut national de santé publique*, © Gouvernement du Québec, 74 p. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2032_memoire_loi_44_tabagisme.pdf].
- LASNIER, B. et C. STICH. 2016. « L'usage de la cigarette et du cigare ou cigarillo chez les élèves québécois : 2012-2013 ». *Institut national de santé publique*, © Gouvernement du Québec, 14 p. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2103_usage_cigarette_cigare_eleves_quebecois.pdf].
- PERREAULT-LABELLE, A. Avril-mai 2013. « Petite histoire de la lutte contre le tabac au Québec ». *Info-tabac*, n° 96, p. 4-6. Repéré à [<http://info-tabac.ca/petite-histoire-de-la-lutte-contre-le-tabac-au-quebec/>].
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. Mise à jour 26 août 2016. *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*. © Gouvernement du Québec, repéré à [<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/loi-tabac/>].
- GOUPE SOLROC. Août 2015. « Étude du risque incrémentiel associé à la fumée de tabac pour quelques terrasses de bars et restaurants à Montréal ». Repéré à [<http://utbq.ca/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-UTBQ-Terrasses-Final-19-ao%C3%BBT-20151.pdf>].
- RADIO-CANADA. Mai 2015. « Québec s'attaque à la cigarette électronique et au tabac sur les terrasses ». Repéré à [<http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/719313/tabac-terrasses-cigarette-electronique-interdiction-lieux-publics-projet-loi>].
- LE MONDE DU TABAC. Mai 2015. « Canada : réactions mitigées sur le projet de loi anti-tabac québécois... sans le paquet neutre, pour le moment ». Repéré à [<http://www.lemondedutabac.com/canada-reactions-mitigees-sur-le-projet-de-loi-anti-tabac-quebecois-sans-le-paquet-neutre-pour-le-moment/>].

HEY YO, MON
E-LIQUIDE EST
PRÉPARÉ SELON
LES STANDARDS
DE L'INDUSTRIE. LA
QUALITÉ C'EST MA
PRIORITÉ... TSÉ
VEUT DIRE.



La cigarette électronique : à recommander ou à déconseiller ?

par **Marise Tétreault**, inh., M.A. (communication et santé), coordonnatrice du développement professionnel, OPIQ.

L'e-cigarette polarise l'opinion médicale et scientifique depuis quelques années déjà. Il semble y avoir unanimité pour reconnaître la nécessité de rigoureusement documenter ses effets à long terme sur la santé ainsi que son efficacité potentielle comme dispositif de renoncement au tabac. D'ici là, le mieux consiste encore à faire preuve de prudence dans notre discours.

1. Demandez au patient quelle est son intention :

- cessation (étape de sevrage);
- réduction de la consommation totale de nicotine;
- substitut à la cigarette conventionnelle;
- utilisation combinée (double usage);
- expérimentation d'un nouveau gadget;
- autres.

2. Demandez au patient ce qu'il connaît de la cigarette électronique.

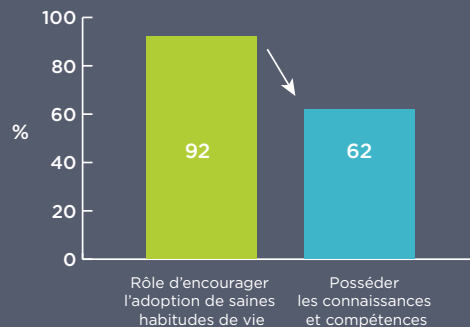
- Conseillez. À titre d'exemples :
 - Si vous souhaitez arrêter de fumer, pourquoi ne pas commencer par consulter un centre d'abandon du tabagisme ? Il y en a certainement un près de chez vous. Je peux vous y diriger si vous voulez.
 - Si vous êtes un non-fumeur, ne tentez pas la cigarette électronique qui contient de la nicotine. Pourquoi risquer de devenir dépendant alors que vous ne l'êtes pas en ce moment !
- Complétez ou corrigez l'information en présentant les faits scientifiquement connus à ce jour. À titre d'exemples :
 - e-liquides : provenance, qualité et dosage incertains;
 - cas d'explosion de piles rapportés;
 - effet nocif pour la santé (p. ex. : irritation des voies respiratoires);
 - risques associés à la nicotine liquide;
 - etc.

Bonne discussion ! 

Résultat du sondage sur les habitudes d'intervention en abandon du tabac

En juin 2016, l'OPIQ a conduit un sondage auprès d'inhalothérapeutes cliniciens exerçant dans un établissement de santé (urgence, soins intensifs, anesthésie, pneumologie, etc.), dans une clinique médicale (p. ex. GMF) ou offrant des soins et services à domicile (public ou privé) auprès de clientèles multiples (néonatalogie, pédiatrie, adulte et gériatrie). Parmi les résultats obtenus, soulignons ceux-ci qui concernent l'abandon du tabagisme.

Au sujet des saines habitudes de vie



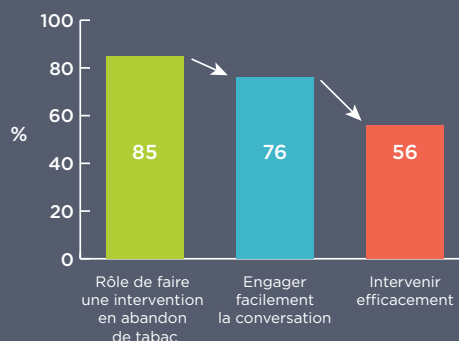
92 % des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire que c'est leur rôle d'encourager leurs patients (ou leurs proches) à adopter et maintenir un mode de vie sain.

- Plutôt en accord: 31 %
- Entièrement en accord: 61 %

62 % des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire qu'ils possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour faire de l'intervention (brève ou non) en saines habitudes de vie (p. ex. abandon du tabac, activité physique, saine alimentation) auprès des patients (ou leurs proches).

- Plutôt en accord: 44 %
- Entièrement en accord: 18 %

Au sujet du tabagisme



85 % des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire que c'est leur rôle de faire des interventions en abandon du tabac auprès des patients fumeurs (ou leurs proches).

- Plutôt en accord: 25 %
- Entièrement en accord: 60 %

76 % des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire qu'il est facile d'engager une conversation sur les bienfaits de l'abandon du tabac avec les patients fumeurs (ou leurs proches).

- Plutôt en accord: 33 %
- Entièrement en accord: 43 %

56 % des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire qu'ils sont capables d'intervenir efficacement auprès des patients (ou leurs proches) pour les aider à cesser de fumer.

- Plutôt en accord: 29 %
- Entièrement en accord: 27 %

Note : visitez le cube à outils [Abandon du tabagisme](#) pour consulter les résultats complets de ce sondage.



Ensemble, passons à l'action!

par **Marise Tétreault**, inh., M.A. (communication et santé), coordonnatrice du développement professionnel, OPIQ.
Avec la collaboration de **Claire Jutras**, médecin-conseil, M.D., M. Sc., CSPQ, Direction de santé publique,
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Avec l'arrivée de la nouvelle année, vos patients prendront peut-être la résolution de cesser de fumer. Profitez donc de ce marqueur temporel que représente le début d'une nouvelle année pour les aider à convertir une simple **idée** en une **tentative** de cesser de fumer ou encore mieux, à en faire une **réussite**.

Comment puis-je aider mon patient?

C'est simple, il suffit d'aborder **systématiquement** le sujet du tabac lors de vos rencontres cliniques. À cet égard, nous vous invitons à lire l'article de D^{re} Jutras en [page 8](#).

Demander à un patient s'il fume et le noter au dossier prend 30 secondes, alors que l'encourager à essayer d'arrêter, lui offrir votre soutien, le guider et l'assister vers les ressources et les services offerts prend à peine 3 minutes.

Et si vous aviez plus d'influence que vous ne le pensez?

Saviez-vous que dans plus de 40 % des cas¹, la décision de consulter une ressource spécialisée comme un conseiller d'un centre d'abandon du tabagisme ou de la *Ligne J'Arrête* est influencée par la référence d'un professionnel?

Quand on sait que le counseling double les chances de réussir, votre intervention peut contribuer à ce qu'une tentative se traduise en succès.

Claire Jutras, médecin-conseil, M.D., M. Sc., CSPQ.

¹ Sondage Léger-Marketing, 2010.

Pour en savoir plus, consultez le cube à outils [Abandon du tabagisme](#). C'est une excellente source d'informations et de ressources pour vous, votre équipe ou vos patients. Vous y trouverez, entre autres:

- une liste exhaustive de ressources ([Défi J'arrête, j'y gagne!](#), [centres d'abandon du tabagisme](#), [Famille sans fumée](#), etc.) [pour tous](#) ou [spécifique à la personne vivant avec une maladie cardiorespiratoire](#);
- de l'information relative aux approches éprouvées par la recherche, comme l'[intervention minimale \(< 3 minutes\)](#) ou [brève \(3 à 10 minutes\)](#) et la [technique des 5 «A»](#), lesquelles peuvent être adaptées à votre pratique professionnelle.

L'efficacité de l'appel proactif

Un appel proactif, c'est-à-dire un appel fait par le conseiller d'un centre d'abandon du tabagisme suite à une référence, est plus efficace que le fait de demander au patient d'appeler lui-même pour prendre rendez-vous (appel réactif). Communiquez avec le conseiller de votre centre d'abandon du tabagisme ou de la *Ligne J'Arrête* afin de convenir d'un corridor de services et des modalités pour diriger un patient (transmission des coordonnées du patient par téléphone, par télécopieur, sur un formulaire par courrier interne).

Claire Jutras, médecin-conseil, M.D., M. Sc., CSPQ.

Psst! N'oubliez pas que le prochain [Défi J'arrête, j'y gagne](#), qui invite les fumeurs prêts à arrêter de fumer à passer à l'action, se tiendra du **6 février au 19 mars 2017**. Voyez-y une excellente occasion d'encourager vos patients fumeurs à relever avec brio le défi de vivre sans tabac.

Bonnes discussions et bon défi à tous les fumeurs!





Semaine pour un Québec sans tabac 2017

Le tabac tue 1 fumeur sur 2

Du 5 au 21 janvier 2017, la *Semaine pour un Québec sans tabac* décrira par un ton choc certains des ravages du tabagisme auprès des fumeurs, mais du point de vue de leurs proches. Avec son slogan **Le tabac tue 1 fumeur sur 2**, la 40^e édition de cette campagne illustrera que les maladies et les décès prématurés causés par le tabac accablent et inquiètent grandement les proches des personnes qui fument.

En plus de causer de 80 à 90 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques, le tabac est responsable de 10 400 décès chaque année. Parce que le couperet tombe toujours sur quelqu'un qu'on aime, participez à l'effort pour réduire le tabagisme au Québec, où une personne sur cinq fume. À compter du mois de janvier 2017, visitez le tout nouveau portail QUEBECSANSTABAC.CA et interagissez sur facebook.com/quebecsans-tabac. La lutte contre le tabagisme, ça nous concerne tous!

Colette Provencher lance un vibrant appel à l'action

Touchée de près par cette problématique, Colette Provencher, est la porte-parole de la campagne 2017. Elle encourage tous les Québécoises et les Québécois à s'engager durant la *Semaine* : « J'ai été très affligée par les conséquences du tabagisme. En 1988, mon père est décédé des suites d'un cancer du poumon. Il souffrait aussi d'emphysème et d'un cancer du foie. C'a été très pénible de le voir dépérir ainsi. Ensuite, nous avons dû apprendre à vivre sans lui... De mon côté, j'ai commencé à fumer à 16 ans. Pour mon 37^e anniversaire, j'ai décidé de m'offrir le plus beau cadeau qui soit, arrêter de fumer. Je l'ai fait pour ma santé bien sûr, mais aussi pour mes enfants. Ils s'inquiétaient beaucoup pour moi. J'ai envie de profiter de la vie le plus longtemps possible avec ma famille et mes amis », conclut-elle.

UNE FORCE POUR LES INHALOS



UNE FORCE
INCONTOURNABLE

f t incontournable.info

BRAVO AUX LAURÉATS 2016

Dans l'ordre habituel, Gyslaine Desrosiers, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec, Michèle Vincent Félix et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ.



Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Le prix *Mérite du CIQ* est remis à un inhalothérapeute s'étant démarqué principalement par son implication et ses réalisations dans l'une des deux sphères suivantes : le développement de l'Ordre et le rayonnement de la profession, au niveau provincial, national ou international. Madame Michèle Vincent Félix a reçu le prix *Mérite du CIQ 2016* qui salue son professionnalisme et son leadership dans la lutte au tabagisme, la formation continue des inhalothérapeutes et son engagement profond envers la profession (*pour en savoir plus sur la lauréate, lire les textes en [pages 26 et 27](#)*).



Dans l'ordre habituel, Régine Laurent, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), Éline Trottier, Anne Bélanger, Karine Gendreau du CISSS Montérégie-Centre, Hôpital du Haut-Richelieu et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ.

Prix Éline-Trottier 2016

Le prix *Éline-Trottier*, assorti d'une bourse de 2000 \$ et décerné par la Fédération interprofessionnelle en santé du Québec (FIQ), récompense un inhalothérapeute pour une réalisation particulière ou pour son implication à un événement ponctuel et profitable pour la pratique.

Il a été remis cette année à Anne Bélanger et Karine Gendreau, inhalothérapeutes au CISSS Montérégie-Centre, Hôpital du Haut-Richelieu, pour avoir convaincu treize patients du programme de rééducation respiratoire, dont quatre étaient oxygénéodépendants, de s'entraîner et de relever un défi : marcher un kilomètre lors du défi *Je bouge* de leur région... Elles ont marché à leurs côtés alors qu'ils ont rallié le fil d'arrivée. Ces patients — et les familles aussi! — ont pris conscience que malgré une maladie respiratoire chronique, on peut demeurer actif. Un bel exemple de professionnalisme et de générosité au service de la promotion de la santé!

Place à la relève 2016

Chaque année, nous présentons un concours où chaque maison d'enseignement est invitée à inscrire un « champion » qui la représentera, dans une joute amicale, présentée devant un jury de 3 personnes en conférence plénière au congrès annuel.

Cette année, la gagnante de la bourse de 2000 \$, offerte par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), est Marianne Proulx du Collège Ellis. Pour connaître le projet qui lui a valu de remporter le concours, lire le texte *Le syndrome de perfusion au propofol* en [page 22](#).

Dans l'ordre habituel, Julie Pombert, directrice, groupe d'affinité de la Banque Nationale du Canada, Mélanie Pelletier, Joëlle Allen du Centre de simulation Apprentiss de l'Université Laval et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ.



Prix Roméo-Soucy 2016

Ce prix, assorti d'une bourse de 1 000 \$, met en évidence l'importante contribution d'un inhalothérapeute dans le secteur de l'enseignement aux étudiants, aux pairs ou à la clientèle.

Cette année, le Conseil d'administration de l'OPIQ a souligné l'implication de la première heure de deux inhalothérapeutes, mesdames Joëlle Allen et Mélanie Pelletier, dans le développement et l'implantation du centre de simulation haute-fidélité Apprentiss de l'Université Laval, qui fut le premier du genre au Québec. Depuis, plusieurs centres de simulation ont vu le jour à travers la province. En leur accordant ce prix, l'OPIQ salue leur rôle de pionnières à promouvoir un apprentissage actif en contribuant au développement des habiletés de communication, de collaboration interprofessionnelle, de résolution de problème et de prise de décision dans des contextes qui simulent la réalité.

La **Mention d'honneur de la Semaine de l'inhalothérapeute** est une bourse de formation continue de 2000 \$ offerte par la Fédération de la santé et des services sociaux-Confédération des syndicats nationaux (FSSS-CSN) pour souligner une activité de promotion originale de la profession s'adressant au grand public. La **Mention d'honneur 2015** a été remise à l'équipe d'inhalothérapeutes du CISSS de l'Outaouais, Hôpital de Hull.

iq
professionnel
alothérapeutes
bec

Madame Nadine Lambert, vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, CSN, Karine Potvin et Gina Louis, inhalothérapeutes de l'Hôpital de Hull et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ.



De gauche à droite, Lise Lapointe, vice-présidente de la FIQ, Francine LeHouillier, 1^{re} vice-présidente de l'OPIQ, toutes deux membres du jury, Marianne Proulx, représentant le Collège Ellis, gagnante de l'édition 2016, Marilène Gagné, membre du jury et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ.



Le syndrome de perfusion au propofol

par **Marianne Proulx**, inh.,
CHU Sainte-Justine, représentait le Collège Ellis

On emploie fréquemment le propofol, ou Diprivan®, dans plusieurs secteurs hospitaliers — urgence, bloc opératoire, soins intensifs, etc. — à travers le Québec. Pourtant, les inhalothérapeutes en savent peu sur le syndrome de perfusion au propofol (SPP), aussi connu sous l'acronyme anglophone PRIS (*Propofol-related infusion syndrome*).

Polyvalent, anticonvulsivant, neuroprotecteur et de courte durée d'action, il est le médicament de choix pour une grande majorité de cas instables, chez qui on doit souvent effectuer des tests d'éveil. Cependant, il entraîne aussi une multitude d'effets indésirables, tels que l'hypotension, l'hypoxie, l'hyperlipidémie, l'infection, l'arrêt cardiaque et le syndrome de perfusion au propofol (Milhomme, 2013, p. 48).

Physiopathologie et symptômes

« On rapporte une faible incidence du syndrome [de perfusion au propofol], mais elle est probablement sous-estimée » (Sneyers et Perreault, 2009, p. 114), du fait que le syndrome « imite », sur plusieurs aspects, la simple dégradation de l'état du patient.

Un syndrome est un ensemble de signes et symptômes constituant une individualité clinique, mais non une pathologie en soi. C'est pourquoi il est important d'identifier rapidement les symptômes. On associe à ce syndrome un taux de mortalité de 64 %, autant chez l'adulte que chez l'enfant. Il importe donc qu'un grand nombre d'intervenants de la santé connaisse le SPP, pour le reconnaître rapidement et ainsi, augmenter les chances de survie du patient.

L'acronyme **HARM**, qui en français signifie préjudice ou dommage, est un outil mnémotechnique créé pour retenir facilement les différents symptômes du syndrome : **H**yperlipidémie, **A**cidose métabolique et **A**rythmies cardiaques, **R**habdomyolyse et **M**yoglobininurie. Notez qu'ils sont aussi classés selon l'ordre d'apparition : un patient ne présentera habituellement pas une myoglobininurie avant l'hyperlipidémie. Voici les symptômes plus détaillés avec les signes cliniques les accompagnant :

- 1 **Hyperlipidémie** : en raison de la base lipidique du propofol composée d'œuf et de soya. Sur le résultat de la formule sanguine complète (FSC), on constate une augmentation des triglycérides. Sur la radiographie, ou bien à la palpation, on peut remarquer une hépatomégalie.
- 2 **Acidose métabolique** : sur les résultats de gaz sanguin et de la formule sanguine complète, on note une augmentation des lactates, mais sans hypoxie, de même qu'une augmentation du trou anionique. L'augmentation de ce dernier démontre que l'acidose n'est pas causée par une perte de bicarbonates, mais plutôt par l'augmentation des lactates.
- 3 **Arythmies cardiaques** : sur l'ECG, on peut voir une bradycardie sinusale, un bloc de branche droit, un bloc AV et un sous ou sus-décalage du segment ST. Une atteinte myocardique est possible.
- 4 **Rhabdomyolyse** : la destruction des cellules musculaires entraîne la libération de la myoglobine. Sur le résultat de la formule sanguine complète, on observe une augmentation des CPK, des troponines et du potassium. La rhabdomyolyse se traduit aussi par l'apparition d'une insuffisance rénale aiguë.
- 5 **Myoglobininurie** : la présence de fibres musculaires dans l'urine du patient donne à celle-ci une couleur rosée.

Facteurs prédisposants et déclenchants

Pour que le syndrome apparaisse, il faut un certain nombre de facteurs en présence. Cela explique la rareté des cas de SPP malgré le fait que le propofol soit d'usage courant. Parmi les facteurs prédisposants, on retrouve :

- **L'âge** : plus le patient est jeune, plus il est à risque. C'est d'ailleurs pour cette raison que le propofol est contre-indiqué chez les enfants de moins de 18 ans.



- **La criticité de l'état du patient :** plus il est instable, plus il est à risque. Cela explique le peu de cas répertoriés au bloc opératoire malgré l'utilisation de doses importantes de propofol ; la plupart des patients étant en bonne santé et venant pour une intervention élektive.
- **La génétique :** qui, même si elle n'a pas encore été clairement identifiée à ce jour, doit être prise en compte.

Le patient peut posséder tous les facteurs prédisposants, mais il doit aussi présenter les facteurs déclenchants pour risquer de développer le syndrome.

Les facteurs déclenchants concernent surtout la dose et la durée de la perfusion de propofol. Ainsi, administrer une dose supérieure à 4 mg/kg/h pour plus de 48 h n'est plus sécuritaire. On a aussi rapporté des cas durant lesquels les patients avaient reçu des bolus de propofol dans un court laps de temps. On a effectué une moyenne et conclu qu'une dose de perfusion inférieure à 4 mg/kg/h pour une durée de moins de 48 h représentait une dose sécuritaire pour le patient tant qu'il ne présente pas de signes d'effets indésirables graves ou de signes de détérioration de son état général.

L'administration de glucocorticoïdes et de catécholamines constitue le dernier facteur déclenchant. En effet, les amines, en augmentant le débit cardiaque et donc la vitesse de clairance hépatique, favorise l'élimination du sédatif. Il en résulte une escalade de la dose de propofol (perfusion) requise pour maintenir une sédation adéquate.

Traitements

Le premier geste à poser est de cesser la perfusion de propofol puisque c'est le médicament qui provoque l'instabilité et la détérioration de l'état du patient. Si le patient doit toujours recevoir une sédation, il faut alors changer pour un autre sédatif. Puis, l'ECMO et la plasmaphérèse sont les traitements classiques selon la littérature. En ce qui concerne les cas pédiatriques, l'exsanguino-transfusion s'est avérée un traitement efficace. Malheureusement, ces traitements ne sont pas offerts dans tous les centres hospitaliers. Il est primordial d'identifier rapidement un cas pour transférer (au besoin) le patient sans délai et ainsi augmenter ses chances de survie.

Conclusion

Le travail aux soins critiques en est un d'équipe et l'inhalothérapeute y occupe une place importante. Il serait donc souhaitable, dans une perspective préventive, que les inhalothérapeutes deviennent des vecteurs de sensibilisation en ce qui a trait au syndrome de perfusion au propofol, puisque nos connaissances communes assurent une meilleure prestation de soins aux patients.

Comme le nombre de professionnels de la santé qui gravite autour du patient est important, plus il y aura de personnes qui connaissent le SPP, plus son éventualité sera envisagée. De même, plus l'arrêt de perfusion du médicament s'effectue rapidement, meilleures sont les chances de survie du patient. C'est ici que le rôle des inhalothérapeutes prend toute son importance pour en soulever la possibilité à l'équipe et au médecin traitant.

En terminant, je propose d'ajouter l'étude du syndrome de perfusion au propofol au cours de soins intensifs du programme de *Techniques d'inhalothérapie*.

Références

- KAM, P.C.A. et D. CARDONE. Juillet 2007. « Propofol infusion syndrome ». *Anesthesia*, 62(7) : p. 690-701. Repéré à [\[http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05055.x\]](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05055.x).
- SNEYERS, B. et M.M. PERREAULT. Mars-avril 2009. « Syndrome d'infusion au propofol (PRIS) ». *Pharmactuel*, 42(2), p. 113-125.
- SAHIN, T. 2016. « PRIS may be diagnosed before ICU period for patients undergoing cardiopulmonary bypass ». *Perfusion*, 31(4), p. 281-287.
- MILHOMME, D. Septembre-octobre 2013. « Le syndrome de perfusion au propofol ». *Perspective infirmière*, 10(4), p. 48-53. Repéré à [\[https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/12_soins-critiques.pdf\]](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/12_soins-critiques.pdf).
- LACQUAY, N., PRIEUR, S., GREFF, B., MEYER, P., ORLIAGUET, G. 2010. « Le syndrome de perfusion du propofol ». *Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(5), p.377-386.

L'art de rembourser ses dettes, ça s'apprend !

par le service de rédaction, Banque Nationale

Comme bien des gens, votre revenu mensuel est sans doute grugé par différentes dettes : prêt auto, dettes d'études, solde de la carte de crédit, etc. Quelle dette régler en premier ?

Départager les « bonnes » des « mauvaises » dettes

Les « bonnes » dettes sont celles qui sont considérées comme un investissement. Le prêt pour vos études ou le prêt hypothécaire, qui vous permet de devenir propriétaire et de faire votre entrée sur le marché de l'immobilier, entrent dans cette catégorie.

On parlera de « mauvaises » dettes lorsque l'emprunt sert à se procurer des biens qui perdront rapidement leur valeur ou que vous n'arriverez pas à rembourser au complet (et à temps). C'est le cas des cartes de crédit de magasins. « Les taux d'intérêt sont élevés, et si l'on ne parvient pas à acquitter le minimum exigé chaque mois, on peut vite se retrouver à ne payer que les intérêts sans réussir à rembourser le capital », prévient Bajee Baskararasa, conseiller, finances personnelles et petites entreprises à la Banque Nationale.

On comprend qu'un bon plan pour se libérer de ses dettes commence par le remboursement des « mauvaises » dettes.

Connaître les conditions de chaque dette

Le taux d'intérêt est une chose à considérer, mais pas la seule.

Prenons le prêt étudiant. En général, l'aide gouvernementale accorde un meilleur taux d'intérêt qu'une carte de crédit. « Mais aussi, le gouvernement offre un délai allant jusqu'à six mois, après la fin des études, avant de commencer à rembourser son prêt étudiant, mentionne M. Baskararasa. Et les intérêts sont déductibles d'impôt. » De plus, les modalités de remboursement peuvent s'échelonner de 10 à 15 ans, selon le contrat signé.

Considérant tout ceci, si notre budget mensuel pour rembourser ses dettes est limité, mieux vaut agir rapidement « là où ça fait mal ». Par exemple, on rembourse le minimum exigé pour son prêt étudiant (une bonne dette) et on se donne une plus grande marge de manœuvre pour vite régler son prêt auto (au taux d'intérêt plus élevé).

Attention à votre cote de crédit !

Votre dossier de crédit est créé dès lors que vous empruntez de l'argent ou que vous faites une demande de crédit. Sur la base d'une cote de crédit (attribuée par une des agences d'évaluation du crédit au Canada), les prêteurs acceptent ou non de vous consentir un prêt ou du crédit.

Or, si le niveau d'endettement ou les retards de remboursement sont des facteurs qui font baisser une cote de crédit, n'avoir jamais emprunté n'est pas nécessairement bon non plus. « Si cinq ou dix ans après ses études, on veut acheter une maison, les prêteurs seront frileux à consentir un prêt à quelqu'un qui n'a pas d'historique de crédit, mentionne M. Baskararasa. Et s'ils acceptent, ce sera à des conditions beaucoup moins avantageuses. »

Il ne faut donc pas avoir peur des dettes, mais surtout apprendre à les dompter... avant qu'elles ne prennent le contrôle de vos finances !

**Découvrez les privilèges offerts
aux inhalothérapeutes dans le cadre
de nos forfaits exclusifs.
Les détails sur bnc.ca/specialistesante.**

Forfait exclusif pour les inhalothérapeutes

Toutes nos excuses
aux mascottes



Économisez jusqu'à
1300 \$* annuellement
en adhérant au
forfait adapté aux
inhalothérapeutes.

bnc.ca/specialistesante

Fière partenaire de



Réalisons vos idées

*Certaines conditions s'appliquent. Calculé sur une économie annuelle d'une valeur de 299 \$ sur les transactions au comptoir et électroniques incluses dans le forfait Virtuouse^{MD}; un rabais annuel de 844 \$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 6,25 % pour une marge de crédit personnelle moyenne de 13 500 \$ (taux pouvant varier selon le dossier de crédit); un rabais annuel de 375 \$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 0,25 % pour une marge de crédit Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} au volume moyen de 150 000 \$ dans le forfait Spécialistes en sciences de la santé. Vous devez être détenteur de la carte de crédit World MasterCard^{MD} pour être éligible au forfait Spécialistes en sciences de la santé. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez; elle varie selon votre situation financière. ^{MD}Virtuose et Tout-En-Un Banque Nationale sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc., utilisée sous licence. © 2016 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

PROFESSION : INHALOTHÉRAPEUTE

MICHÈLE VINCENT FÉLIX HONORÉE DU PRIX *MÉRITE DU CIQ* 2016

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



Dans l'ordre habituel, Gyslaine Desrosiers, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec, Michèle Vincent Félix, lauréate du prix *Mérite du CIQ 2016* et Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ.

C'est avec grand plaisir que nous saluons la lauréate 2016 madame Michèle Vincent Félix pour sa passion et son engagement hors du commun à l'égard de la profession.

Inhalothérapeute diplômée de la promotion 1981 du Cégep de Rosemont, elle commence sa carrière à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, puis à l'Institut thoracique de Montréal et à l'Hôpital Sainte-Anne, où elle installe finalement sa pratique professionnelle en 1989. En plus de son travail auprès des patients, elle y occupe divers postes : chef de service intérimaire, vice-présidente du Conseil multidisciplinaire, formatrice en réanimation cardiorespiratoire. Elle s'implique aussi à divers comités afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins aux patients. Parallèlement à ses activités professionnelles, elle obtient en 2000 une maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal.

Les années 2000 amènent leur lot de défis professionnels que Michèle a su relever avec brio. Ayant à cœur la qualité, le développement et la reconnaissance de la profession, de 2001 à 2003, elle fut responsable du programme du certificat en inhalothérapie et du module en échocardiographie adulte et pédiatrique à l'Université de Montréal. Par la suite, en 2005-2006, elle fut tour à tour conseillère au *Programme de la lutte au tabagisme*, puis coordonnatrice adjointe au programme communautaire à Santé Canada. De retour à l'Hôpital Sainte-Anne en 2008, elle travaille à la direction générale en gestion des risques et de la qualité et pour préparer la visite du Conseil canadien d'agrément.

Durant cette même décennie, elle siège à de nombreux comités : comité consultatif d'un projet de recherche sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, conseil d'administration du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) et *Info-Tabac*, pour ne nommer que ceux-là.

Parce que la santé cardiorespiratoire de la population, l'amélioration et la sécurité des soins lui importent, Michèle s'est impliquée, dès le début de sa carrière, aux activités de son ordre professionnel. En 2001, elle décide de s'investir davantage en devenant administratrice au sein du conseil d'administration. Durant les 14 années où elle y a siégé, dont 5 années au comité exécutif comme vice-présidente, elle a participé à plusieurs dossiers d'envergure.

Retraitée depuis peu, elle poursuit son implication dans les deux créneaux qui lui tiennent à cœur : la santé des femmes et la réanimation.

À la lumière de ses actions, tout au long de sa carrière, dans la lutte au tabagisme et pour la formation continue des inhalothérapeutes, les administrateurs de l'Ordre et toute la communauté des inhalothérapeutes souhaitent saluer son professionnalisme, son leadership et son engagement indéfectible envers la profession.

Félicitations, Michèle, pour cet honneur pleinement mérité!



À L'AVANT-SCÈNE

MICHÈLE VINCENT FÉLIX

*Nous vous offrons par le biais de cette chronique,
l'occasion de mieux connaître un pair.*



Occupation : formatrice, conférencière.

Âge : j'ai l'âge de mes passions, mais j'ai quand même un secret à vous confier : j'ai eu 60 printemps.

Lieu de travail : je vais à la rencontre des gens, là où ils sont, pour parler de santé, un capital à faire fructifier.

Statut : inhalothérapeute non active.

Lu : j'aime lire et ma préférence va aux livres de croissance personnelle ; le plus récent *L'Âme du monde* de Frédéric Lenoir.

Vu : *The Bridges of Madison County* avec Clint Eastwood et Meryl Streep, une belle histoire d'amour.

Voulu : faire un voyage en Italie avec ma mère.

Reçu (cadeau, conseil, etc.) : une bible reçue de ma mère en 1974 dans laquelle elle a inscrit : « tu ne seras jamais seule, avec cette bible tu auras un ami pour t'accueillir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit ». C'est le cadeau le plus précieux que j'ai reçu, je ne pars jamais sans ma bible.

Sur une île déserte, vous apportez : ma bible, des livres et ce qu'il faut pour écrire.

Un voyage inoubliable : Île de Chypre avec ses paysages magnifiques, les hibiscus rouges qui me rappelaient Haïti, mon pays natal.

Votre plus belle réussite

personnelle : ma richesse, ce sont mes trois enfants, dont je suis très fière. Je suis aussi une mamie comblée avec trois petits-fils à aimer. Quel bonheur !

Votre plus belle réussite

professionnelle : présenter la conférence *Intervenir auprès des asthmatiques fumeurs : de la pertinence à la nécessité d'agir* lors de la 1^{re} Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac et au 30^e congrès de l'OPIQ.

J'ai été très touchée de recevoir le prix *Mérite du CIQ* 2016.

Un remède quand tout semble

difficile : quand c'est tumultueux à l'extérieur, j'ai besoin de calme, de douceur et de retrouver le calme intérieur. Je m'offre alors un temps d'arrêt avec un spa maison. Au menu : un séjour d'au moins trois heures dans la salle de bain !

Un objectif à atteindre : parvenir à dormir au moins 7 heures par nuit. C'est mon défi santé !

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes : exercez

vos profession avec passion et fierté. Que l'humain dans toute sa dimension demeure au centre de votre pratique clinique. Gardez votre flamme allumée, ne devenez jamais blasés, soyez engagés. Restez curieux et à l'affût des nouveautés, continuez d'en apprendre toujours plus pour répondre aux besoins émergents. Mais par-dessus tout : prenez soin de vous, car votre santé est votre premier capital.

Si vous n'étiez pas

inhalothérapeute, vous seriez : je serais actrice, comédienne. J'adore l'art oratoire. Lorsque je raconte une histoire, on me dit souvent : « tu as manqué ta vocation ! ».

Le bonheur pour vous, c'est quoi ?

J'aime être avec ma famille et mes amis autour d'une table, partager un bon repas et rire ensemble. Jouer avec mon petit-fils Jayden qui m'apprend « plein de trucs » comme il le dit. Et lorsqu'il me sermonne en raison, selon lui, de « mes erreurs de débutante », je me dis que la vie ne fait que commencer, j'ai encore « plein de trucs » à apprendre, c'est le bonheur !



La note professionnelle au dossier: pour qui, pour quoi?

L'importance d'une tenue de dossiers conforme

par **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, avocate associée, Fasken Martineau DuMoulin LLP
et **Stéphanie Raymond**, stagiaire en droit, Fasken Martineau DuMoulin LLP

Pourquoi est-ce si important de rédiger des notes complètes, fiables et contemporaines aux événements?

La présente chronique traite des impacts de l'omission de respecter les règles applicables à la tenue de dossiers. Non seulement une telle omission peut-elle être à l'origine de graves conséquences pour le patient, elle entraîne aussi des conséquences tant au niveau déontologique qu'en regard de la responsabilité civile de l'inhalothérapeute.

1. La déontologie

Régis par le *Code des professions*, les inhalothérapeutes sont soumis à des obligations déontologiques établies dans le *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*. Ce code prévoit des règles à suivre dans l'exercice de la profession, à défaut de quoi une sanction est imposée pour rectifier

la situation. Les inhalothérapeutes doivent aussi respecter les articles 2 et 3 du *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* qui établissent les catégories de renseignements à consigner dans un dossier.

Le tableau I présente une liste non exhaustive des sanctions infligées à des inhalothérapeutes à la suite de manquement aux obligations déontologiques et réglementaires sur la tenue de dossiers.

L'analyse du tableau illustre que des amendes, allant de 1 000 \$ à 2 000 \$, peuvent être imposées à un inhalothérapeute qui ne respecte pas ses obligations en matière de tenue de dossiers. De plus, le fait d'inscrire de fausses données dans les dossiers mène à des sanctions plus sévères pouvant aller jusqu'à une radiation de plusieurs semaines. Dans l'exercice de la profession, il ne faut pas sous-estimer la tenue de dossiers; on doit la prendre au sérieux.

2. La responsabilité civile

En plus des obligations déontologiques, la responsabilité de l'inhalothérapeute peut être retenue sur le plan civil.

Un principe bien établi démontre que le dossier hospitalier écrit fait preuve, de prime abord, de son contenu. Ainsi, dans le cas d'un recours en responsabilité civile, le juge présumera que ce qui est inscrit dans le dossier s'est produit. À l'inverse, lorsqu'il y a absence d'inscription dans le dossier écrit, le tribunal supposera que le geste n'a pas été posé par l'inhalothérapeute.

Puisque les notes au dossier sont écrites de façon contemporaine, au moment des événements, la crédibilité et la valeur probante en sont augmentées de manière considérable. Ainsi, parce que la mémoire est une faculté qui oublie, ce qui est constaté par écrit au moment des faits est sans nul doute plus précis et représentatif que ce qui ne l'a pas été.

À titre illustratif, une décision, rendue en 2003 par la Cour d'appel du Québec¹, analyse la conduite d'une infirmière dans le cadre d'une chirurgie mammaire ayant entraîné des conséquences permanentes pour la patiente.

Cette dernière a dû être amputée des phalanges et des orteils dans les jours suivant cette opération, et ce, à la suite de complications. Dans son analyse, la Cour reproche à l'infirmière la mauvaise tenue de dossiers. Bien que le personnel infirmier soit tenu de noter le résultat, lors de la prise de la pression artérielle, l'infirmière n'a pas procédé ainsi, de sorte que le dossier de la patiente était incomplet. Devant le juge, l'infirmière a tenté de convaincre le tribunal que la pression artérielle était notée uniquement si elle était anormale. Considérant cette situation et le témoignage de l'infirmière, le juge a décidé de s'en tenir au dossier écrit et a conclu que la tension artérielle n'a pas été prise. Dans ce cas précis, bien que la faute ait été établie, la patiente n'a pas démontré le lien entre celle-ci et les conséquences. Le recours a donc été rejeté pour ce motif.

Dans une seconde affaire rendue en 2015, la Cour d'appel du Québec a condamné un hôpital à payer la somme de 200 000 \$ aux demandeurs², pour la faute de son personnel infirmier et les médecins concernés par l'incident.

Dans cette affaire, la patiente avait été admise à l'hôpital pour subir une césarienne. Ayant reçu son congé, elle a dû se présenter à l'hôpital deux jours plus tard, pour en sortir avec des limitations permanentes, soit de l'arthrite septique de l'articulation sacro-iliaque droite avec pyomyosite causée par une bactérie, à l'occasion de la césarienne. Ainsi, la plaignante reprochait à l'hôpital et aux médecins concernés de ne pas avoir agi de manière diligente, entre autres, dans la tenue de son dossier. Selon elle, les médecins auraient pu se douter de la présence de la bactérie si les informations avaient adéquatement été notées dans son dossier, lors de la césarienne effectuée quelques jours plus tôt. Dans son analyse, le tribunal s'est penché sur le dossier hospitalier de la patiente et a conclu que la tenue de dossiers de l'infirmière, lors de la césarienne, est déficiente. De l'avis du tribunal, la tenue de dossiers doit être faite selon les règles de l'art puisque les notes contenues au dossier sont contemporaines aux événements. Selon le tribunal, la faute de l'infirmière est démontrée. Cependant, comme dans l'affaire précédente, la Cour supérieure en arrive à la conclusion que bien que la faute ait été confirmée, le lien entre celle-ci et les conséquences n'a pas été établi, et donc, le tribunal ne peut en tenir les défendeurs responsables. En Cour d'appel, le tribunal conclut malgré cela qu'en l'absence des gestes et des erreurs posés par le personnel infirmier et les médecins, la patiente n'aurait pas subi l'ensemble des inconvénients, et ce, tant moral que physique. La Cour d'appel a donc condamné l'hôpital et les médecins à verser la somme de 200 000 \$ à la patiente et à son conjoint, à titre de dommages.

Bref, ces différents cas démontrent que l'existence d'une faute peut être confirmée quand, à la lecture du dossier, il est impossible d'établir si un acte a été posé lorsqu'il devait l'être. Ainsi, une tenue de dossiers complète, contemporaine et selon les normes permet à l'inhalothérapeute d'éviter de voir sa responsabilité engagée et de devoir assumer les conséquences d'un manquement.

Les collaborateurs à la rédaction de l'article

Sandra Di Palma, inh., coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Sylvie Gagnon, inh., vice-présidente du comité d'inspection professionnelle

Marise Tétreault, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel

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

Tableau I

# dossier disciplinaire	OPIQ	Contravention	Motifs	Sanction
40-05-00020	<i>Larivière c. Young</i>	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations	Amende de 1500 \$
40-06-00021	<i>Larivière c. Letendre</i>	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations	Amende de 1000 \$
40-06-00022	<i>Larivière c. Girard</i>	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations	Amende de 2000 \$
40-07-00023	<i>Larivière c. Dupont</i>	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Tenue de dossiers	Amende de 2000 \$
40-08-00024	<i>Larivière c. Sauvé</i>	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations	Amende de 1000 \$
40-08-00026	<i>Larivière c. Chiasson Cadieux c. Chiasson</i> en reprise d'instance	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire mentions prévues	Amende de 1000 \$
40-09-00027	<i>Larivière c. Richard Cadieux c. Richard</i> en reprise d'instance	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers Art. 38 (4) Code de déontologie	Données inexactes et tenue de dossiers	Amende de 1000 \$
40-10-00029	<i>Larivière c. Parenteau</i>	Art. 38 (4) Code de déontologie Art. 59.2 Code des professions	Inscription de fausses données — Traitement non administré.	Amende de 1500 \$
40-12-00032	<i>Larivière c. Pilon</i>	Art. 38 (4) Code de déontologie	Inscription de fausses données — Présence au chevet.	Radiation d'un (1) mois
40-13-00033	<i>Larivière c. Pierre</i>	Art. 2 et 3 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations. Services professionnels.	Réprimande Amende de 1000 \$
		Art. 11.1 et 12 Code de déontologie Art. 2 Règlement tenue de dossiers	Aérosols non administrés. Omission d'inscrire annotations. Omission de produire rapport incident.	Amende de 1500 \$ Réprimande Réprimande
		Art. 2 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations. Services professionnels.	Amende de 1000 \$
		Art. 12 Code de déontologie Art. 2 Règlement tenue de dossiers	Évaluation non effectuée. Omission d'inscrire annotations.	Amende de 1500 \$ Réprimande
		Art. 2 Règlement tenue de dossiers	Omission d'inscrire annotations. Services professionnels.	Amende de 1000 \$
40-13-00034	<i>Larivière c. Lebrasseur</i>	Art. 38 (4) Code de déontologie	Fausse inscription en indiquant avoir administré le traitement alors qu'il ne l'avait pas fait.	Radiation de 8 semaines



La note tardive: oui, mais quand et comment?

par **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic

avec la collaboration de **Magali Cournoyer-Proulx**, avocate associée, Fasken Martineau DuMoulin LLP

La note tardive doit être une exception.

En effet, la continuité, la sécurité et la qualité des soins exigent que, règle générale, les notes soient rédigées et consignées au dossier de manière contemporaine. Comme nous l'avons déjà énoncé dans une chronique antérieure, les notes au dossier se veulent le reflet des actes cliniques posés auprès des patients et elles demeurent, sans aucun doute, l'un des meilleurs outils de communication pour l'équipe interdisciplinaire de soins.

Il est donc impératif de consigner les notes le plus rapidement possible, voire immédiatement, après la prestation de soins. Cette pratique assure la continuité des soins — non seulement intra et interdisciplinaire, mais aussi intra et interétablissements — et réduit les risques d'incident et d'accident.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec l'énonce d'ailleurs clairement dans le document intitulé *Énoncé de principes sur la documentation de soins infirmiers* (2002)¹:

La présentation chronologique des soins infirmiers et des événements, le cas échéant, avec les dates et heures correspondantes, permet de suivre l'évolution de la situation de santé du client et d'évaluer les résultats obtenus à la suite des interventions.

Ainsi, la lecture d'un dossier doit permettre à tout intervenant professionnel, patient ou représentant légal d'obtenir les renseignements à jour concernant la condition du patient.

Cette obligation de rédiger et de consigner au dossier des notes de manière contemporaine est énoncée dans plusieurs sources réglementaires et normes de pratique:

- ¹ Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE)*² rend obligatoire l'adoption d'un règlement par le conseil d'administration qui vient définir le délai accordé aux professionnels pour compléter les dossiers.
- ² Le *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*³, aux articles 1 et 6, définit l'obligation des inhalothérapeutes de constituer un dossier pour chacun des patients qui reçoit des services professionnels.
- ³ Le document *Éléments généraux des normes de pratiques — Dossier de l'utilisateur*⁴ précise que toute note au dossier d'un patient doit être consignée de manière contemporaine. Pour tous les professionnels, les notes d'évolution doivent être consignées au fur et à mesure de l'exécution des actes⁵. La consignation des notes au dossier couvre aussi les interventions téléphoniques importantes ainsi que toute intervention professionnelle par différents médiums informatiques: courriels, messages texte, télémédecine, etc.

« Il est donc impératif de consigner les notes le plus rapidement possible, voire immédiatement, après la prestation de soins. [...] Il importe de réaliser que la valeur probante d'une note tardive ou d'une note corrigée peut être remise en question devant un tribunal. »

Par contre, certains contextes peuvent faire en sorte qu'une note au dossier ne puisse être immédiatement consignée au dossier. Ces situations particulières surviennent dans les cas énoncés au ROAE ou dans d'autres circonstances. Par exemple :

- Des établissements offrant des soins et services en gériatrie et en soutien à domicile accordent un délai maximal pour la rédaction de certaines notes. Une note de prise en charge ou de démarches d'évaluation, une note de transfert lors de changement de prise en charge professionnelle et une note de fermeture devraient être écrites dans les plus brefs délais, soit un maximum de 72 heures.

Note : *il faut réaliser que cette pratique peut occasionner des risques quant à la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Devant les tribunaux, la contemporanéité de la note est reconnue comme une force probante. « Cette force probante s'explique par le fait qu'il s'agit de notes prises de façon contemporaine qui n'ont en principe, au moment où ils les inscrivent, aucun intérêt à écrire autre chose que ce qui s'est effectivement produit. »⁶*

- Pour plusieurs établissements les rapports d'évaluation professionnelle (Outil d'évaluation de l'autonomie multicentiale [OEMC], plan d'intervention [PI], plan de soins interdisciplinaires [PSI], etc.) devraient être rédigés et joints au dossier, au plus tard dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la dernière rencontre d'évaluation.
- Les résultats des examens, les rapports de consultation, les notes d'évolution ou tout autre document relatant une intervention clinique ou diagnostique devraient être classés au dossier dans les plus brefs délais.

Il importe de réaliser que la valeur probante d'une note tardive ou d'une note corrigée peut être remise en question devant un tribunal. Le fait de documenter les activités sans suivre l'ordre chronologique peut aussi donner l'impression que le dossier n'est pas exact. Le jugement dans l'affaire *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*⁷ appuie l'affirmation voulant que les « [...] notes au dossier sont contemporaines aux événements et ont donc une force probante : [...] ».

La décision dans *Bibeau c. Hôpital Sainte-Justine*⁸ confirme aussi le fait qu'une inscription rapide favorise une meilleure qualité de l'information consignée. La mémoire étant une faculté qui oublie, la précision d'une note initiale s'avère importante pour éviter toute interprétation.

La note tardive: quand et comment ?

Pour les raisons déjà expliquées, la rédaction d'une note tardive doit donc demeurer une mesure d'exception. Le principe de la contemporanéité des soins et les différents exemples cités précédemment renforcent le fait que la note professionnelle est indissociable du soin ou du service que vous offrez aux patients. C'est pourquoi, avant de produire une note

tardive, nous vous invitons à réfléchir à tous les considérants liés à la continuité, la sécurité et la qualité de votre prestation de soin et service.

En conclusion, si vous étiez contraint de rédiger une note tardive, voici les principaux éléments à consigner au dossier :

- › mentionner qu'il s'agit d'une note tardive;
- › indiquer la date et l'heure de la rédaction de la note;
- › mentionner la date et l'heure de l'intervention (intervention faite le aaaa-mm-jj, heure);
- › indiquer la raison de la rédaction d'une note tardive;
- › décrire de façon complète l'intervention faite par le professionnel;
- › apposer une signature complète et lisible en précisant le titre professionnel.



Références

1. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. 2002. Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers. Repéré à [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/enonce-de-principes-sur-la-documentation-des-soins-infirmiers>].
2. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Repéré à [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5.%20r.%205/>].
3. Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Repéré à [http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ_autres_effets_cabinets_VF.pdf].
4. OPIQ. 2005. Éléments généraux des normes de pratiques — Dossier de l'utilisateur. Repéré à [http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Normes_DossierUsager_VF.pdf].
5. IUCPQ. 2015. Règlement relatif à la gestion des dossiers des usagers. Repéré à [http://iucpq.qc.ca/sites/default/files/r-45_dossiers_usagers_2015-02-10.pdf].
6. Laurendeau c. Centre Hospitalier de LaSalle, 2015 QCCS 1923, CanLII [<http://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2015/2015qccs1923/2015qccs1923.html?autocompleteStr=Laurendeau%20c.%20Cen&autocompletePos=1>].
7. Ibid.
8. CanLII. Bibeau c. Hôpital Ste-Justine, 2008 QCCS 1207, [<http://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2008/2008qccs1207/2008qccs1207.html?autocompleteStr=Bibeau%20c.%20H&autocompletePos=1>].

Autres références ayant servi à la rédaction de ce texte

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. 2015. Guide de rédaction simplifiée des dossiers. Repéré à [https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/12/OPPQ_Guide_redaction_simplifiee_Tenue_des_dossiers_VFR.pdf].

MÉNARD MARTIN AVOCATS. (s. d.) « Le contenu du dossier ». Site Vos droits en santé. Repéré à [<http://www.vosdroitsensante.com/277/le-contenu-du-dossier#formulaire>].

Loi sur les services de santé et les services sociaux. Repéré à [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2?langCont=fr%a%20i-gb%20ii-h1>].

Loi sur les archives. Repéré à [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-211>].

ORDRE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES DE L'ONTARIO. 2015. Documentation — Normes de pratique professionnelle, 30 p. Repéré à [http://www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/documentation_fr.pdf].



FORMATION
À DISTANCE

OFFERT À TEMPS COMPLET ET TEMPS PARTIEL À DISTANCE

CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

- Un certificat unique, offert en exclusivité aux inhalothérapeutes, qui permet d'approfondir vos connaissances cliniques et qui vous permet d'obtenir une reconnaissance universitaire;
- Une formation élaborée par des anesthésistes et des cliniciens chevronnés;
- Des cours diversifiés touchant différents thèmes du travail des inhalothérapeutes : la douleur, les contextes d'urgence, les soins intensifs, les défaillances aiguës, la ventilation et l'intubation difficiles, les technologies avancées en ventilation mécanique, la pharmacothérapie, etc.

Les titulaires d'un DEC en inhalothérapie se verront reconnaître deux cours.

INFORMATION
1 877 870-8728 poste 2610
sc-sante@uqat.ca
uqat.ca/distance

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

L'ORDRE Y ÉTAIT

- CIQ
 - Assemblée des membres
 - Forum des DG
 - Enregistrement de la capsule vidéo pour la campagne *Parlons de protection du public*
- Rencontre avec le président de l'Association des pneumologues du Québec
- 8^e colloque sur l'interdisciplinarité *La collaboration interordres : la clef de l'interdisciplinarité*
- Lancement du microsite sur la collaboration interprofessionnelle (28 ordres de la santé)
- Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire (ANORTR) :
 - Comité des registraires
 - Comités des présidents
 - Assemblée générale
- Brochure *Apnée obstructive du sommeil – Information pour le patient avisé* :
 - Conférence de presse CMQ-ODQ-OPIQ
 - Émission radiophonique *Les éclaireurs* sur les ondes d'ICI Radio-Canada Première
 - Entrevue pour un article dans *La Presse +*
- Groupe de travail interordre :
 - intégration des données scientifiques dans la pratique professionnelle
 - formation sur les prélèvements



Avis de radiation (dossier 40-15-036)

AVIS est par les présentes donné que **madame Kateri Collignon** (numéro de membre : 91-083), inhalothérapeute ayant eu son domicile professionnel au 5415, boulevard de l'Assomption, à Montréal, a plaidé coupable devant le conseil de discipline de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec le 20 juin 2016, aux infractions suivantes :

Chef n° 2 À Montréal, le ou vers le 25 avril 2014, alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est fait une ponction artérielle sans détenir d'ordonnance médicale, contrevenant ainsi aux articles 6, 8 et 11 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ainsi qu'à l'article 2 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RRQ, chapitre M-9, r. 6;

Chef n° 3 À Montréal, le ou vers le 20 novembre 2014, alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est fait une ponction artérielle sans détenir d'ordonnance médicale, contrevenant ainsi aux articles 6, 8 et 11 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ainsi qu'à l'article 2 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RRQ, chapitre M-9, r. 6;

Chef n° 4 À Montréal, le ou vers le 8 janvier 2015, alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est fait une ponction artérielle sans détenir d'ordonnance médicale, contrevenant ainsi aux articles 6, 8 et 11 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ainsi qu'à l'article 2 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RRQ, chapitre M-9, r. 6;

Chef n° 5 À Montréal, le ou vers le 15 janvier 2015, alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est fait une ponction artérielle sans détenir d'ordonnance médicale, contrevenant ainsi aux articles 6, 8 et 11 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ainsi qu'à l'article 2 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RRQ, chapitre M-9, r. 6;

Chef n° 6 À Montréal, le ou vers le 16 mars 2015, alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est fait une ponction artérielle sans détenir d'ordonnance médicale, contrevenant ainsi aux articles 6, 8 et 11 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ainsi qu'à l'article 2 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RRQ, chapitre M-9, r. 6;

Chef n° 7 À Montréal, le 16 mars 2015, alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, a usé de procédés déloyaux en utilisant un faux nom et un faux numéro de dossier afin de camoufler le fait d'avoir effectué une ponction artérielle sans détenir d'ordonnance médicale pour ce faire, contrevenant ainsi à l'article 41 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*.

Le 19 septembre 2016, le conseil de discipline a imposé à madame Collignon des périodes de radiation temporaire de trente jours du tableau de l'Ordre à l'égard de chacun des chefs à être purgées de façon concurrente et prenant effet le **24 octobre 2016**.

L'intimée a également été condamnée au paiement des déboursés ainsi qu'aux frais de publication d'un avis dans un journal circulant dans la localité du domicile professionnel de l'intimée.

La décision du Conseil est exécutoire à compter du **24 octobre 2016**.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, 23 octobre 2016.

Andrée Lacoursière, avocate
Secrétaire du conseil de discipline

FUTURES RETRAITÉES

Le RIIRS est pour toutes les infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes **RETRAITÉES**, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

Le RIIRS

- entretient un sentiment d'appartenance par la participation à des activités;
- fournit le soutien aux membres concernant l'amélioration de leur qualité de vie;
- donne une voix collective à ses membres en participant 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.

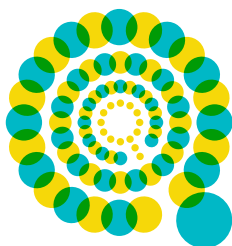
Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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



Regroupement
**pour un
Québec
en santé**

Ensemble, améliorons la santé des Québécois.

L'OPIQ est fier d'appuyer le Regroupement
pour un Québec en santé [#pourunquebecensante](http://pourunquebecensante.ca).

Bourse d'excellence de l'OPIQ

Le C.A. de l'OPIQ octroie une bourse de 400 \$ aux étudiants s'étant démarqués au cours de leur formation. Les critères d'attribution de la bourse sont établis par chaque maison d'enseignement.

- Monsieur **Louis-Robert Bolduc**, Cégep de Chicoutimi
- Madame **Marianne Proulx**, Collège Ellis
- Madame **Jessica Philibert**, Cégep de l'Outaouais
- Madame **Marie-Michelle Coudé**, Collège de Rosemont
- Madame **Paméla Bradet Desgagné**, Cégep de Sainte-Foy
- Madame **Sophie Baillargeon**, Cégep de Sherbrooke
- Monsieur **Mathieu Desrochers**, Collège de Valleyfield
- Monsieur **Ion-Roby Paraschiv**, Cégep Vanier

Félicitations!



Procurez-vous une tuque aux couleurs du programme

En santé cardiorespiratoire, avec les inhalothérapeutes

Prix : 16 \$/unité (frais d'envoi inclus)

Quantité limitée. Premier arrivé, premier servi.

Écrivez-nous à info@opiq.qc.ca pour commander.



Calendrier des événements

- 1 [Semaine pour un Québec sans tabac](#), du 15 au 21 janvier 2017
- 2 [9^e Conférence annuelle d'Ottawa — Approches cliniques: nouvelles tendances en matière d'abandon du tabac](#), 20 et 21 janvier 2017
- 3 [Colloque sur les défis éthiques en santé 2017](#), 2 février 2017, Hilton Lac-Leamy, Gatineau
- 4 Défi Santé du 31 mars au 12 mai 2017
- 5 Colloque Montérégien d'inhalothérapie, 22 avril 2017, informations à venir
- 6 Colloque des activités respiratoires du CHU de Québec, 22 avril 2017, informations à venir
- 7 Colloque montérégien d'inhalothérapie, 22 avril 2017, information à venir
- 8 [Jour de la Terre](#), le 22 avril 2017
- 9 5^e journée de l'inhalothérapie pédiatrique, 24 avril 2017, informations à venir
- 10 [Congrès éducatif et salon professionnel de la SCTR](#), du 11 au 13 mai 2017, Halifax
- 11 Journée de l'inhalothérapeute, le 19 mai 2017
- 12 Journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2017
- 13 43^e congrès annuel de l'OPIQ, les 13 et 14 octobre 2017, au Manoir Richelieu, La Malbaie
- 14 Semaine de l'inhalothérapeute, du 22 au 28 octobre 2017
- 15 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 22 au 28 octobre 2017



Formation continue

Des nouvelles du **Campus OPIQ**

Ajout de deux (2) activités de formation

- **OPIQ-1003** : Détresse respiratoire chez la femme enceinte par Karine Grondin, inh.
- **OPIQ-1004** : Les enjeux de la sécurité en contexte de télépratique par M^e Dominic Jaar

Bonne formation !

Répertoire de documents (bibliothèque)

Les présentations des conférenciers qui en ont autorisé la diffusion sont disponibles en format PDF pour consultation et téléchargement dans la section *Congrès de l'OPIQ* du répertoire de documents.

Apnée obstructive du sommeil
Information pour le patient avisé



Brochure d'information

Apnée obstructive du sommeil – Information pour le patient avisé

En octobre dernier, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec ont publié un nouveau guide intitulé *Apnée obstructive du sommeil – Information pour le patient avisé*.

Cet ouvrage aborde les questions reliées au diagnostic de l'apnée obstructive du sommeil (AOS), il explique quelles

thérapies sont efficaces et il souligne l'importance d'adopter et de maintenir de saines habitudes de vie et de sommeil. On y retrouve également des sources d'information valides. Parlez-en avec vos patients !

Document accessible en ligne sur

www.opiq.qc.ca/publications-medias/grand-public/

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](#)

Appel de conférence congrès 2017

**13 et 14 octobre 2017,
Fairmont Le Manoir Richelieu,
La Malbaie**



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 pierrette.morin@opiq.qc.ca

L'appel de propositions est maintenant ouvert et **se termine le 3 février 2017**.

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



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

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 à l'article

Quelques trois minutes pour changer une vie!, pages 8-12.

Questions relatives à l'article

Festoyer sans fumée!, pages 13-14.

01 VRAI ou FAUX

Fumer aide la personne à relaxer.

02 VRAI ou FAUX

La nicotine possède une demi-vie de quatre heures.

03 VRAI ou FAUX

Les situations qui alimentent la dépendance au tabac constituent la dépendance psychocomportementale.

04 À propos du counseling et des aides pharmacologiques, lequel (ou lesquels) parmi les énoncés suivants est (sont) vrai(s)?

1. Le counseling ne permet pas de «désapprendre à fumer».
 2. Le recours aux aides pharmacologiques est recommandé, car il augmente les chances de réussir à cesser de fumer.
 3. La combinaison pharmacothérapie et counseling est aussi efficace que l'une ou l'autre de ces méthodes utilisées seules.
 4. Le counseling permet à la personne qui veut cesser de fumer de déprogrammer son cerveau.
- a. 1, 2 et 3
 - b. 4 seulement
 - c. 1 et 3
 - d. 2 et 4
 - e. 1, 2, 3 et 4

05 VRAI ou FAUX

La dépendance au tabac est à la fois physique et psychocomportementale.

06 À propos de l'espérance de vie, lequel des énoncés suivants est faux?

- a. L'espérance de vie des personnes qui fument est amputée d'environ 10 à 15 ans.
- b. Cesser de fumer, même à 60 ans, permettrait d'augmenter l'espérance de vie de 6 mois à 1 an.

07 Vrai ou faux

La concentration des particules de fumée secondaire dans la voiture d'une personne fumeuse peut être jusqu'à 27 fois plus élevée que dans sa maison.

08 VRAI ou FAUX

Chez les enfants, l'exposition régulière à la fumée secondaire peut provoquer des otites à répétition.

09 VRAI ou FAUX

Le Québec est la province canadienne où l'exposition des jeunes de 0 à 11 ans à la fumée secondaire à la maison est la moins importante.

10 À propos de la fumée secondaire, lequel des énoncés suivants est faux?

- a. Bien qu'aucun effet cancérigène ne soit connu, la fumée contient tout de même plus de 7000 substances chimiques.
- b. On estime qu'un changement d'air équivalent à une tornade est nécessaire pour éliminer les gaz toxiques de la fumée secondaire dans un endroit clos comme une voiture.

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