

# l'inhalo

avril 2017

DOSSIER

## LA SANTÉ VIENT AUSSI EN MANGEANT!

ÉLECTIONS 2017

# en santé cardi♥respirato♥ire

avec les inhalothérapeutes



# La Boucle



## À go, je roule, c'est *poumon* bien!

À la suite de l'excellente conférence offerte par Pierre Lavoie, cofondateur du [Grand défi Pierre Lavoie \(GDPL\)](#) dans le cadre de notre dernier congrès annuel, madame Véronique Boudreau, inhalothérapeute de Sherbrooke, nous a lancé le défi de former une équipe d'inhalothérapeutes pour [l'édition 2017 de la Boucle](#) du GDPL.



C'est sous le thème de « À go, je roule, c'est *poumon* bien! » que nous vous invitons à faire équipe avec nous.

Suivez ce lien pour écouter [le témoignage et l'invitation de Véronique Boudreau, inhalothérapeute et cycliste boucleuse du Grand défi Pierre Lavoie.](#)

Rendez-vous sur la ligne de départ, le dimanche 2 juillet 2017 à 9 h!

Psitt! Les 30 premiers inhalothérapeutes à nous transmettre la preuve de leur inscription recevront un maillot aux couleurs de l'équipe d'inhalothérapeutes. Veuillez envoyer votre preuve d'inscription à madame Marie Andrée Cova par courriel: [siap@opiq.qc.ca](mailto:siap@opiq.qc.ca)

*La Boucle* est accessible à tous les ambassadeurs des saines habitudes de vie qui veulent appuyer le *Grand défi Pierre Lavoie*.

**You Tube** [La Boucle 2016](#)

Suivez ce lien pour toute l'[information](#) relative à cet événement.



## Légende urbaine ?

**P**eut-être l'ignorez-vous, mais depuis 1998, l'OPIQ ne fait plus passer un examen professionnel à l'entrée dans la pratique. Pourtant, en plusieurs occasions, lors de rencontres avec des étudiants, des enseignants ou des inhalothérapeutes, on me parle de « l'examen de l'Ordre ».

Chaque fois, avec humour, je réponds qu'il s'agit en réalité d'une légende urbaine. Qu'est-ce au juste qu'une légende urbaine ? En fait, dérivée de l'anglais *urban legend*, c'est une histoire moderne marquante et accrocheuse — prétendue vraie et souvent inspirée d'un fait divers —, transmise par le bouche-à-oreille ou les réseaux sociaux.

De toute évidence, le bouche-à-oreille a, au fil du temps, contribué à cette fausse croyance que l'Épreuve synthèse du programme d'inhalothérapie imposée par les huit cégeps constituait vraiment l'examen de l'Ordre. Dans les faits, nous n'avons aucun droit de regard sur cette épreuve, tant sur sa forme que sur son contenu. Et c'est justement la raison qui nous motive à revendiquer, depuis quelques années, le retour à un examen professionnel aux fins d'obtention d'un permis, et ce, pour toutes les personnes formées au Québec et à l'étranger. C'est d'ailleurs le cas chez nos collègues infirmières, technologues en imagerie médicale et médecins.

Cette demande ne pourrait tomber à un meilleur moment, puisque nous avons récemment appris que les directions des études des maisons d'enseignement collégial avaient décidé de mettre fin au volet provincial de cette épreuve. Nous sommes ainsi laissés sans moyen de vérifier une certaine uniformité dans l'atteinte des compétences nécessaires à l'entrée

dans la pratique pour les candidats à la profession. Nous assumons pourtant la responsabilité de garantir à la population québécoise la compétence de nos membres, tant en amont qu'en aval. Le recours à un examen professionnel de l'OPIQ représente l'un des importants leviers de protection du public.

Alors, à quand un examen professionnel ? Ce dossier s'ajoute à la liste, déjà longue, de nos revendications pour assurer pleinement notre mission.

### Élections 2017

En terminant, puisque nous tenons cette année des élections dans plusieurs régions ([pages 25-28](#)), c'est à titre de Secrétaire de l'Ordre que j'encourage les inhalothérapeutes désireux de s'impliquer au sein de l'organisation à poser leur candidature. Je vous invite aussi à exercer votre droit de vote pour élire les membres du Conseil d'administration.

**Josée Prud'Homme**



Directrice générale et Secrétaire



<b>Éditorial</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>Mot du président</b>	<b>6</b>
Dossier	
<b>La santé vient aussi en mangeant!</b>	
Passe-moi le dico... à nouveau!	<b>8</b>
La malnutrition en soins de courte durée	<b>10</b>
L'importance de la nutrition dans la prise en charge du patient atteint de MPOC	<b>14</b>
Les diététistes/nutritionnistes, alliés indispensables en santé cardiovasculaire	<b>18</b>
Le dépistage du risque nutritionnel par l'inhalothérapeute	<b>22</b>
Résultat du sondage sur les habitudes d'intervention liées à l'alimentation	<b>24</b>

<b>Élections 2017</b>	<b>25</b>
<b>À l'avant-scène</b>	<b>29</b>
<b>L'inhalothérapeute en soins et services de première ligne: un professionnel qualifié... en amont et en aval du diagnostic médical!</b>	<b>30</b>
<b>Finances</b>	<b>34</b>
<b>Chronique: déontologie</b>	
Les ordonnances	
Règles et principes de gestion pour les inhalothérapeutes	<b>36</b>
Un dossier satellite: Houston, nous avons un problème!	<b>40</b>
<b>Le Campus OPIQ fête ses 10 ans!</b>	<b>43</b>
<b>Habitudes de consultation des publications de l'OPIQ</b>	<b>44</b>
<b>Babillard</b>	<b>46</b>
<b>Questionnaire</b>	<b>48</b>



**sommaire**



## AVANT-PROPOS

# J'aime ce qui me nourrit, le boire, le manger et les livres.

— Étienne de la Boétie, XVI<sup>e</sup>

**J**e l'avoue, je suis cuisinoman<sup>1</sup>. *Vatel* (2000) et *Le chocolat* (2000) font partie de mes films préférés; j'adore cuisiner et je collectionne compulsivement livres et magazines de recettes; je suis membre d'une confrérie gastronomique qui partage ma passion pour les agapes et la dive bouteille; je dévore les critiques de restos et de vins et les cuisineries<sup>2</sup> constituent mes destinations magasinage de choix. Et je ne suis pas la seule à souffrir de cette affection! La popularité des films, livres, magazines, émissions et chaînes de télévision avec comme dénominateur commun la nourriture ou l'acte de se nourrir ne se dément pas et reflète cette véritable obsession qu'est devenue l'alimentation dans notre société. Régimes omnivore, végétarien ou végétalien crudivores, bio, sans gluten, sans noix, sans produits laitiers, méditerranéen, nordique, partout l'alimentation est sur toutes les lèvres.

C'est pourquoi, dans la foulée du programme *En santé cardiorespiratoire*, nous poursuivons notre présentation des différents volets avec un dossier consacré à l'alimentation. Ce sujet s'est imposé pour deux raisons. En premier lieu, à cause du débat qui domine l'actualité médicale au sujet des problèmes de santé qu'entraînent l'obésité et la surcharge pondérale (diabète de type 2, apnée obstructive du sommeil, maladie cardiovasculaire, certains cancers, etc.). En second lieu, du fait que la malnutrition demeure importante chez de nombreux patients vivant avec une

maladie cardiorespiratoire. Nous souhaitons d'ailleurs remercier l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) pour leur précieuse collaboration à ce dossier.

De plus, parce que partout au Canada, mars est le *Mois de la nutrition* pour sensibiliser le public au rôle de celle-ci dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être et parce que la santé, ça vient aussi en mangeant, nous vous invitons à relever le *Défi Santé* 2017. Seul, en famille, avec les collègues, six semaines pour manger mieux, bouger plus et garder l'équilibre. Ça commence le 30 mars!

**Line Prévost, inh., B.A., réd. a.**



Coordonnatrice aux communications

1. Personne qui se passionne pour la nourriture et l'art culinaire. Néo-logisme (2015). Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8354670](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8354670)].
2. Magasin où l'on vend des ustensiles de cuisine. Néo-logisme (2002). Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8361638](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8361638)].

### 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 Héту, inh., Sylviane Landry, inh., Francine LeHouillier, inh., Nathalie Lehoux, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc., Julie Roy, inh., France St-Jean, inh., Isabelle Truchon, inh.

**Administrateurs nommés par l'Office des professions**  
Laurier Boucher, Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, Jean-Pierre Tremblay

### MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

**Président**  
Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

**1<sup>re</sup> vice-présidente**  
Isabelle Truchon, inh.

**2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Andrée Lacoursière, DESS droit et politiques de la santé

**Coordonnatrice à l'inspection professionnelle**  
Sandra Di Palma, inh.

**Coordonnatrice aux communications**  
Line Prévost, inh., B.A., 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., B.A., réd. a.

**Collaborateurs**  
Paule Bernier, Dt.P., Joanie Bouchard, Dt.P., Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M<sup>e</sup> Magali Coumoyer-Proulx, Sandra Di Palma, inh., Sylvie Gagnon, inh., Marie-Eve Guérette St-Amour, Dt.P., Maya Khaddag, Dt.P., M<sup>e</sup> Andrée Lacoursière, Johanne Larocque, Dt.P., Dominique Longpré, stagiaire en nutrition, Émilie Raymond, Dt.P., 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.

# N'oubliez pas le prochain Défi Santé 2017!



Nous savons tous que l'on devrait manger mieux, bouger plus et garder l'équilibre... mais plusieurs d'entre nous remettent ça à plus tard et finissent par l'oublier trop souvent. Alors, profitons du retour printanier pour passer à l'action et relever le **Défi Santé 2017!**

Pendant 6 semaines, du **30 mars au 10 mai**, tous sont invités à poser des gestes simples pour atteindre les 3 objectifs du défi :

OBJECTIF 5



Manger au moins **5 portions** de fruits et légumes par jour

OBJECTIF 30



Bouger au moins **30 minutes** par jour

OBJECTIF Équilibre



Favoriser son **sommeil** chaque jour

**Psitt!** Parlez-en avec vos patients et encouragez-les à s'inscrire.

En solo, en famille ou en équipe, les inscriptions sont possibles dès maintenant à [DefiSante.ca](http://DefiSante.ca).

**YouTube** Voir la vidéo Défi Santé

## CONCOURS VOYAGE DE RÊVE AVEC LA CAPITALE

**EXCLUSIF AUX MEMBRES**

Participez en nous demandant une soumission  
ou en nous laissant vos dates de renouvellement

[partenaires.lacapitale.com/opiq](http://partenaires.lacapitale.com/opiq) 1 855 441-6015

**À GAGNER**

CRÉDIT-VOYAGE  
DE 5 000 \$<sup>1</sup>



**La Capitale**  
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. 1. Détails et règlement disponibles au [partenaires.lacapitale.com/opiq](http://partenaires.lacapitale.com/opiq). Le concours se déroule du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017. Aucun achat requis. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique.



## MOT DU PRÉSIDENT

### Faire du temps

**D**rôle de titre, direz-vous! Bien que sa résonance avec le thème abordé plus loin n'est pas, de prime abord, évidente, vous constaterez qu'il illustre bien mon propos.

Il y a quelque temps, j'ai assisté à la conférence d'un pilote de ligne qui effectue, depuis 1988, plusieurs traversées transatlantiques par mois, aux commandes de vols commerciaux. Au fil des ans, il s'est ainsi porté garant de la vie de milliers de personnes. Des gens, comme vous et moi, qui n'attendent rien de moins — et avec raison, on le conçoit — que l'excellence de sa part. L'obtention de sa licence de pilote de ligne, qui requiert la maîtrise de connaissances étendues et complexes, en atteste. À l'instar de plusieurs professions, dont la nôtre, un pilote doit régulièrement se soumettre à des mises à jour et requalifications pour maintenir ses compétences et conserver sa licence. Autrement, comment croyez-vous que le commandant Piché serait devenu le héros que l'on connaît?

Des propos concernant la formation continue, entendus dernièrement au hasard d'une conversation, m'ont laissé perplexe. « Je dois faire mes heures », ne trouvez-vous pas que cela résonne comme une condamnation à « faire du temps »?

L'OPIQ a choisi de se doter d'un règlement pour garantir à la population québécoise des soins et services de qualité de la part des inhalothérapeutes, et ainsi s'acquitter de son mandat premier de protection du public. Quand on y pense, cela signifie 30 heures réparties sur 480 jours de travail. De ce point de vue et dans l'environnement professionnel qui est le nôtre — dans lequel les tâches cliniques se complexifient et la technologie, l'autonomie et la responsabilité professionnelles évoluent rapidement —, ce n'est pas excessif pour actualiser et maintenir nos compétences.

Nous recevons régulièrement des appels de membres s'informant de la reconnaissance ou non d'une activité de formation. La réponse réside dans le caractère formatif de l'activité, en opposition à un contenu informatif. Une activité doit favoriser l'apprentissage ou l'approfondissement de connaissances liées à l'exercice professionnel pour être admise. La section III du [règlement](#) présente les critères à considérer pour l'admissibilité d'une activité.

Depuis la mise à jour du règlement, saviez-vous que 12 heures par période de référence peuvent être reconnues pour des activités d'autoformation (lecture d'articles scientifiques ou d'ouvrages spécialisés), la supervision de stagiaires, la participation à un groupe de discussion ou à un comité professionnel, etc.? Si vous y ajoutez une recertification bisannuelle en [réanimation cardiorespiratoire de base \(SIR\)](#), on comptabilise déjà 16 heures. Avec les différentes activités proposées dans nos milieux, il n'est pas difficile de se conformer à l'exigence demandée.

Personnellement, lorsque j'aurai à mon tour besoin de recourir aux soins et services de professionnels de la santé, je serai rassuré de savoir qu'ils pratiquent selon les meilleurs standards. Qu'en est-il de vous? Une bonne raison de ne pas considérer la formation continue comme « des heures à faire », mais plutôt comme un perfectionnement nécessaire afin de répondre aux défis constants que constituent l'avancement des technologies, les changements des contextes de pratique et l'émergence de nouvelles attentes de la part des médecins.

En terminant, le pilote de ligne dont je parle en introduction est aussi médecin spécialiste. [D<sup>r</sup> Pierre Dussault, gastro-entérologue](#), a ainsi établi une comparaison quant au maintien des compétences pour ses deux professions. Saviez-vous que la formation continue attendue des médecins est moins exigeante que celle des pilotes? 



**Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.**  
Président



Banque Nationale	35
CAREstream	21
Congrès canadien sur la santé respiratoire	33
Connexence	43





# A WORD FROM THE PRESIDENT

## Doing time



**F**unny title you say! Although, at first glance, its resonance is not obvious with the theme discussed below, you will find that the title really illustrates my intention.

Some time ago, I attended a conference given by an airline pilot making, since 1988, many monthly transatlantic trips at the controls of commercial flights. As years went by, he thus became responsible for thousands of lives. People, like you and I, expecting nothing less — and with good reason if you think about it — than excellence on his part. Obtaining his pilot's licence, which requires him to master extensive and complex knowledge, attests to it. Like many professions, such as ours, a pilot must regularly submit to updates and requalifications to maintain his professional skills and keep his licence. Otherwise, how do you think captain Piché would have become the hero we all know?

Chance comments heard in a conversation not long ago about continuing education have puzzled me. «I must do my hours», don't you think it sounds like a guilty verdict to «do time»?

OPIQ has chosen to put in place a regulation guaranteeing that respiratory therapists provide quality care and services to the population of the province of Québec, thus acquitting itself of its number one mandate of protecting the public. When we think about it, this means 30 hours spread over 480 work days. From this angle, and in our professional environment — in which clinical tasks become more complex and technology, professional autonomy and responsibility evolve rapidly —, it doesn't seem too much to update and maintain our competencies.

We regularly receive calls from members wanting to know if a training activity is eligible or not. The answer resides in the formative character of the activity opposite to informative content. To become eligible, an activity must encourage learning or a deeper understanding of knowledge tied to our professional practice. Section III of the [regulation](#) lists criteria to consider for an activity to become eligible.

Since the regulation has been updated, did you know that 12 hours per reference period can be recognized for self-training activities (reading scientific articles or specialized books), supervising trainees, taking part in a discussion group or a professional committee, etc.? If you also add to it a biannual recertification in [basic cardiorespiratory resuscitation \(BLS-provider course\)](#), it already amounts to 16 hours. With the many activities proposed in our work places, it is not difficult to comply and meet the requirement.

Personally, when my time comes to need care and services provided by health professionals, I will be reassured to know that their practice meets the highest standards. And what about you? A good reason to consider continuing education not as «hours to be done», but rather as necessary improvement to meet the ever present challenges that are technological progress, the changing context of our practice, and the new emerging expectations on the part of physicians.

Finally, the airline pilot mentioned in the introduction is also a medical specialist. [Dr Pierre Dussault, gastroenterologist](#), has thus made a comparison on maintaining the competence level of both his professions. Did you know that the continuing education expected for medical doctors is less demanding than the one for pilots? 



**Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.**  
President

La Capitale Assurances générales	5
RIIRS	17
UQAT	42

## index des annonceurs

compétence

1

# Passes-moi le dico... à nouveau!



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

*Il est essentiel d'employer un langage commun et uniforme, d'un inhalothérapeute à l'autre ou au sein d'une même équipe de soins multidisciplinaires, pour faciliter la communication entre tous les interlocuteurs et la compréhension de tous. Ainsi, considérant que certains termes, bien qu'ayant une signification apparentée, présentent quelques nuances sémantiques et des concepts différents, voici donc un mini lexique adapté au dépistage d'un risque nutritionnel.*

Sujet	Définition
<b>Intervention minimale (dépistage d'un risque nutritionnel)<sup>1</sup></b>	Pour l'inhalothérapeute, l'intervention minimale consiste à <b>dépister</b> (prévention secondaire) un risque nutritionnel et non pas à réaliser une évaluation de l'état nutritionnel ni à élaborer un plan de traitement nutritionnel individualisé (prévention primaire en nutrition).
<b>Promotion de la santé<sup>2</sup></b>	<p><b>Promotion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ensemble d'activités qui visent à améliorer la santé par l'éducation et au moyen d'interventions organisationnelles, économiques et politiques afin de favoriser des changements comportementaux propices à la santé.</li> <li>La promotion de la santé vise la prévention des maladies. Elle cherche aussi à renforcer les compétences et la résilience des personnes et des groupements de population.</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<p><b>Prévention de la maladie<sup>3</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie (comme la lutte contre les facteurs de risque), mais également à en freiner les progrès et à en réduire les conséquences.</li> </ul> <p><b>Prévention primaire<sup>4</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activités qui veillent à prévenir l'apparition de certaines maladies par la réduction des risques, soit en modifiant les comportements ou les expositions qui peuvent entraîner des maladies.</li> <li>Des interventions adaptées en abandon du tabagisme par l'inhalothérapeute et la mise en place d'un plan de traitement nutritionnel par un ou une diététiste/nutritionniste en sont de bons exemples.</li> </ul> <p><b>Prévention secondaire<sup>5</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activités incluant les méthodes de détection et de changements pathologiques précliniques afin d'enrayer l'évolution des maladies. Les activités de dépistage sont souvent la première étape de ce type de prévention.</li> <li>La détection précoce d'une maladie respiratoire par spirométrie et le dépistage d'un risque nutritionnel fait par l'inhalothérapeute auprès de ses patients en sont de bons exemples.</li> </ul> <p><b>Prévention tertiaire<sup>6</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activités qui ont pour objectif de prévenir la réapparition d'une maladie qui a été traitée en phase aiguë. Elle vise à limiter ou à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie du patient en modifiant ses comportements pour réduire la probabilité de récurrence.</li> <li>Proposer des changements à l'environnement d'un patient asthmatique pour réduire son exposition aux allergènes ou encourager le patient à respecter son plan de traitement nutritionnel sont de bons exemples de modification des facteurs de risque.</li> </ul>
<b>Dépistage<sup>7</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activité qui permet de déceler la présence d'un facteur de risque ou les signes précurseurs d'une maladie qui n'a pas encore progressé au point de causer des symptômes.</li> <li>Le dépistage d'un risque nutritionnel fait par l'inhalothérapeute auprès de ses patients en est un bon exemple.</li> </ul>
<b>Nutrition<sup>8</sup></b>	Science consacrée à l'étude des aliments, de leur valeur nutritionnelle, des réactions de l'organisme à la suite de leur ingestion et des variations de l'alimentation chez le sujet sain et chez le sujet malade.
<b>État nutritionnel<sup>9</sup></b>	État physiologique d'un individu défini par la relation entre l'apport et les besoins en nutriments et par la capacité de l'organisme à digérer, à absorber et à utiliser ces nutriments.
<b>Malnutrition<sup>10</sup></b>	État pathologique général ou spécifique causé par une sous-alimentation, une suralimentation, un déséquilibre alimentaire, des carences en certains micronutriments ou une malabsorption de nutriments.
<b>Dénutrition<sup>11</sup></b>	Forme de malnutrition causée par une sous-alimentation ou encore par une assimilation, une utilisation ou un métabolisme inadéquats des nutriments.
<b>Surnutrition<sup>12</sup> (suralimentation)</b>	Apport alimentaire qui, pendant une période continue, est supérieur aux besoins énergétiques d'un individu ou d'une population.



## Références

- Notre définition. OPIQ, 2017.
- ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA (AFMC). (s. d.) *Glossaire — Notions de santé des populations*. Repéré à [<http://phprimer.afmc.ca/Glossaire>].
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1999. *Glossaire de la promotion de la santé*. OMS, Genève. Repéré à [[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_981\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_981_fre.pdf)].
- ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA. (s. d.) «Les étapes de la prévention». *Partie 1. La théorie: réfléchir à la santé. Chapitre 4: Les concepts de base de la prévention, de la surveillance et de la promotion de la santé*. Repéré à [<http://phprimer.afmc.ca/Latheorieflechiralasante/Chapitre4LesConceptsDeBaseDeLaPrventionDeLaSurveillanceEtDeLaPromotionDeLaSant/Lestapesdelaprvention>].
- Ibid.*
- Ibid.*
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Juin 2009. *Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en Santé au travail*, p. 11. Repéré à [[https://www.inspq.qc.ca/publications/990\\_CadreDepistageSanteTravail.pdf](https://www.inspq.qc.ca/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf)].
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE (OQLF). 2004. *Nutrition*. Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8383271](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8383271)].
- OQLF. 2004. *État nutritionnel*. Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8357873](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8357873)].
- OQLF. 2006. *Malnutrition*. Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8358294](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8358294)].
- OQLF. 2004. *Dénutrition*. Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8358293](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8358293)].
- OQLF. 2004. *Surnutrition*. Repéré à [[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8358087](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8358087)].

compétence

1

## La malnutrition en soins de courte durée

par **Paule Bernier**, Dt.P., M.Sc., présidente, Ordre professionnel des diététistes du Québec, nutritionniste clinicienne, Équipe des soins intensifs adultes, Hôpital général Juif de Montréal et membre du *Groupe de travail canadien sur la malnutrition*.

A close-up photograph of a person's hands holding a white ceramic bowl filled with a light-colored soup. The bowl is placed on a light-colored wooden table. The background is dark and out of focus.

Près de la moitié des adultes dans les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) souffrent de dénutrition modérée ou sévère au moment de leur admission. Les conséquences sont extrêmement lourdes pour le patient et pour le système de santé. Elles affectent significativement la trajectoire, la santé et la qualité de vie des patients.

C'est donc dire que ces patients vivent dans la communauté avec un état nutritionnel déficient. Les inhalothérapeutes sont des professionnels qui peuvent identifier leurs patients souffrant de malnutrition. En ces temps où le gouvernement est à évaluer l'allocation des ressources et le financement dans le réseau de la santé, il est opportun de mettre en lumière les effets de la dénutrition et le rôle que peuvent jouer les diététistes/nutritionnistes, les médecins et les autres professionnels dans l'amélioration de l'efficacité du système par une prise en charge précoce et efficace de la malnutrition.

In short-term hospital centres, nearly half of adults suffer from moderate to severe denutrition when they are admitted. The consequences are extremely serious for the patient and for the health care system, significantly affecting the patients' trajectory, health, and quality of life.

This tells us that these patients live in the community in a state of nutritional deficiency. Respiratory therapists are professionals able to identify patients suffering from malnutrition. In these times when the government is evaluating resource allocations and financing in the health care system, it is appropriate to shed light on the effects of denutrition and the role dietitians/nutritionists, physicians and other professionals can play in improving the system's effectiveness by taking on malnutrition early and efficiently.

### ● ● ● Définition

L'état nutritionnel d'un individu représente le bilan entre ses apports nutritionnels et les besoins des différents organes, tissus et cellules de son organisme. Nous nous attarderons ici à la dénutrition qui peut s'accompagner de carences en vitamines, en minéraux ou en oligoéléments<sup>1</sup>.

### L'importance de traiter la malnutrition

Au Québec, comme ailleurs au Canada, la dénutrition fait rarement l'objet de dépistage systématique. Jusqu'à récemment, peu de données sur la situation au Canada étaient disponibles. Ainsi, le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition* (GTCM)<sup>a</sup> a mené une étude prospective portant sur 1022 patients, recrutés dans 18 hôpitaux<sup>b</sup> et dans 8 provinces. Il a évalué, entre autres, la prévalence de la malnutrition.

Ainsi, au Canada, 45 % des patients souffrent de dénutrition sévère ou modérée au moment de leur admission. Notons que l'âge médian était de 66 ans et que le fait de dépendre d'un enfant adulte pour les achats d'aliments et le fait de vivre seul<sup>2</sup> étaient des facteurs indépendants associés à la malnutrition à l'admission.

De plus, on note une détérioration de l'état nutritionnel, peu importe son niveau à l'admission<sup>3</sup>. Parmi les patients admis pendant plus de 7 jours, l'état nutritionnel est resté stable chez 63 % des patients. Il s'est détérioré chez 20 % des patients alors qu'il y a eu une amélioration chez seulement 17 % des patients. La détérioration de l'état nutritionnel est significativement associée avec une durée de séjour prolongée<sup>4</sup>.

C'est donc dire que présentement, les risques qu'un patient souffre de dénutrition après un séjour hospitalier sont grands.

### Dépistage de la malnutrition: un acte interdisciplinaire

Comme les personnes maigres ne souffrent pas forcément de dénutrition et puisque les personnes obèses peuvent malgré tout souffrir de carences importantes en protéines, on ne peut pas se fier à une impression pour repérer la dénutrition. Le dépistage systématique à l'aide d'outils validés et fiables possédant une bonne sensibilité est essentiel. Afin d'augmenter l'efficacité de la prise en charge, le **dépistage** peut facilement se faire par toute personne de l'équipe interprofessionnelle.

L'outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN)<sup>5</sup> comporte deux questions (figure 1). C'est le premier outil simple, fidèle et valide pour évaluer le risque nutritionnel de patients admis en centre hospitalier (soins aigus) et pouvant être administré par le personnel non spécifiquement formé à son utilisation. Un résultat positif au dépistage de dénutrition doit être confirmé par l'évaluation de l'état nutritionnel fait par un médecin ou un ou une diététiste/nutritionniste. Une copie du formulaire peut être téléchargée sur le [site web du GTCM](#)<sup>6</sup>.

a. Le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition*: Heather Keller, RD., Ph.D., Johanne P. Allard, MD, Kurshened Jeejeebhoy, Ph.D., MD, Donald Durksen, MD, Leah Gramlich, MD, Hélène Payette, Ph.D., Manon Laporte, RD, M.Sc., Bridget Davidson, RD, M.H. Sc., Paule Bernier, Dt.P., M.Sc.

b. Pour le Québec: Centre hospitalier universitaire de Montréal, Centre hospitalier Le Gardeur, Hôpital général juif.



### L'importance de traiter la malnutrition le plus tôt possible

La dénutrition en milieu hospitalier entraîne de lourdes conséquences. De nombreuses études, dont celles du GTCM<sup>7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20</sup> ont en effet révélé qu'elle est associée significativement à :

- une augmentation du taux de complications majeures, par exemple, l'augmentation d'infections nosocomiales, le retard dans la guérison des plaies chirurgicales ou l'augmentation des plaies de pression;
- une augmentation de la durée moyenne du séjour;
- une augmentation des réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant le congé, souvent pour des raisons autres que celles associées au diagnostic original, et ce, même chez des personnes fonctionnelles n'ayant pas d'atteinte cognitive;
- une augmentation du taux de mortalité intrahospitalière et à 30 jours.

Par ailleurs, les complications ralentissent la trajectoire du patient et créent des goulots d'étranglement. Elles contribuent ainsi à réduire l'accessibilité aux services de santé. De plus, les patients souffrant de dénutrition risquent davantage d'être transférés dans des établissements de soins prolongés que de rentrer à la maison après l'hospitalisation<sup>21,22,23</sup>. Les conséquences de la dénutrition sont donc inutilement lourdes pour ces personnes, pour le réseau de la santé et pour la société.

### Quand diriger vers un ou une diététiste/nutritionniste

Un score de 2 (deux réponses affirmatives) à l'outil de dépistage indique que le patient est à risque de dénutrition. Une évaluation nutritionnelle faite par un ou une diététiste/nutritionniste doit confirmer le résultat et servira à déterminer le plan de traitement nutritionnel. Les inhalothérapeutes qui dépisteraient un patient souffrant de dénutrition doivent en faire part dans leurs notes cliniques et en faire la communication à l'intervenant pivot ou directement à la diététiste/nutritionniste selon les processus propres à chaque organisation.

## Dépister les patients présentant un risque de malnutrition

	Date :		Date :	
	Admission		Nouveau dépistage	
Poser les questions suivantes au patient*	Oui	Non	Oui	Non
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids <b>SANS AVOIR ESSAYÉ</b> de perdre ce poids? Si le patient dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est « non ».				
<b>DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE</b> , mangez-vous moins que d'habitude?				
<b>Deux réponses affirmatives (OUI) indiquent un risque de malnutrition</b>				

\* Si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions, il est possible d'interroger une tierce personne pouvant fournir l'information. Si le patient ne sait pas trop s'il a perdu du poids ou non, lui demander si ses vêtements sont moins serrés qu'avant.



### Références

- GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LA MALNUTRITION (GTCM). 2008. *Qu'est-ce que la malnutrition?* Repéré à <http://nutritioncareinacanda.ca/eradicator-malnutrition/what-is-malnutrition/>.
- ALLARD, J.P., KELLER, H., JEEJEEBHOY, K.N. et collab. «Malnutrition at hospital admission: contributors and impact on length of stay. A prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force». *J Parenter Enteral Nutrition*, 2016, 40(4):487-97. [<http://dx.doi.org/10.1177/0148607114567902>].
- SOMANCHI, M., TAO, X., MULLIN, G.E. «The facilitated early enteral and dietary management effectiveness trial in hospitalized patients with malnutrition». *J Parenter Enteral Nutr*, 2011, 35(2): 209-216. [<http://dx.doi.org/10.1177/0148607110392234>].
- ALLARD, J.P., KELLER, H., TETERINA, A. et collab. «Factors associated with nutritional decline in hospitalized medical and surgical patients admitted for 7 days or more: a prospective cohort study». *British Journal of Nutrition*, 2015; 114(10): 1612-1622. [<https://doi.org/10.1017/S0007114515003244>].
- LAPORTE, M., KELLER, H., PAYETTE, H. et collab. «Validity and reliability of the new Canadian Nutrition Screening tool in the "real-world" hospital setting». *European Journal of Clinical Nutrition*, mai 2015; 69: 558-564. Repéré à <http://www.nature.com/ejcn/journal/v69/n5/full/ejcn2014270a.html>.
- GTCM. Mars 2014. *Outil canadien de dépistage nutritionnel (couleur)*. Repéré à <http://nutritioncareinacanda.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf>.
- ALLARD, KELLER, JEEJEEBHOY et collab., *op. cit.*
- BARKER, L.A., GOUT, B.S., CROWE, T.C. «Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system». *Int J Environ Res Public Health*, 2011; 8(2): 514-527. [<https://doi.org/10.3390/ijerph8020514>].
- FRY, D.E., PINE, M., JONES, B.L., MEIMBAN, R.J. «Patient characteristics and the occurrence of never events». *Arch Surg*, 2010; 145(2): 148-151. [<https://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2009.277>].
- SCHNEIDER, S.M., VEYRES, P., PIVOT, X. et collab. «Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections». *Br J Nutr*, 2004; 92(1): 105-111. [<https://dx.doi.org/10.1079/BJN20041152>].
- DEMLING, R.H. «Nutrition, anabolism, and wound healing process: an overview». *EPlasty*, 2009; 9: 65-94. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642618/>.
- MORAN, L., CUSTER, P., MURPHY, G. «Nutritional assessment of lean body mass». *J Parenter Enteral Nutr*, 1980, vol. 4, p. 595.
- LIM, S.L., ONG, K.C., CHAN, Y. H. et collab. «Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality». *Clin Nutr*, 2012; 31(3): 345-350. [<https://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.001>].
- CHIMA, C.S., BARCO, K., DEWITT, J.L.A., MAEDA, M., TERAN, J.C., MULLEN, D. «Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service». *Aliment Pharmacol Ther*, 1997; 9: 975-978. [[https://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(97\)00235-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(97)00235-6)].
- ALLISON, S.P. «Malnutrition, disease, and outcome». *Nutrition*, 2000; 16(7-8): 590-591. [[http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007\(00\)00368-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007(00)00368-3)].
- KRUMHOLZ, H.M. «Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk». *N Engl J Med*, 2013; 368: 100-102. [<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1212324>].
- KASSIN, M.T., OWEN, R.M., PEREZ, S.D. et collab. «Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients». *J Am Coll Surg*, 2012; 215: 322-330. [<https://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.05.024>].
- MUDGE, A.M., KASPER, K., CLAIR, A. et collab. «Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study». *J Hosp Med*, 2011; 6: 61-67. [<https://dx.doi.org/10.1002/jhm.811>].
- ALLAUDEEN, N., VIDYARTHI, A., MASELLI, J., AUERBACH, A. «Redefining readmission risk factors for general medicine patients». *J Hosp Med*, 2011; 6: 54-60. [<https://dx.doi.org/10.1002/jhm.805>].
- SULLIVAN, D.H. «Risk factors for early hospital readmission in a select population of geriatric rehabilitation patient: the significance of nutritional status». *J Am Geriatr Soc*, 1992; 40: 792. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1634723>.
- EISENBERG, J.M., GLICK, A., BUZBY, G.P. et collab. «Does perioperative total parenteral nutrition reduce medical care cost?» *J Parent Ent Nutr*, 1993; 17: 201. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0148607193017003201>.
- PATTERSON, B.M., CORNELL, C.N., CARBONNE, B. et collab. «Protein depletion and metabolic stress in elderly patients who have a fracture of the hip». *J Bone Joint Surg*, 1992; 74-A: 251. Repéré à [https://www.researchgate.net/publication/21613345\\_Protein\\_depletion\\_and\\_metabolic\\_stress\\_in\\_elderly\\_patients\\_who\\_have\\_a\\_fracture\\_of\\_the\\_hip](https://www.researchgate.net/publication/21613345_Protein_depletion_and_metabolic_stress_in_elderly_patients_who_have_a_fracture_of_the_hip).
- SULLIVAN, D.H., MORIARTY, M.S., CHERNOFF, R. et collab. «Patterns of care: an analysis of the quality of nutritional care routinely provided to elderly hospitalized veterans». *J Parent Ent Nutr*, 1989; 13: 249. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0148607189013003249>

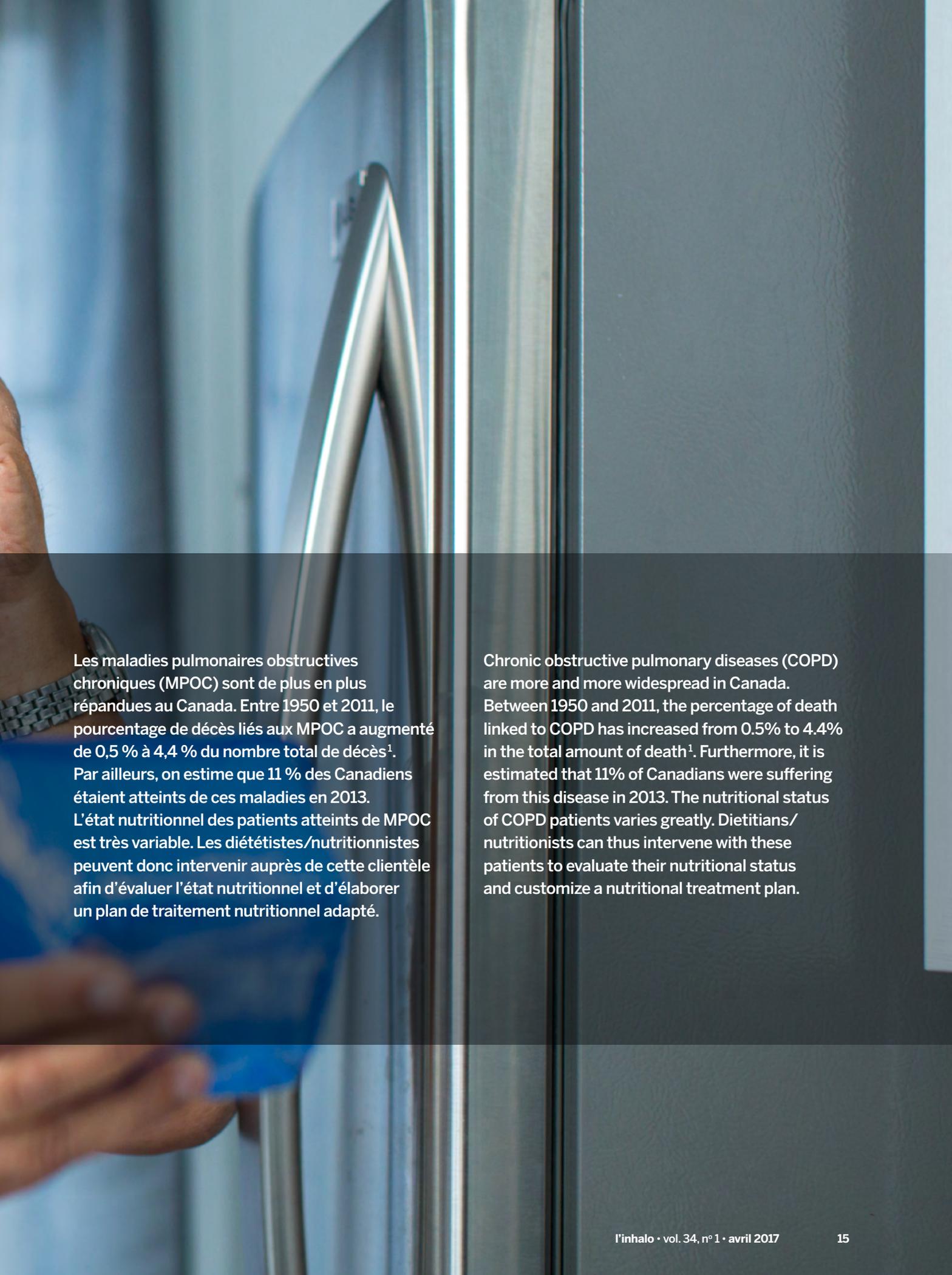
compétence

1

## L'importance de la nutrition dans la prise en charge du patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique\*

La direction des affaires professionnelles de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec  
par **Maya Khaddag**, Dt.P., Hôpital Notre-Dame, CHUM.

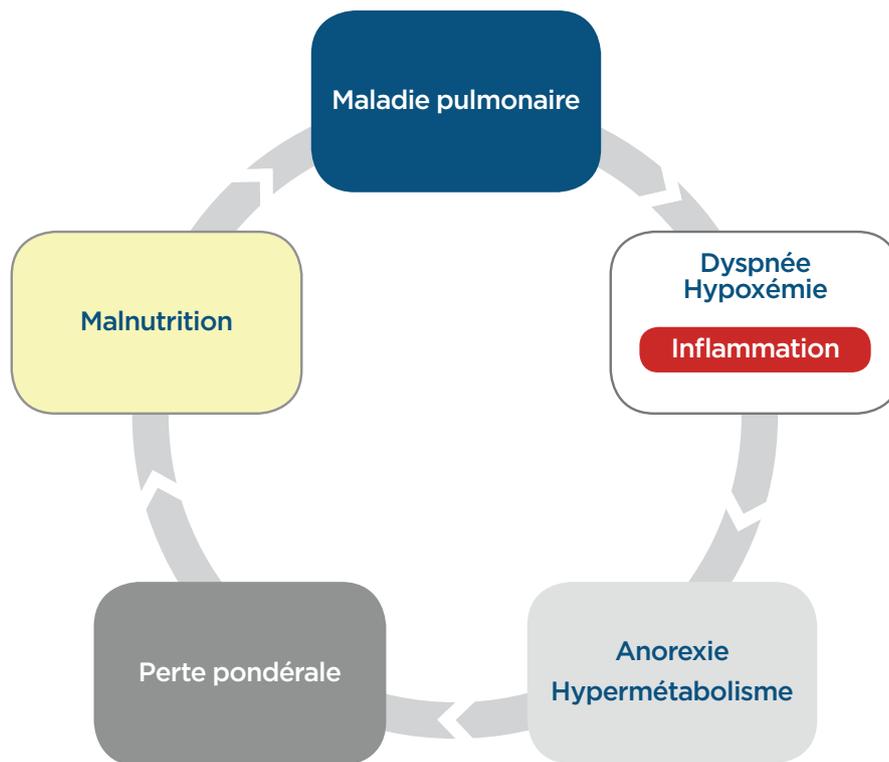
\* Adapté d'un texte paru dans le cahier du participant au congrès *La pneumologie* de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), les 7 et 8 mai 2015.



Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) sont de plus en plus répandues au Canada. Entre 1950 et 2011, le pourcentage de décès liés aux MPOC a augmenté de 0,5 % à 4,4 % du nombre total de décès<sup>1</sup>. Par ailleurs, on estime que 11 % des Canadiens étaient atteints de ces maladies en 2013. L'état nutritionnel des patients atteints de MPOC est très variable. Les diététistes/nutritionnistes peuvent donc intervenir auprès de cette clientèle afin d'évaluer l'état nutritionnel et d'élaborer un plan de traitement nutritionnel adapté.

Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) are more and more widespread in Canada. Between 1950 and 2011, the percentage of death linked to COPD has increased from 0.5% to 4.4% in the total amount of death<sup>1</sup>. Furthermore, it is estimated that 11% of Canadians were suffering from this disease in 2013. The nutritional status of COPD patients varies greatly. Dietitians/nutritionists can thus intervene with these patients to evaluate their nutritional status and customize a nutritional treatment plan.

Figure 1. Physiopathologie de la malnutrition dans la MPOC.



### ••• La malnutrition et la MPOC

**B**ien qu'elle soit généralement sous-diagnostiquée, la malnutrition serait présente chez 25 à 40 % des patients atteints de MPOC stable et chez 40 à 50 % des patients atteints de MPOC sévère ; elle est considérée comme un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution de la maladie<sup>2,3</sup>. À l'opposé, on décrit le paradoxe de l'obésité dans cette population où la surcharge pondérale semble être associée à de meilleurs taux de survie<sup>4</sup>. L'indice de masse corporelle (IMC = poids [kg]/taille [m<sup>2</sup>]) est un facteur de pronostic indépendant dans la MPOC<sup>4</sup>. En effet, les patients ayant un IMC < 20 ont un plus grand risque d'exacerbations aiguës comparativement aux patients avec un IMC ≥ 20<sup>2</sup>. Plus particulièrement, un indice de **masse maigre faible** (16 kg/m<sup>2</sup> pour les hommes et de 15 kg/m<sup>2</sup> pour les femmes) est **indépendamment associé à la sévérité de la maladie et à un pauvre pronostic**, d'où l'importance d'évaluer la composition corporelle des patients atteints de MPOC<sup>5</sup>.

#### Physiopathologie de la malnutrition dans la MPOC

Plusieurs facteurs expliqueraient la malnutrition chez les patients atteints de MPOC. La réduction des apports en raison d'une dyspnée accrue lors de l'alimentation, la fatigue chronique et la diminution de l'activité physique contribuent à la baisse de l'appétit et conséquemment des apports, conduisant à une perte pondérale involontaire. De plus, l'inflammation généralisée caractérisant la MPOC et démontrée par la sécrétion de cytokines telles la TNF- $\alpha$  et les interleukines 6 et 8 contribuent à l'anorexie. À cela s'ajoute une augmentation de la dépense énergétique au repos (DER) en raison de l'effort requis pour respirer et du processus inflammatoire. Par ailleurs, l'inflammation de même que la résistance à l'insuline qui est notée contribuent respectivement à une perte de masse

adipeuse et musculaire pouvant mener à une perte pondérale et à la dénutrition, mais également à une fatigue et une diminution du niveau d'activité physique. Ce cercle vicieux augmente évidemment les risques d'infections et de mortalité, sans oublier la piètre qualité de vie qui peut suivre<sup>3</sup>.

#### Pourquoi et quand diriger un patient en nutrition

##### Critères de malnutrition

Il est important de dépister précocement la dénutrition chez le patient atteint de MPOC puisqu'une intervention rapide aiderait à améliorer les paramètres cliniques et le taux de survie. La malnutrition peut être dépistée en questionnant le patient quant à l'histoire récente d'une perte pondérale involontaire. Spécifiquement, une perte de poids de 5 % dans les 3 derniers mois ou de 10 % dans les 6 derniers mois ou un IMC < 20 sont des critères de référence usuels auprès d'un ou d'une diététiste/nutritionniste afin d'assurer une évaluation nutritionnelle détaillée et une prise en charge<sup>6</sup>. L'utilisation d'un outil de dépistage validé est recommandée par le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition*<sup>7</sup>.

##### Évaluation nutritionnelle approfondie

L'évaluation nutritionnelle effectuée par le ou la diététiste/nutritionniste comprend différents paramètres, notamment l'histoire pondérale et la composition corporelle, l'évaluation des apports et des besoins nutritionnels, tout en considérant la condition globale, la médication et la sévérité de la maladie. Au terme de cette évaluation, il ou elle sera à même d'établir un plan de traitement nutritionnel et de conseiller adéquatement le patient sur les modalités d'enrichissement de l'alimentation si requis et de proposer d'autres stratégies permettant d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels.



« La surcharge pondérale peut parfois masquer la dénutrition chez le patient MPOC. »

## Références

1. STATISTIQUES CANADA. Novembre 2015. *Étude: décès attribuables à la maladie pulmonaire obstructive chronique au Canada, 1950 à 2011*. Repéré à [<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/151119/dq151119c-fra.htm>].
2. ITOH, M., TSUJI, T., NEMOTO, K. et collab. « Undernutrition in patients with COPD and its treatment ». *Nutrients*, 2013; 5(4): 1316-1335. [<https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu5041316>].
3. SAMARAS, N., SAMARAS, D., CHAMBELLAN, A. et collab. « Pulmonary rehabilitation: the reference therapy for undernourished patients with chronic obstructive pulmonary disease ». *BioMed Research International*, 2014; 2014(ID248420): 1-9. [<http://dx.doi.org/10.1155%2F2014%2F248420>].
4. LAINCAK, M., VON HAEHLING, S., DOEHLER, W. et collab. « Body mass index and prognosis in patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease ». *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 2011; 2: 81-86. [<https://dx.doi.org/10.1007/s13539-011-0023-9>].
5. PRACTICE-BASED EVIDENCE IN NUTRITION (PEN): THE GLOBAL RESOURCE FOR NUTRITION PRACTICE. Mise à jour février 2017. *Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD) Evidence Summary*. © Dietitians of Canada/Les diététistes du Canada. Repéré à [<http://www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=16178&trcatid=42&trid=16315>].
6. PEN, *op. cit.*, *Obstructive Pulmonary disease (COPD) Toolkit*. Repéré à [<http://www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=16178&trcatid=494>].
7. GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LA MALNUTRITION (GTCM). Mars 2014. *Outil canadien de dépistage nutritionnel*. Repéré à [<http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf>].

## L'obésité et la MPOC

La surcharge pondérale peut parfois masquer la dénutrition chez le patient MPOC. À cet égard, des paramètres d'évaluation et de suivi nutritionnel comme la force de préhension et l'évaluation des apports alimentaires peuvent être des outils fiables pour dépister la malnutrition chez la clientèle obèse. Par ailleurs, l'obésité, notée plus souvent chez le patient avec une MPOC légère à modérée, semble associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire. Bien que le paradoxe de l'obésité paraisse exister dans la MPOC, l'obésité morbide (IMC > 40) est associée à un risque de mortalité plus élevé chez ces patients. Une perte de poids graduelle basée sur la combinaison d'une alimentation équilibrée et d'un programme d'exercice selon la tolérance est à prôner<sup>2,5</sup>. Le ou la diététiste/nutritionniste constitue un atout important dans ce processus.

## Conclusion

Un dépistage systématique de la malnutrition chez le patient atteint de MPOC s'avère primordial dans la prise en charge globale de cette clientèle. Les inhalothérapeutes peuvent effectuer ce dépistage et diriger les patients en nutrition, lorsque jugé nécessaire. Les diététistes/nutritionnistes sont une ressource importante dans la prise en charge du traitement nutritionnel de cette clientèle, car ils traitent la malnutrition et interviennent dans une optique de prévention d'une détérioration de l'état nutritionnel.

## Quand orienter le patient vers des services de nutrition ?

- Lorsque le patient rapporte une perte pondérale involontaire
- Lorsque l'IMC du patient est < 20
- Lors d'un dépistage positif à l'aide d'un outil validé<sup>7</sup>

## Pourquoi orienter le patient vers des services de nutrition ?

- L'évaluation nutritionnelle approfondie permet :
  - d'établir un plan de traitement nutritionnel personnalisé;
  - de conseiller adéquatement le patient sur les modalités d'enrichissement de l'alimentation si requis;
  - de proposer d'autres stratégies permettant d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels.
- L'intervention précoce dans le traitement de l'état nutritionnel chez le patient atteint de MPOC aiderait à améliorer les paramètres cliniques et le taux de survie.

## 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

compétence

1

## Les diététistes/nutritionnistes, alliés indispensables en santé cardiovasculaire\*

La direction des affaires professionnelles de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec par **Émilie Raymond**, Dt.P., nutritionniste, Institut de cardiologie de Montréal, **Joanne Larocque**, Dt.P., nutritionniste, Institut de cardiologie de Montréal et **Dominique Longpré**, stagiaire, département de nutrition, Université de Montréal.

\* Adapté d'un texte paru dans le cahier du participant au congrès *La cardiologie* de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), les 11 et 12 septembre 2014.



Les maladies du cœur (cardiomyopathies et affections des vaisseaux sanguins), ainsi que les accidents vasculaires cérébraux, sont à eux seuls deux des trois principales causes de décès au Canada<sup>1</sup>. À ce jour, les comités d'experts reconnaissent à l'unanimité le rôle primordial de l'alimentation dans la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires (MCV). Face au quotidien chargé des professionnels de la santé, les diététistes/nutritionnistes sont des alliés indispensables pour aborder de façon productive les questions concernant l'alimentation et l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire (CV) avec la clientèle. Cet article présente le rôle de la nutrition dans la prévention et le traitement des MCV et la pertinence, tant pour les patients que pour les inhalothérapeutes, de recourir à l'expertise des diététistes/nutritionnistes.

By themselves, heart diseases (cardiomyopathies and blood vessel affections), as well as strokes, represent two of the three major causes of death in Canada<sup>1</sup>. To date, expert committees unanimously acknowledge the essential role nutrition plays in the prevention and treatment of cardiovascular diseases (CVD). Faced with the overloaded daily schedule of health professionals, dietitians/nutritionists are indispensable allies to address patients in a productive way about issues concerning nutrition and all cardiovascular (CV) risk factors. This article presents the role nutrition plays in the prevention and treatment of CVD and the relevance, for patients as well as for respiratory therapists, of resorting to the expertise of dietitians/nutritionists.

### ● ● ● Dyslipidémies

Le régime alimentaire permet d'améliorer de façon significative le profil lipidique (cholestérol total, LDL, triglycérides), réduisant ainsi le risque d'événements CV<sup>2</sup>. Dans certaines conditions l'approche nutritionnelle seule permet de contrôler les lipides sanguins<sup>2</sup>. Dans les cas où une pharmacothérapie est amorcée, la thérapie nutritionnelle demeure essentielle; elle permet notamment d'augmenter l'effet thérapeutique des médicaments hypocholestérolémiants<sup>3a</sup>. Certaines modifications alimentaires (par ex. la consommation de bons gras, de protéines de soya et de fibres solubles présentes dans les légumineuses, l'avoine et certains légumes et fruits) confèrent un potentiel de réduction du LDL-C de l'ordre de 35 %, comparable aux statines de premières générations<sup>4,5</sup>. Les régimes méditerranéen, DASH et Portfolio sont trois modèles alimentaires permettant de regrouper les recommandations nutritionnelles en un tout cohérent<sup>3</sup>. Au-delà du cholestérol sanguin, l'alimentation de type méditerranéen ainsi que le régime DASH sont associés à une diminution significative de la mortalité de causes CV<sup>3</sup>. Pour plus d'information sur ces régimes, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- DASH : HYPERTENSION CANADA. Mise à jour février 2016. *Alimentation saine pour une pression artérielle saine*. Repéré à [http://www.hypertension.ca/images/2016\\_EducationalResources/2015\\_HealthyEatingforHealthyBloodPressure\\_FR\\_P1017\\_PREVIEW.pdf](http://www.hypertension.ca/images/2016_EducationalResources/2015_HealthyEatingforHealthyBloodPressure_FR_P1017_PREVIEW.pdf)];
- Alimentation méditerranéenne : Institut de cardiologie de Montréal. (s. d.) Adopter de saines habitudes de vie. Repéré à <https://www.icm-mhi.org/fr/prevention/adopter-saines-habitudes-vie/alimentation-mediterraneenne>].

### Hypertension artérielle (HTA)

L'amélioration des habitudes de vie, incluant une saine alimentation, une diminution de l'apport de sodium, le contrôle du poids, une consommation modérée d'alcool et la pratique régulière d'activité physique permet de réduire efficacement la pression artérielle (PA) et le risque CV. Les recommandations relatives au mode de vie figurent toujours parmi les « points d'importance capitale » de la prévention et du traitement de l'HTA du *Programme éducatif canadien sur l'hypertension* (PECH 2016)<sup>6</sup>.

La modification des habitudes alimentaires peut prévenir l'apparition de l'HTA chez les personnes normotendues (< 130/85 mmHg) ou préhypertendues. Elle peut servir de traitement initial chez les individus souffrant d'HTA légère (140-159/90-99 mmHg) ou encore, lorsque le traitement pharmacologique est déjà amorcé, afin d'optimiser les effets antihypertenseurs, de réduire les doses et le nombre de médicaments nécessaires pour atteindre les valeurs cibles de PA<sup>7</sup>. Une baisse de la PA de 11,4/5,5 mmHg est attendue chez les patients hypertendus qui adhèrent à une alimentation saine, par exemple le régime DASH<sup>8</sup>.

### Diabète

La majorité des personnes diabétiques (65 à 80 %) vont décéder d'une cardiopathie. En effet, ces derniers ont un âge cardiovasculaire 10 à 15 ans supérieur à leur âge chronologique<sup>8</sup>. La thérapie nutritionnelle fait partie intégrante du traitement du diabète et une diminution du taux d'HbA<sub>1c</sub> de 1 à 2 % lui est associée<sup>8</sup>. L'Association canadienne du diabète (ACD) reconnaît pour les personnes diabétiques de type 2<sup>8</sup> les bénéfices de différents schémas alimentaires, tels le régime DASH, le régime méditerranéen et le végétarisme, et de la consommation de certains aliments

spécifiques, comme les légumineuses et les noix. De plus, l'ACD précise que les patients diabétiques doivent bénéficier de conseils nutritionnels et qu'un suivi nutritionnel périodique procurerait une plus grande assiduité au plan de traitement prescrit<sup>8,9</sup>.

### Obésité abdominale

En 2013, au Canada, 62 % des hommes et 45 % des femmes affichaient un excès de poids (IMC > 25)<sup>10</sup>. La mortalité et la morbidité s'accroissent avec l'accroissement de l'indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille. Une perte de poids modeste et maintenue, de 5 à 10 % du poids initial, est associée à l'amélioration de la majorité des facteurs de risque CV<sup>8</sup>. Par ailleurs, l'obésité intraabdominale est associée de façon plus importante à l'apparition du diabète et des MCV<sup>11</sup>. Il est encourageant d'observer que l'amélioration de la qualité de l'alimentation et la pratique d'activité physique induisent une diminution de la graisse viscérale, même sans perte de poids significative. L'obésité et ses répercussions sur la santé physique et psychologique dépassent largement la condition cardiovasculaire. Son étiologie est multifactorielle et son traitement tout aussi complexe. Les diététistes/nutritionnistes possèdent les compétences nécessaires pour intervenir dans une saine gestion du poids, notamment en misant sur la modification des habitudes alimentaires à long terme et sur les enjeux comportementaux.

### Les diététistes/nutritionnistes, des guides pour les patients

Face à l'abondance et à l'accessibilité de l'information en nutrition, les patients se retrouvent plus vulnérables que jamais à la désinformation. Les diététistes/nutritionnistes sont des professionnels de la santé crédibles pour répondre aux questions d'actualité et défaire les mythes en nutrition. En regard de leur vision globale, ils sont en mesure d'orienter les patients vers des choix éclairés tout en gardant le cap sur le plaisir de manger.

Par une approche progressive qui responsabilise le patient, les diététistes/nutritionnistes ont pour objectif de renforcer l'engagement des patients envers leur maladie. Ils misent sur des objectifs thérapeutiques réalistes et adaptés, en fonction des besoins et des attentes du patient ainsi que des capacités de changement des individus. Le counseling nutritionnel intègre diverses approches d'intervention efficaces dans la modification des comportements comme l'entretien motivationnel, l'approche comportementale et l'approche cognitive comportementale. En somme, le ou la diététiste/nutritionniste accompagne le patient durant tout le processus de changement de comportement.

### Les diététistes/nutritionnistes, un support et un collaborateur pour l'inhalothérapeute

L'évaluation nutritionnelle complète permet de donner un éclairage supplémentaire aux cas cliniques et procure une validité aux priorités d'intervention déterminées par l'équipe médicale. La portée d'un geste aussi simple que celui de poser quelques questions aux patients sur leur alimentation peut moduler leur perception des risques du mode de vie sur la santé et ainsi permettre à l'inhalothérapeute de les diriger vers les diététistes/nutritionnistes.

En conclusion, l'intervention des diététistes/nutritionnistes a des effets bénéfiques appuyés par de nombreuses études. Le patient qui est dirigé en nutrition est informé, guidé, soutenu et motivé, ce qui laisse place à la prise en charge personnelle de la MCV, menant à des résultats optimisés. Pour sa part, l'inhalothérapeute profite de l'expertise des

diététistes/nutritionnistes et s'assure que le patient est outillé pour faire face aux défis qui l'attendent en vue des changements des habitudes de vie que l'on compte le voir effectuer. Par-dessus tout, l'intervention en nutrition représente une méthode non effractive qui a fait ses preuves au fil du temps. Bien manger est en soi un traitement efficace dépourvu d'effets secondaires indésirables, alors pourquoi s'en priver ?



## Références

1. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC
2. GRUNDY, S. et collab. 2002. *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*. (NIH Publication n° 02-5215). Bethesda, MD, National Institutes of Health. Repéré à [<https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/cholesterol-guidelines/final-report>].
3. a. ANDERSON, T.J. et collab. «2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult». *Canadian Journal of Cardiology*, 2013; 29(2): 151-167. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2012.11.032>].  
b. ANDERSON et collab., *op. cit.*, Supplementary Material (Table S8-Expected Benefit of Health Behaviour Changes).
4. JENKINS, D.J. et collab. 2003. «Effects of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods vs lovastatin on serum lipids and C-reactive protein». *Journal of the American Medicine Association*, vol. 290, n° 4: 502-510.
5. JENKINS, D.J. et collab. 2005. «Direct comparison of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods with a statin in hypercholesterolemic participants». *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 81, n° 2: 380-387.
6. HYPERTENSION CANADA. 2016. *Guide de pratique clinique sur la prise en charge de l'hypertension*. Repéré à [<http://guidelines.hypertension.ca/wp-content/uploads/2016/05/16156-French-CHEP-Full-recs-V4.pdf>].
7. IZZO, J.L., SICA, D.A., BLACK, H.R. (COUNCIL FOR HIGH BLOOD PRESSURE-AMERICAN HEART ASSOCIATION). 2008. *Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure basic science, population science, and clinical management*. Chap. C120, Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, p. 409.
8. ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. Octobre 2013. «Lignes directrices de pratique clinique». *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, Supp. 5, p. S474 et S409. Repéré à [[http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG\\_resources/cpg\\_2013\\_full\\_fr.pdf](http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf)].
9. HUANG, M-C, HSU, C-C, WANG, H-S et collab. 2010. «Prospective randomized controlled trial to evaluate effectiveness of registered dietitian-led diabetes management on glycemic and diet control in a primary care setting in Taiwan». *Diabetes Care*, 33(2): 233-239. [<https://doi.org/10.2337/dc09-1092>].
10. STATISTIQUE CANADA. 2013. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Embonpoint et obésité chez les adultes*. Repéré à [<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14021-fra.htm>].
11. CHAIRE DE RECHERCHE SUR L'OBÉSITÉ-UNIVERSITÉ LAVAL. (s. d.) *Identification et prévalence de l'obésité intra-abdominale (viscérale)*. Repéré à [<http://obesite.ulaval.ca/obesite/abdominale/>].

## Fabian Therapy Evolution Maintenant disponible au Canada



Support néonatal non effractive grâce à une vraie compensation de fuite. Maintenant vous disposez des avantages de l'Infant Flow®, de l'Infant Flow LP ou du générateur Inspire avec des pressions stables pour prodiguer la thérapie désirée.

### Avantages clés

- nCPAP
- DuoPAP
- Oxygénothérapie à haut débit
- Diminution des alarmes inutiles grâce à une bonne compensation de fuite
- Moins d'ajustements d'interface
- Thérapie cohérente

## Meilleure qualité de soins pour la croissance de vos nouveau-nés

Distribué par:

  
**CAREstream**  
Medical Ltd.

Tél: 1 888 310 2186

[www.carestreammedical.com](http://www.carestreammedical.com) | [info@carestreammedical.com](mailto:info@carestreammedical.com)

Carestream Medical est certifiée ISO:13485 et ISO:9001

# Le dépistage du risque nutritionnel par l'inhalothérapeute



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

**M**anger est un des grands plaisirs de la vie : depuis le plaisir de préparer un repas en passant par le plaisir d'y goûter et celui de se retrouver en famille ou entre amis pour le partager.

## Mais qu'en est-il pour les personnes avec une maladie cardiorespiratoire chronique qui vivent à domicile ou qui sont hospitalisées ?

Comme nous l'avons lu dans les articles précédents, de nombreux patients vivant avec une MPOC souffriraient de malnutrition, alors que près de la moitié des adultes souffrent de dénutrition (modérée ou sévère) au moment de leur admission dans les centres hospitaliers de courte durée. Ceci affecte donc la trajectoire de soins, la santé ainsi que la qualité de vie de ces patients. Pour ces raisons, le dépistage systématique d'un risque nutritionnel, à l'aide d'un outil validé et fiable, est de mise. À cet égard, l'inhalothérapeute clinicien est un professionnel de choix pour faire ce type de dépistage, pour diriger le patient vers un ou une diététiste/nutritionniste au besoin ou pour encourager le patient dans l'adhésion de son plan de traitement nutritionnel.

### NOTE

Dans un contexte de dépistage d'un risque nutritionnel, l'intervention minimale (< 3 minutes) de l'inhalothérapeute consiste à **dépister** un risque nutritionnel ([prévention secondaire](#)) et **non pas** à réaliser une évaluation de l'état nutritionnel **ni** à mettre en place un plan de traitement nutritionnel ([prévention primaire](#)), lesquels seront faits par un ou une diététiste/nutritionniste.

## Le dépistage d'un risque nutritionnel (< 3 minutes) est à la portée de tous les inhalothérapeutes cliniciens

L'intervention minimale (algorithme en 5 étapes) en contexte de dépistage d'un risque nutritionnel consiste principalement à discuter

« Le dépistage d'un risque nutritionnel (< 3 minutes) est à la portée de tous les inhalothérapeutes cliniciens. »

avec le patient et à le questionner à l'aide d'un outil validé et fiable (*voir tableau 1*) au moment de la rencontre clinique (*voir schéma 1*).

Selon le résultat obtenu, le patient peut être dirigé vers un ou une diététiste/nutritionniste (*voir tableau 2*) pour une évaluation approfondie de l'état nutritionnel et une prise en charge personnalisée.

### NOTE

La mise en place d'un corridor de service et l'élaboration des modalités pour diriger un patient vers un ou une diététiste/nutritionniste devraient être définies au préalable afin d'éviter un bris dans la trajectoire de soins et de services.

En l'absence d'un ou d'une diététiste/nutritionniste au sein de l'établissement de santé (ou un centre de santé partenaire), il est possible pour le patient de [trouver un ou une diététiste/nutritionniste en pratique privée](#) par le site Web de l'[Ordre professionnel des diététistes du Québec](#).

## Vous souhaitez en savoir davantage ?

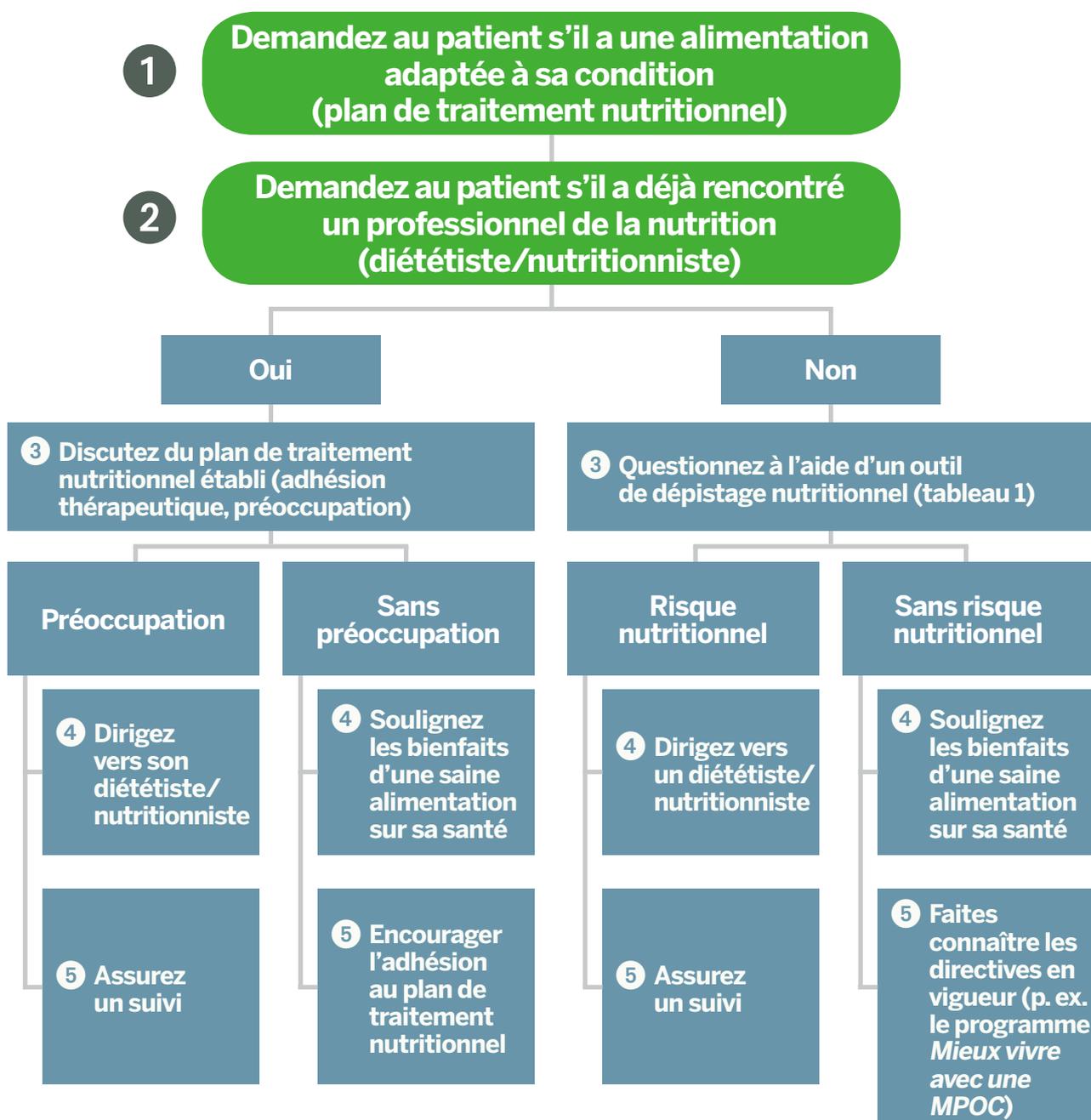
Consultez le tout nouveau cube à outils [Alimentation](#). Celui-ci est le fruit d'une collaboration avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) que l'OPIQ remercie très sincèrement. Nous vous rappelons par ailleurs que les 4 [cubes à outils](#) issus du programme [En santé cardiorespiratoire](#) sont d'excellentes sources d'information et de ressources (sites Web, publication, vidéo, application, formation, etc.) pour vous, votre équipe ou vos patients. Bonne discussion !

### Tableau 1. Outil de dépistage nutritionnel pouvant être utilisé par l'inhalothérapeute

-  patient hospitalisé (toutes clientèles): [outil canadien de dépistage nutritionnel](#) (OCDN)
-  patient (≥ 65 ans) à domicile ou en institution: [mini évaluation nutritionnelle](#) (MNA)
-  personne (≥ 65 ans) à domicile: [dépistage nutritionnel des aînés](#) (DNA)

### Tableau 2. Critères de référence pour diriger le patient vers un ou une diététiste/nutritionniste

- En présence d'un risque nutritionnel (selon résultat du dépistage nutritionnel);
- Si patient MPOC rapporte une perte de poids involontaire (5 % dans les 3 derniers mois ou 10 % dans les 6 derniers mois) **ou** si l'IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>;
- Si patient pose des questions précises concernant son alimentation. Si préoccupation du patient à l'égard du plan de traitement nutritionnel.



## Notes

### Outil de dépistage nutritionnel:

-  patient hospitalisé (toutes clientèles): outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN)
-  patient (≥ 65 ans) à domicile ou en institution: mini évaluation nutritionnelle (MNA)
-  personne (≥ 65 ans) à domicile: dépistage nutritionnel des aînés (DNA)

- Le patient vivant avec une MPOC qui rapporte une perte de poids involontaire (5 % dans les 3 derniers mois **ou** 10 % dans les 6 derniers mois) ou qui présente un IMC < 20 kg/m<sup>2</sup> doit aussi être dirigé vers un ou une diététiste/nutritionniste. Il en va de même pour le patient qui pose des questions spécifiques concernant son alimentation.
- Comme pour toute autre activité clinique, le dépistage d'un risque nutritionnel, le résultat obtenu et les actions qui en découlent (p. ex. diriger vers un ou une diététiste/nutritionniste) doivent être consignés au dossier du patient.

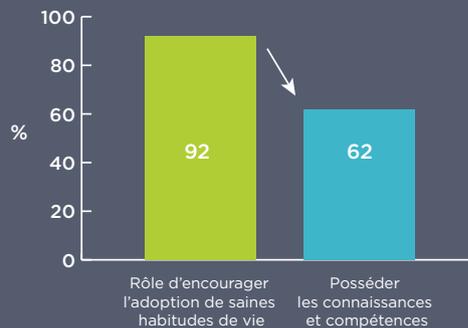
# Résultat du sondage sur les habitudes d'intervention liées à l'alimentation



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

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 liés à l'alimentation.

## Au sujet des saines habitudes de vie



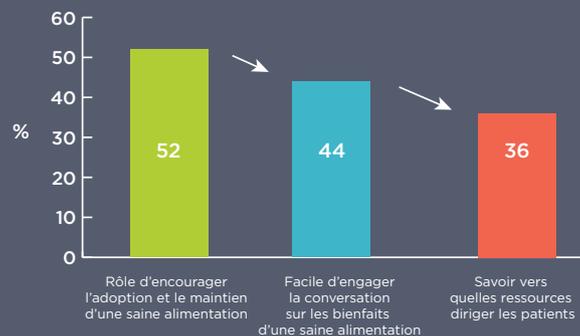
**92 %** des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire que c'est leur rôle d'encourager leurs patients (ou leurs proches) à adopter et maintenir un mode de vie sain.

- 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 de l'alimentation



**52 %** 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 une saine alimentation.

- Plutôt en accord: 27 %
- Entièrement en accord: 25 %

**44 %** des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire qu'il est facile d'engager une conversation sur les bienfaits d'une saine alimentation avec les patients (ou leurs proches).

- Plutôt en accord: 20 %
- Entièrement en accord: 24 %

**36 %** des répondants sont «plutôt en accord» ou «entièrement en accord» pour dire qu'ils savent vers quelles ressources diriger leurs patients pour les aider à perdre du poids et à maintenir un poids santé.

- Plutôt en accord: 13 %
- Entièrement en accord: 23 %

# élections 2017

## **CONSEIL D'ADMINISTRATION ÉLECTIONS AUX POSTES D'ADMINISTRATEURS**

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

Vous trouverez dans les pages qui suivent les renseignements pertinents sur les procédures d'élection et le bulletin de présentation des candidatures. Ce bulletin peut être photocopié. **Tout bulletin de présentation doit parvenir à la soussignée au siège social de l'Ordre, avant 16 h, le 18 avril 2017.**

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



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

## **CALENDRIER DES ÉLECTIONS 2017**

Les élections des membres au Conseil d'administration de l'Ordre dont le mandat vient à échéance en 2017 se dérouleront selon l'échéancier suivant:

**FIN DE LA PÉRIODE DE MISE EN CANDIDATURE:  
MARDI 18 AVRIL 2017 à 16 h**

**PÉRIODE DE VOTATION :  
DU 19 AVRIL AU 18 MAI 2017 à 16 h**

**CLÔTURE DU SCRUTIN:  
JEUDI 18 MAI 2017 à 16 h**

**DÉPOUILLEMENT DU SCRUTIN:  
MERCREDI 24 MAI 2017 à 10 h  
AU SIÈGE SOCIAL DE L'ORDRE**

**ENTRÉE EN FONCTION DES ÉLUS:  
VENDREDI 13 OCTOBRE 2017 (À CONFIRMER)**

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

# élections 2017

## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

### Éligibilité pour être candidat et voter

Peuvent être candidat et voter tous les membres en règle de l'OPIQ inscrits au Tableau de l'Ordre le **3 avril 2017**, soit le 45<sup>e</sup> jour avant la date fixée pour la clôture du scrutin, et qui le sont demeuré(e)s, jusqu'à la date de réception de leur bulletin de vote. Les membres dont le droit d'exercer des activités professionnelles est limité ou suspendu ou qui sont radiés perdent leur éligibilité pour l'élection en cours.

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

### Procédures d'élection

Un inhalothérapeute ne peut poser sa candidature que dans une région où il a son **domicile professionnel (lieu principal de travail)**.

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

Le **bulletin** doit être retourné au Secrétaire de l'Ordre au moins **30 jours avant** la date fixée pour la clôture du scrutin, **soit au plus tard le 18 avril 2017 à 16 h**. Il peut être retourné en personne, par courriel ou par télécopieur (514 931-3621).

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

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

Ce court texte et cette photographie seront accessibles sur le site Web de l'OPIQ à compter du début de la période de votation, soit le **19 avril 2017**, jusqu'à la clôture du scrutin, soit le **18 mai 2017** à 16 heures.

## Envoi des documents aux membres

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

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

## POSTES À POURVOIR EN 2017

- Deux (2) des cinq postes de la région de **Montréal**;
- Un (1) poste dans la région de la **Montérégie**;
- Un (1) poste dans la région de **Laval, des Laurentides et de Lanaudière**;
- Un (1) poste dans la région de **Québec, de la Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**;
- Un (1) poste dans la région de la **Mauricie et du Centre-du-Québec**.

## COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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



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

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

(nom) \_\_\_\_\_

(adresse) \_\_\_\_\_

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

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

Veillez trouver sous pli:

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

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2017.

\_\_\_\_\_  
(signature)

# élections 2017

## DOMICILE PROFESSIONNEL

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

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

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

**Si vous désirez modifier dès maintenant votre domicile professionnel, il faut donc nous en faire part avant le 3 avril 2017.**

RÉGIONS ÉLECTORALES	NOMBRE DE POSTES	ADMINISTRATEURS ACTUELS
Montréal	2	France St-Jean, inh. Isabelle Alain, inh.
Montérégie	1	Annie Quenneville, inh.
Laval, Laurentides et Lanaudière	1	Josée Boudreault, inh.
Québec, Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	Francine LeHouillier, inh.
Mauricie et Centre-du-Québec	1	Julie Roy, inh.

# À L'AVANT-SCÈNE

**ANNE BÉLANGER**

*Dans un format ludique, nous vous offrons l'occasion de mieux connaître un pair. Il s'agit aujourd'hui d'une des lauréates du prix Éleine-Trottier 2016.*



**Occupation :** inhalothérapeute.

**Âge :** 53 ans.

**Lieu de travail :** CISSS Montérégie-Centre, site Hôpital du Haut-Richelieu.

**Statut :** mariée à un homme avec qui je ferais encore 30... autres belles années.

**Bu :** *Fernet-Branca*, liqueur amère d'Italie offerte par mon gendre... certainement afin que la belle-mère jase un peu moins !

**Lu :** *La bicyclette bleue* pour le côté historique.

**Vu :** *La vie est belle*, avec la performance de Roberto Benigni, œuvre touchante ne laissant personne insensible.

**Voulu :** un voyage en Autriche mère-fille.

**Reçu** (cadeau, conseil, etc.) : la vie m'a offert le plus beau des cadeaux, être bien entourée.

**Sur une île déserte, vous apportez :** des livres et un sac de biscuits *Décadent aux morceaux de chocolat* (en espérant être seule sur l'île).

**Un voyage inoubliable :** Austin, Texas, en famille pour le mariage de ma fille.

**Votre plus belle réussite personnelle :** sans aucun doute mes deux enfants, un garçon de 24 ans et une fille de 26 ans.

**Votre plus belle réussite professionnelle :** la reconnaissance de mes pairs par le prix *Éleine-Trottier 2016*. Je suis très heureuse d'avoir cru en la capacité de nos patients ; que d'émotions pour eux et pour nous à la ligne d'arrivée ! Merci à ma complice Karine Gendreau.

**Un remède quand tout semble difficile :** la doudou très apaisante que mon père m'a laissée.

**Un objectif à atteindre :** celui de garder la forme et de continuer d'apprendre tous les jours.

**Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes :** nos connaissances peuvent faire la différence, impliquez-vous, vous aurez un meilleur regard sur votre profession.

**Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez :** enseignante, ce que la rééducation respiratoire me permet de faire.

**Le bonheur pour vous, c'est quoi ?** Le bonheur est dans la simplicité, il est souvent près de vous sans flafla, cultivez-le.

compétence

1

# L'inhalothérapeute en soins et services de première ligne: un professionnel qualifié... en amont et en aval du diagnostic médical!



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

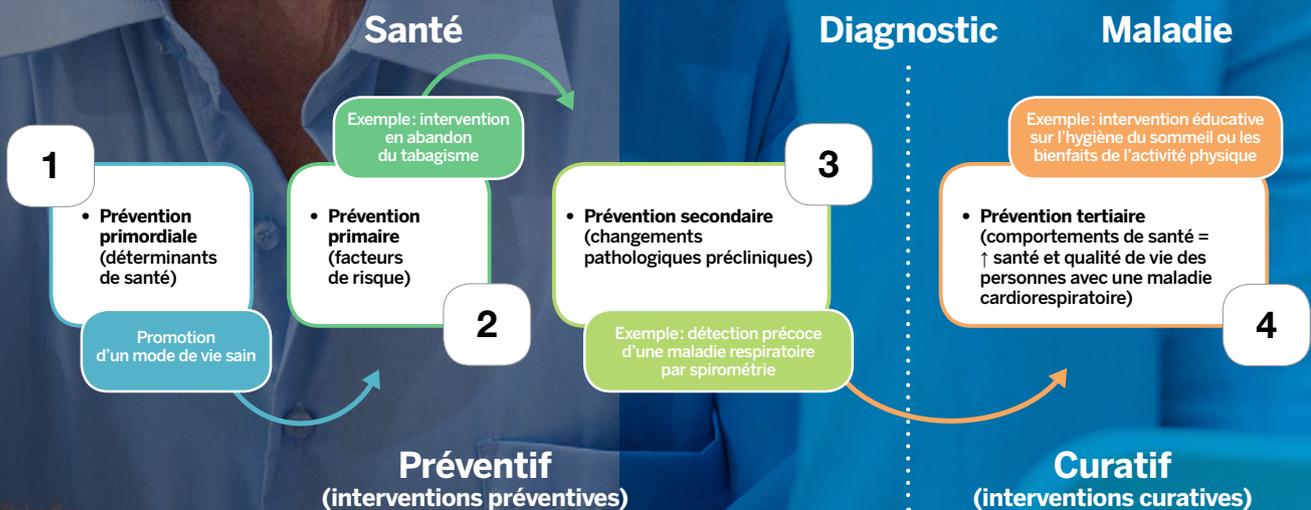


Les compétences et l'expertise de l'inhalothérapeute en soins et services cardiorespiratoires auprès de la clientèle pédiatrique, adulte et gériatrique ne sont plus à prouver. L'inhalothérapeute est un clinicien qui peut aussi être mis à contribution dans la promotion de la santé<sup>1</sup> et la prévention de la maladie<sup>2</sup>, soit en amont du diagnostic médical (schéma 1).

Pour cette raison, les établissements de santé, les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques médicales privées ou tout autre milieu d'exercice clinique de première ligne<sup>3</sup> sont invités à considérer le large éventail de rôles et de responsabilités que peut exercer l'inhalothérapeute clinicien au sein d'une équipe de soins et de services en santé de première ligne (schéma 2).

...

Schéma 1. Interventions préventives et curatives.



Écoutez les entrevues des D<sup>rs</sup> Carpentier et McKinnon et de madame Livia Battisti, inhalothérapeute qui nous parlent de leurs expériences respectives et des bénéfices réalisés au profit de leurs patients.

1. [D<sup>r</sup> Daniel Carpentier, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CLSC La Source Nord-GMF La Source](#)
2. [D<sup>r</sup> Dany McKinnon, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CLSC La Source Sud-GMF La Source](#)
3. [Livia Battisti, inh., ECA, CHUQ-Saint-François d'Assise](#)

## L'inhalothérapeute, un CLINICIEN qui :

1. Est un professionnel qui prodigue des soins et services grâce à des protocoles et des ordonnances collectives (p. ex. ajustement de la médication, spirométrie diagnostique ou de suivi clinique).
2. Exerce des activités cliniques liées à :
  - la promotion de la santé auprès de la population (adoption de comportements de santé);
  - la prévention de la maladie cardiorespiratoire ou le ralentissement de l'évolution (p. ex. abandon du tabac, qualité de l'environnement, club de marche) auprès de personnes vivant avec une maladie cardiorespiratoire.
3. Dirige le patient vers un médecin partenaire (p. ex. médecin de famille) et assure la liaison entre ce médecin et le patient.
4. Travaille en équipe et en réseau.
5. Mène à bien les projets liés à la santé et aux soins cardiorespiratoires.

## L'inhalothérapeute et le PATIENT PARTENAIRE

1. Évalue la condition cardiorespiratoire.
2. Prépare, administre et ajuste la médication.
3. Détermine et instaure un plan de soin (plan d'action) et en assure le suivi :
  - Évalue la capacité du patient (et ses proches) à s'adapter et à contribuer à ses soins;
  - Met en place un programme d'éducation thérapeutique du patient (autogestion);
  - Effectue le suivi clinique et thérapeutique (mesure des résultats, adhésion thérapeutique);
  - Utilise l'approche motivationnelle.
4. Assiste le patient dans sa recherche d'information en santé (Internet ou autre).
5. Fait de l'intervention (brève ou soutenue) pour favoriser l'adoption et le maintien de comportements de santé.
  - Abandon du tabagisme;
  - Hygiène du sommeil;
  - Activité physique;
  - Alimentation (dépistage d'un risque nutritionnel à l'aide d'outil validé).
6. Dirige le patient vers une ressource professionnelle (p. ex. centre d'abandon du tabac) et assure la liaison entre cette ressource et le patient.

## L'inhalothérapeute et le MÉDECIN

1. Réalise, sans ordonnance, la détection précoce d'une maladie respiratoire chez une personne non diagnostiquée et soutient le médecin dans l'interprétation des résultats.
2. Effectue des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire, évalue la qualité et la validité des résultats obtenues et soutient le médecin dans l'interprétation de ces résultats.
  - Fonctions respiratoires (p. ex. spirométrie, saturométrie);
  - Fonctions cardiaques (p. ex. ECG au repos et à l'effort);
  - Étude du sommeil (p. ex. saturométrie nocturne, polygraphie cardiorespiratoire du sommeil, titrage automatisé de la PPC);
  - Gazométrie par ponction artérielle radiale.
3. Encourage le respect des prescriptions (p. ex. cubes énergie prescrits par les médecins de famille).

## L'inhalothérapeute et la COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

1. Conçoit, pilote ou participe :
  - à l'implantation d'un programme de pratique clinique préventive auprès d'une clientèle cible et en évalue les effets à l'aide d'indicateurs validés;
  - à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie cardiorespiratoire en considérant les déterminants de santé ainsi que les besoins de la communauté;
  - à la mise en place d'un groupe d'entraide pour les patients partageant une même pathologie ou une même thérapie;
  - à l'élaboration d'outils éducatifs efficaces et adaptés à la clientèle;
  - aux tables de concertation clinique sur des sujets liés à la santé; cardiorespiratoire ou l'amélioration des soins et services offerts;
  - aux projets de recherches liés à sa pratique clinique;
2. Est une personne ressource dans le cadre, notamment, d'activités d'érudition clinique.

## LE SAVIEZ-VOUS ?

Les groupes de médecine de famille (GMF) sont constitués de médecins de famille travaillant en groupe et en collaboration avec divers professionnels.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre un soutien financier pour l'intégration de professionnels cliniques dans les équipes des GMF. Cette collaboration contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les patients, les médecins de famille et les professionnels de la santé.

Afin de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour répondre aux besoins spécifiques de leur clientèle, le MSSS propose des [Guides d'intégration des professionnels en GMF](#). Celui destiné à l'[inhalothérapeute](#) présente la collaboration qui peut prendre forme avec un médecin dans un contexte de soins de première ligne en GMF. De plus, il donne en exemple des modèles existants de collaboration dans des GMF du Québec.

En résumé, l'intégration de l'inhalothérapeute au sein d'une équipe de première ligne contribue à la qualité des soins et services cardiorespiratoires offerts. Concrètement, sa contribution auprès d'une population variée se traduit, notamment, par un maintien accru des patients à domicile, une diminution de la fréquence et la durée des hospitalisations, un suivi de certaines clientèles qui se bonifie ainsi qu'une offre élargie de soins et de services préventifs, diagnostiques ou de suivi clinique 

### Notes

- 1 Action qui vise à améliorer la santé par l'éducation et au moyen d'interventions afin de favoriser des changements comportementaux propices à la santé ([AFMC](#), s. d.).
- 2 Action qui vise à empêcher l'apparition de la maladie, en arrêter les progrès et en réduire les conséquences ([OMS](#), 1999).
- 3 Les services de première ligne comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère et peuvent être offerts, entre autres, en cabinet privé, en CLSC, en centre de santé ou à domicile ([Conseil médical du Québec](#), 1995, Avis 95-03, page 33).



Congrès  
canadien  
sur la santé  
respiratoire  
2017

Pour s'inscrire visitez  
<https://cts.lung.ca/fr/ccsr>

27-29 AVRIL 2017 | HÔTEL BONAVENTURE, MONTRÉAL (QUÉBEC)



Une bouffée d'air frais

Présenté par :



RESPIREZ  
l'association pulmonaire

LES PROFESSIONNELS  
CANADIENS EN SANTÉ  
RESPIRATOIRE

En collaboration avec :



L'ASSOCIATION PULMONAIRE  
Québec



RQESR  
ORDRE QUÉBÉCOIS DE RÉGULATION  
EN SANTÉ RESPIRATOIRE  
La référence des professionnels

# Le partage des dépenses en couple : quelle approche adopter ?

par le service de rédaction, Banque Nationale

**L'**argent est l'une des principales sources de discordes dans les couples. Pour éviter que vos finances empoisonnent votre relation amoureuse, mieux vaut mettre en place une formule qui vous convient à tous les deux.

## Partager moitié-moitié

Payer chacun la moitié des dépenses du ménage est certainement la façon la plus simple de procéder. Mais elle n'est équitable que si les revenus des deux conjoints sont comparables. C'est votre cas ? Vous pourrez alors opter pour l'une des approches suivantes :

### 1. 50 % de tout, grâce au compte conjoint

La première approche consiste à payer la moitié de chacune des factures. Pour ce faire, le plus simple est d'ouvrir un compte bancaire conjoint, dans lequel chacun vire chaque mois à partir de son compte personnel les fonds correspondant à la moitié du budget familial.

C'est à partir du compte conjoint que sont payés le loyer ou l'hypothèque, les assurances et autres factures du ménage. Pour les achats comme l'épicerie et les sorties, on se munit d'une carte de crédit conjointe, dont les factures seront payées à même les fonds du compte conjoint.

### 2. Le partage par type de dépenses

D'autres couples préfèrent cependant se séparer les postes de dépenses. L'un se charge des assurances et des activités des enfants, tandis que l'autre tend sa carte de crédit personnelle quand il s'agit de leurs vêtements et des dépenses liées à la voiture, par exemple.

Cette façon de faire est tout aussi valide, mais elle demande un peu plus de calculs pour qu'une somme équivalente de dépenses soit assumée par chacun des conjoints.

### Contribuer au prorata de son salaire

Il existe un écart de salaire significatif entre les deux partenaires ? La répartition des dépenses sera alors plus équitable si la contribution financière de chacun est proportionnelle à ses revenus.

L'équation est simple : il s'agit de calculer quel pourcentage du revenu total du ménage est gagné par chacun, puis d'appliquer ce pourcentage au total du budget mensuel. On obtient ainsi la part des dépenses qui revient à chacun.

### Partage par type de factures : le piège à éviter

Si vous choisissez de vous séparer les postes budgétaires (peu importe dans quelles proportions), attention au type de dépenses assumées par chacun. Car si l'un des conjoints se charge des dépenses plus tangibles — l'équipement de cuisine, par exemple — alors que l'autre paie l'épicerie, ce dernier risque d'être pénalisé advenant une séparation.

### Revenus instables : pensez au fonds d'urgence

Vos revenus fluctuent ? Profitez des mois plus fastes pour épargner. Vous pourrez ensuite puiser dans cette réserve pour assumer votre partie des dépenses pendant les périodes creuses!

Découvrez les privilèges offerts  
aux inhalothérapeutes dans le cadre  
de nos forfaits exclusifs.  
Les détails sur [bnc.ca/specialistesante](http://bnc.ca/specialistesante).

*Les opinions présentées dans ce texte sont celles de la personne interviewée. Elles ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque Nationale ou de ses filiales. Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).*

# Forfait exclusif pour les inhalothérapeutes

Toutes nos excuses  
aux astronautes



Fière partenaire



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

[bnc.ca/specialistesante](http://bnc.ca/specialistesante)



**BANQUE  
NATIONALE**

Réalisons vos idées<sup>MC</sup>

\* Certaines conditions s'appliquent. Ce forfait est exclusif aux professions admissibles au forfait Spécialistes en sciences de la santé. Calculé sur une économie annuelle d'une valeur de 299 \$ sur les transactions incluses dans le forfait Virtuose<sup>MD</sup>; 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<sup>MD</sup> volume moyen de 150 000 \$ dans le forfait Spécialistes de la santé. Vous devez être détenteur de la carte de crédit Platine, World ou World Elite MasterCard<sup>MD</sup> pour être éligible au forfait pour les spécialistes 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. <sup>MD</sup> 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. © 2017 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. <sup>MC</sup> RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.



## Les ordonnances

### Règles et principes de gestion pour les inhalothérapeutes

par **Sylvie Gagnon**, inh., vice-présidente du comité d'inspection professionnelle, **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic et **Magali Cournoyer-Proulx**, avocate associée, Fasken Martineau Dumoulin.

**D**ans le cadre de la série de chroniques touchant la tenue de dossier, nous abordons le volet de l'ordonnance (prescription) en résumant les règles entourant la gestion de celle-ci. Selon les types et les différentes normes associées aux ordonnances, cet article tente de démystifier autant que possible cette réalité avec laquelle les inhalothérapeutes composent sur une base quotidienne.

#### 1. L'encadrement légal de la pratique de l'inhalothérapie : bref rappel

##### **Champ d'exercice de l'inhalothérapeute**

L'alinéa 37s du *Code des professions* énonce le champ d'exercice général propre à l'inhalothérapeute et établit son expertise clinique en matière de santé cardiorespiratoire :

*L'exercice de l'inhalothérapie consiste à contribuer à l'évaluation de la condition cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.*

##### **Des activités réservées**

Le paragraphe 37.1 7° du *Code des professions* définit quant à lui les activités réservées aux inhalothérapeutes dans le cadre de leur champ d'exercice. Ces activités, au nombre de sept (7), dont six (6) d'entre elles nécessitent une ordonnance (individuelle ou collective), sont décrites sommairement dans le tableau 1.

##### **Des activités réservées aux médecins qui peuvent être posées par un inhalothérapeute**

Il convient aussi de rappeler que le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RLRQ c M-9, r 6 (chapitre M-9, a. 3), a établi certaines activités professionnelles généralement réservées aux médecins qui, suivant les conditions et modalités qui y sont déterminées, peuvent l'être par un inhalothérapeute. Pour ce faire, ces activités requièrent toutes que l'inhalothérapeute dispose d'une ordonnance.

À titre d'exemple, l'inhalothérapeute peut effectuer la ponction artérielle radiale, selon une ordonnance individuelle, s'il remplit les

conditions strictes du règlement, à savoir : être titulaire d'une attestation délivrée par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec après avoir réussi une formation théorique et une formation pratique supervisée.

De même, en vertu de ce même règlement, l'inhalothérapeute peut, avec une attestation de formation délivrée par l'Ordre, opérer et assurer le fonctionnement de certains équipements d'autotransfusion ou d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle, selon une ordonnance.

## 2. Ordonnance: définition et mode de délivrance

L'article 39.3 du *Code des professions* définit l'ordonnance comme suit :

«[...] le terme "ordonnance" signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective.»

Il est important de préciser que les professionnels habilités<sup>1</sup> à délivrer une ordonnance sont, comme le stipule cet article, les médecins et les dentistes, mais peuvent aussi être d'autres professionnels autorisés par un règlement dûment adopté, notamment les infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

Rappelons que chacun des prescripteurs doit respecter les normes établies quant à la forme et au contenu de l'ordonnance verbale ou écrite qu'ils délivrent. Ces normes sont prévues par un règlement adopté par leur ordre professionnel respectif. Les IPS doivent, quant à elles, respecter les dispositions du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ c M-9, r 25.1.

## 3. L'inhalothérapeute et l'ordonnance médicale

De manière courante, l'inhalothérapeute peut être appelée à appliquer deux types d'ordonnances : individuelle et collective. L'ordonnance individuelle est destinée à un seul patient, alors que l'ordonnance collective concerne plusieurs groupes de personnes ou une ou plusieurs situations cliniques.

Voici comment le Collège des médecins explique l'utilité de l'ordonnance collective :

« Elle permet à un professionnel ou à une personne habilitée d'exercer certaines activités médicales sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin, et ce, dans les circonstances cliniques et aux conditions qui y sont précisées. Cela implique que la personne faisant l'objet de l'ordonnance n'a pas à être vue préalablement par le médecin<sup>2</sup>. »

Afin d'exécuter une ordonnance de manière optimale et sécuritaire, les inhalothérapeutes doivent connaître les normes spécifiques relatives à leur forme et à leur contenu dont nous traiterons un peu plus loin.

Tableau 1. Des activités réservées

ORDONNANCE	
description	
activités réservées	
Effectuer l'assistance ventilatoire	Toute assistance ou support ventilatoire, peu importe la technologie utilisée, qu'elle soit effractive ou non, incluant le suivi thérapeutique et clinique optimal et la gestion du sevrage.
Effectuer des prélèvements	Tout prélèvement relié à la pratique de l'inhalothérapie : gazométrie sanguine, prélèvements de sécrétions bronchiques pour cytologie ou bactériologie, etc.
Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire	Toute épreuve diagnostique reliée à la fonction cardiorespiratoire : bilan de base complet des volumes respiratoires, test de diffusion, test de provocation bronchique, ECG au repos et à l'effort, étude de polysomnographie complète ou abrégée, etc.
Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire	Cette surveillance n'est assujettie à aucune condition et peut être effectuée en toute autonomie, non seulement au bloc opératoire mais aussi dans les unités de soins critiques ou à l'urgence, selon l'état du patient et les besoins du milieu.
Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance	L'inhalothérapeute peut administrer un médicament ou une substance, selon l'ordonnance, peu importe la voie d'administration, qu'elle soit périphérique, centrale ou épidurale.
Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament	Certains médicaments ou substances nécessitent l'ajout d'un diluant afin de rendre la substance active ou injectable.
Introduire un instrument dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal	L'inhalothérapeute peut introduire ou retirer un instrument : insertion ou retrait de la sonde endotrachéale ou gastrique, installation d'une voie veineuse périphérique, etc.

1. « Personne habilitée » : une personne autorisée dans le cadre d'un règlement pris par le Collège des médecins du Québec en application du paragraphe h de l'article 94 du *Code des professions* (chapitre C-26) à exercer une activité professionnelle réservée à ses membres à la condition de disposer d'une ordonnance médicale. Décision 2015-09-08, a. 2.

2. COLLÈGE DES MÉDECINS, 2016. *Les ordonnances individuelles faites par un médecin - Guide d'exercice*, p. 5. Repéré à [http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-indivuelles-faites-par-un-medecin.pdf].

Ainsi, pour éviter toute ambiguïté et tout risque d'erreur et d'atteinte à la sécurité des patients, les inhalothérapeutes doivent s'assurer de la conformité (lisibilité et complétude) des ordonnances émises et entreprendre toutes les mesures correctrices nécessaires si tel n'est pas le cas. Il peut s'agir notamment de valider l'ordonnance avec le prescripteur et d'inscrire au dossier toute modification reçue verbalement par ce dernier.

Il est primordial de noter que peu importe la nature des ordonnances — écrites, verbales, préimprimées, collectives avec ou sans protocole associé, numériques ou transmises par télécopieur —, **elles doivent en tout temps être consignées au dossier médical du patient.**

Par ailleurs, il nous apparaît essentiel de se familiariser avec le contenu du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* qui mérite, selon nous, d'être lu dans son intégralité. Ce règlement énonce clairement chacun des éléments qui doivent être présents et apporte un bon nombre de spécificités quant à la diversité des technologies de communication fréquemment utilisées. Les lignes qui suivent abordent les conditions de validité des ordonnances les plus pertinentes à la pratique quotidienne des inhalothérapeutes.

#### 4. Normes applicables à l'ordonnance individuelle

##### **Normes générales applicables à toute ordonnance**

Les ordonnances individuelles émises par un prescripteur doivent inclure les éléments suivants :

1. le nom, imprimé ou en caractères d'imprimerie, du prescripteur ;
2. son numéro de permis d'exercice ;
3. le nom de l'établissement ou du milieu clinique, le numéro de téléphone et l'adresse de correspondance où il souhaite être joint, concernant cette ordonnance ;
4. le nom du patient ;
5. la date de naissance ou le numéro d'assurance maladie du patient ;
6. la date de rédaction de l'ordonnance ;
7. la période de validité de l'ordonnance, lorsque justifiée par une condition clinique du patient ;
8. le cas échéant, toute contre-indication ou tout autre renseignement requis par la condition clinique du patient ;
9. la signature du prescripteur.

L'ordonnance individuelle doit être lisible et la partie non utilisée de la feuille d'ordonnance doit être rayée d'un trait oblique.

Les mentions « usage connu » ou « tel que prescrit », ou toute autre mention au même effet apparaissant sur une ordonnance individuelle sont interdites.

##### **Durée de validité de l'ordonnance individuelle**

Sous réserve des exceptions prévues au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, la période de validité de l'ordonnance individuelle n'est pas limitée dans le temps, à moins d'indication contraire du médecin. L'ordonnance visant un médicament est valide pour un maximum de 24 mois à compter de sa signature, à moins que le médecin n'ait indiqué une période de validité différente.

##### **Ordonnance individuelle qui vise un médicament doit contenir :**

1. le nom intégral du médicament ;
2. la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration s'il y a lieu, et le dosage ;
3. la voie d'administration ;
4. la durée du traitement ou la quantité prescrite ;
5. le nom d'un médicament dont le patient doit cesser l'usage ;
6. l'interdiction de procéder à une substitution de médicaments (pour chaque médicament prescrit), lorsque la situation de la personne le requiert. L'interdiction de substitution ne peut être préimprimée ou apposée de façon automatique sur une ordonnance sur support électronique.

**L'ordonnance individuelle qui vise un examen ou une analyse de laboratoire doit contenir** la nature de l'examen ainsi que les renseignements cliniques nécessaires à la réalisation ou à l'interprétation de l'examen ou de l'analyse.

**L'ordonnance individuelle qui vise un traitement doit contenir** la nature du traitement, les renseignements cliniques nécessaires à la réalisation du traitement et, s'il y a lieu, la description et la durée du traitement.

**L'ordonnance individuelle qui vise un appareil autre que les lentilles optiques doit contenir** les principales caractéristiques de l'appareil et les renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation.

**L'ordonnance individuelle qui vise à ajuster les traitements médicaux, la thérapie médicamenteuse, les médicaments ou d'autres substances ou celle qui vise à commencer des mesures diagnostiques ou thérapeutiques ou à débiter la thérapie médicamenteuse doit être délivrée par écrit** et contenir les renseignements suivants :

1. le professionnel ou la personne habilitée qui peut exécuter l'ordonnance et les exigences professionnelles requises, le cas échéant ;
2. les indications donnant ouverture à l'utilisation de l'ordonnance visant à commencer ou l'intention ou la cible thérapeutique de l'ordonnance visant à ajuster ;
3. les limites ou les situations pour lesquelles le patient doit être dirigé vers un médecin ou un autre professionnel ;
4. le mode de communication et les renseignements qui doivent être transmis pour assurer le suivi médical avec le médecin traitant ;
5. le protocole médical ou la référence à un protocole médical externe.

##### **Ordonnance individuelle verbale**

Le médecin qui délivre verbalement une ordonnance individuelle doit mentionner :

1. son nom et son numéro de permis d'exercice ;
2. les renseignements relatifs à l'ordonnance individuelle cités plus haut (**cette ordonnance doit ensuite être consignée au dossier médical**).

Une communication planifiée entre deux professionnels ou entre un médecin et une personne habilitée, faite au moyen d'un *texto* à l'aide d'un appareil mobile, constitue une ordonnance verbale.

Tel que nous l'avons vu précédemment, le médecin ne peut délivrer une ordonnance individuelle verbale qu'à un professionnel ou à une personne habilitée. Il doit aussi s'assurer qu'il n'y ait qu'un seul professionnel ou qu'une seule personne habilitée intermédiaire entre lui et le destinataire final de l'ordonnance.

## 5. Normes relatives à l'ordonnance collective

Une ordonnance collective doit être délivrée par écrit et contenir les renseignements suivants :

1. la date d'entrée en vigueur ;
2. le nom de l'ordonnance collective et son objet ;
3. les professionnels ou les personnes habilitées qui peuvent exécuter l'ordonnance et les exigences professionnelles requises, le cas échéant ;
4. les circonstances comme le groupe de personnes cible ou la situation clinique visée ;
5. l'activité professionnelle visée par l'ordonnance ;
6. les indications donnant ouverture à l'utilisation de l'ordonnance ;
7. l'intention ou la cible thérapeutique, lorsque l'activité consiste à ajuster un médicament, une substance ou un traitement ;
8. le protocole médical ou la référence à un protocole médical externe ;
9. les contre-indications, le cas échéant ;
10. les limites ou les situations pour lesquelles le patient doit être dirigé vers un médecin ;
11. le nom du médecin répondant ou un mécanisme permettant d'identifier un répondant au moment où l'ordonnance est individualisée, de même que les responsabilités du médecin répondant ;
12. les outils de référence, le cas échéant ;
13. les sources ;
14. la dernière date de révision de l'ordonnance ;
15. le nom, imprimé ou en caractères d'imprimerie, le numéro de téléphone et le numéro de permis d'exercice de tous les médecins prescripteurs ;
16. le mode de communication et les renseignements qui doivent être transmis pour assurer le suivi médical avec le médecin traitant ;
17. la signature des médecins prescripteurs et du médecin répondant si ce dernier n'est pas un prescripteur ou, en établissement, du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

## 6. Écarts rencontrés en gestion des ordonnances

Afin de bien imaginer les situations irrégulières rencontrées en audits de dossiers lors des inspections professionnelles ou même lors des enquêtes du syndicat, cette dernière section présente un certain nombre de situations qui peuvent entraîner des préjudices aux patients.

Par leurs compétences, devoirs et responsabilités, les inhalothérapeutes doivent pouvoir reconnaître et signaler ces situations qui contreviennent aux normes établies en matière d'ordonnances. À cet égard, comme professionnels, vous devez être un rempart afin de protéger le public de situations préjudiciables.

De façon non limitative, ces situations impliquent :

- l'absence de signature attestant la lecture et la validation des ordonnances émises ;
- des libellés d'ordonnances incomplets comme, par exemple :
  - « Traitement d'inhalo... » ;
  - « Installer BiPAP » ;
  - « Faire T lors de la prochaine visite de suivi » ;
  - « L'absence de dosage de médicaments selon les unités reconnus p. ex. ventolin/atrovent aux 4 h » ;
- l'absence de la requête avec l'ordonnance complète lors des différents tests en épreuves diagnostiques incluant les tests de polysomnographie en soins du sommeil ;
- au bloc opératoire, aucune mention d'ordonnance verbale ou téléphonique sur la feuille d'anesthésie, lors de l'administration de médicaments et de changement de paramètres ventilatoires en l'absence de l'anesthésiologiste ;
- lors de ventilation effractive et non effractive : changement de paramètres ou sevrage de la ventilation, sans aucune ordonnance individuelle ou collective notée au dossier ;
- l'absence d'ordonnance pour une aspiration endotrachéale ;
- l'absence d'ordonnance pour l'extubation du patient, etc. 🍏

### Les collaborateurs à la rédaction de l'article

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

Marise Têtreault, *inh.*, M.A., coordonnatrice au développement professionnel



### Sources

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ). 2015. *Nouveau Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin — Faits saillants*. Repéré à [<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/nouveau-reglement-sur-les-normes-relatives-aux-ordonnances-faites-par-un-medecin.aspx>].

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. Mise à jour décembre 2016. *Activités réservées*. Repéré à [<http://www.opiq.qc.ca/membres/activites-reservees/>].

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. (s. d.) *Ordonnance*. Repéré à [<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice/cadre-legal/conditions-de-certaines-activites-reservees/ordonnan>].

Assemblée nationale. 2002. *Projet de loi n° 90 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Code des professions, chapitre C-26. Repéré à [<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>].



## Un dossier satellite: Houston, nous avons un problème!

par **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic  
avec la collaboration de **Magali Cournoyer-Proulx**, avocate associée, Fasken Martineau DuMoulin.

### À la lecture de ce titre, plusieurs se demanderont ce qu'est un dossier satellite?

Appelé aussi dossier parallèle, on entend par « dossier satellite » tout dossier ou partie de dossier que le professionnel constitue pour noter les interventions faites auprès de la clientèle. Ainsi, qu'il soit conservé au chevet du patient ou en votre possession à des fins organisationnelles du travail, les risques associés à cette pratique sont réels en ce qui concerne la confidentialité, la continuité et la sécurité de la prestation des soins et services.

Cette chronique présente des éléments de réflexion sur cette pratique qui n'est pas cautionnée par les instances législatives, réglementaires et juridiques.

#### I. Rappels sur le dossier patient

- La Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *McInerney c. MacDonald* (1993)<sup>1</sup>, établit que le dossier patient appartient à ce dernier. Ce faisant, la constitution d'un dossier unique prend toute son importance pour donner au patient, ou à toute personne autorisée en vertu des lois ou règlements, accès à un dossier complet.

- En vertu de plusieurs lois et règlements qui encadrent la pratique professionnelle<sup>2,3,4,5,6,7</sup>, les inhalothérapeutes sont tenus de constituer un dossier pour chacun des patients à qui ils offrent des services professionnels et d'en assurer la tenue.
- Pour chacun des patients qui utilisent ses services, l'établissement de santé doit tenir un dossier et s'assurer de sa conservation conformément aux lois et règlements qui en régissent la sécurité, confidentialité et continuité<sup>5</sup>.
- L'inhalothérapeute en pratique privée doit se conformer aux dispositions 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*<sup>6</sup>.

#### II. Le dossier satellite, le dossier parallèle, les extraits de dossier

Bien que le titre de cette chronique annonce une catastrophe anticipée, cette section offre des pistes de réflexion et de saines pratiques de gestion en tenue de dossier.

Avant tout, il importe de revoir les sections 3.5 et 3.6 du document *Éléments généraux des normes de pratique — Dossier de l'usager*<sup>8</sup> adopté par l'OPIQ en 2005.

« [...] le dossier patient appartient à ce dernier. Ce faisant, la constitution d'un dossier unique prend toute son importance pour donner au patient, ou à toute personne autorisée en vertu des lois ou règlements, accès à un dossier complet. »

### 3.5 Dossier et extraits de dossier

Le principe indique qu'il existe un seul dossier par patient par établissement. Ceci n'empêche pas, toutefois, que certaines parties du dossier puissent être extraites momentanément aux fins strictes de prestation des soins. Il convient de rappeler qu'une telle pratique, quoique courante, constitue une dérogation à la règle générale.

Ces extraits de dossier, appelés en pratique « dossiers satellites », ne représentent pas pour autant de nouveaux dossiers distincts du dossier principal. Par ailleurs, les extraits de dossiers doivent toujours être versés au dossier principal, dans les plus brefs délais, lorsque l'intervention est terminée. L'inhalothérapeute doit aussi respecter les politiques internes à ce sujet.

### 3.6 Feuilles mobiles

Est reconnue comme « feuille mobile », une feuille d'intervention thérapeutique faisant partie du dossier du patient, mais se retrouvant temporairement hors du dossier. Dans les pratiques actuelles, il s'agit de feuilles laissées au chevet du patient comme la feuille de ventilation artificielle ou des signes vitaux.

Tout comme les extraits de dossier (ou « dossiers satellites »), une telle pratique constitue une dérogation à la règle générale et la feuille mobile doit être versée au dossier dès qu'elle est complète. L'inhalothérapeute doit aussi respecter les politiques internes à ce sujet.

Concernant cet extrait, voici quelques exemples de questions posées par les inhalothérapeutes et les recommandations pour assurer une saine gestion en tenue de dossier :

#### a) Feuille de route ou cardex

Destruction de ces documents au fur et à mesure de leur utilisation pour préserver la confidentialité des données.

#### b) Feuilles volantes au chevet des patients en soins critiques

À insérer au dossier dès qu'elles sont complètement remplies. Les feuilles volantes laissées au chevet du patient doivent être insérées dans une chemise fermée ou une reliure à attaches (type Duo-Tang) à l'abri des regards des visiteurs afin de préserver la confidentialité des données.

#### c) Dossier parallèle/satellite

À proscrire pour des raisons de sécurité, de confidentialité, de continuité et d'intégrité des données.

- La prise de notes en format brouillon ou d'aide-mémoire est tolérée, mais ces notes doivent être retranscrites au dossier de manière contemporaine pour assurer la continuité des soins et pour respecter les principes d'une tenue de dossier de qualité, optimale et sécuritaire. Ces documents doivent être conservés de manière à protéger leur caractère confidentiel. Ils devraient également être détruits dès que les informations qu'ils contiennent ont été consignées au dossier du patient.

- Les originaux ou les copies d'extraits de dossier de patient (p. ex. : les notes d'évolution, les notes relatives à l'enseignement effectué ou les rapports de tests) qui sont gardés dans d'autres lieux tels que dans les cliniques ambulatoires, le CLSC ou au domicile des patients, devraient également être conservés à des endroits sécuritaires pour en assurer leur confidentialité. Aussitôt que possible, les originaux de ces documents devraient être versés au dossier du patient. En ce qui a trait aux copies, celles-ci devraient être détruites dès que leur utilisation n'est plus requise.

## III. Conclusion

La confidentialité et la protection des renseignements personnels sont au cœur même de la tenue de dossier. La pratique dérogatoire de recourir aux dossiers satellites, dossiers parallèles et feuilles mobiles pose un enjeu de continuité, de protection, d'intégrité et de confidentialité des données cliniques. La perte de documents non consignés au dossier maître est une réalité à laquelle on n'échappe pas.

Les professionnels doivent assurer la confidentialité des feuilles mobiles. En ce sens, il faut donc s'assurer de soustraire le dossier, ou l'un de ses constituants, aux regards indiscrets de personnes non autorisées à accéder aux données de santé.

La cible demeure le dossier unique, où est consignée toute l'information. Une pratique en marge de cette norme expose les professionnels et la clientèle à des incidents évitables. À cet égard, il ne faut pas contourner les règles pour améliorer la productivité.



### Références

1. McInerney c. MacDonald, (1992) 2 RCS 138,192 CanLII 57 (CSC). Repéré à [\[https://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/1992/1992canlii57/1992canlii57.html\]](https://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/1992/1992canlii57/1992canlii57.html).
2. Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2. Repéré à [\[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2?langCont=fr#ga:l\\_i-gbl\\_i-h\]](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2?langCont=fr#ga:l_i-gbl_i-h).
3. Code civil du Québec, chapitre CCQ-1991. Repéré à [\[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991\]](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991).
4. Loi sur les archives, chapitre A-21.1. Repéré à [\[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-21.1\]](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-21.1).
5. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, chapitre S-5, r. 5. Repéré à [\[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5.%20r.%205/\]](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5.%20r.%205/).
6. OPIQ. 2014. 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 [\[http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ\\_autres\\_effets\\_cabinets\\_VF.pdf\]](http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ_autres_effets_cabinets_VF.pdf).
7. Loi de l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c.A-2.1. Repéré à [\[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-2.1\]](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-2.1).
8. OPIQ. 2005. Éléments généraux des normes de pratiques — Dossier de l'utilisateur. Repéré à [\[http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ\\_Normes\\_DossierUsager\\_VF.pdf\]](http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Normes_DossierUsager_VF.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 ;
  - L'éthique du conseil d'administration ;
  - La gestion intégrée des risques ;
  - Rencontre interordre : intégration des données scientifiques dans la pratique professionnelle ;
  - Comité directeur du Forum des syndics ;
  - Comité interordre (santé) des responsables de dossiers de pratique illégale et usurpation de titre ;
- Commission parlementaire/Projet de loi n° 118 : *Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux* ;
- CQTS
  - Lancement de la *Semaine pour un Québec sans tabac* ;
  - Réunion des membres du conseil d'administration ;
- Faculté de droit, Université de Montréal/la collaboration interprofessionnelle ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire (ANORTR) :
  - Comité des registraires ;
  - Rencontre avec les représentants de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR).

## Cette année, le Campus OPIQ fête ses 10 ans!

**C'**est en septembre 2007 que le Campus OPIQ a ouvert ses portes virtuelles afin d'offrir des activités de formation qualifiantes à ses membres.

Le *Campus OPIQ* d'aujourd'hui en quelques mots :

- Plus de 50 activités en ligne (en français et en anglais)
- Plus de 80 h de formation continue

Le *Campus OPIQ* en quelques dates :

- **2007** : le Campus OPIQ ouvre ses portes virtuelles
- **2009** : le Campus OPIQ est nommé lauréat dans la catégorie « Apprentissage en ligne et gestion des connaissances » au concours OCTAS 2009 : Les TI au cœur de l'innovation
- **2010** : accès privilège à la formation OPIQ-405 : L'auscultation pulmonaire aux étudiants inscrits au programme d'inhalothérapie du Québec
- **2013** : accès privilège à la formation OPIQ-405 : L'auscultation pulmonaire aux étudiants inscrits au programme de médecine de l'Université Quisqueya (Port-au-Prince, Haïti)
- **2014** : accès privilège à la formation OPIQ-405 : L'auscultation pulmonaire aux étudiants inscrits au programme d'inhalothérapie de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick
- **2016** : accès privilège à six activités de formation aux médecins membres de la Fédération de médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

### Que vous réserve 2017?

L'année 2017 se distinguera à son tour par la possibilité pour un employeur de bénéficier d'un forfait institutionnel. Concrètement, ce forfait permet à un établissement d'inscrire un groupe d'inhalothérapeutes à une même activité de formation, à moindre coût et en un seul paiement.

### Trois (3) types de forfaits sont offerts :

Forfait	(n) inhalothérapeutes	Tarif institutionnel
<b>A</b>	de 5 à 24	<b>30 % de rabais</b> sur le tarif individuel
<b>B</b>	de 25 à 49	<b>40 % de rabais</b> sur le tarif individuel
<b>C</b>	50 et plus	<b>50 % de rabais</b> sur le tarif individuel

### Les activités de formation offertes en forfait institutionnel sont :

Formation	Nom de l'activité
<b>OPIQ-103</b>	La ponction artérielle radiale (3 h)
<b>OPIQ-209</b>	La rédaction de notes au dossier (2 h)
<b>OPIQ-309</b>	Charting notes to the medical file (2 h)
<b>OPIQ-405</b>	L'auscultation pulmonaire (4 h)
<b>OPIQ-504</b>	Pulmonary auscultation (4 h)
<b>OPIQ-601</b>	Gestion avancée des voies aériennes chez l'adulte (4 h)
<b>OPIQ-701</b>	Advanced airway management in adults (4 h)
<b>Guide-15-01</b>	Parler, écouter et écrire : l'art de communiquer en santé (3 h)

Pour information ou inscription, contactez Marie Andrée Cova [siap@opiq.qc.ca](mailto:siap@opiq.qc.ca)

## CONNEXENCE REMERCIE L'OPIQ POUR CES 10 ANS DE PARTENARIAT!

C'est dans un souci d'innovation qu'il y a de ça 10 ans, l'OPIQ s'est tourné vers la plateforme de Connexence pour offrir à ses membres des formations en ligne. Précurseur de nos solutions de développement professionnel, l'OPIQ a confirmé l'efficacité et la rentabilité de nos services!

Depuis, Connexence déploie son expertise auprès du tiers des associations et ordres professionnels du Québec. Nos plateformes web centralisent des services d'**apprentissage en ligne**, des outils dédiés à la **gestion des membres**, à l'**inspection professionnelle** et bien plus encore!

**Encore une fois, merci à l'OPIQ pour ces 10 années de confiance!**

**Connexence** | Solutions intégrées pour le développement professionnel  
 I. [connexence.com](http://connexence.com) T. 1 855 380-5815 C. [info@connexence.com](mailto:info@connexence.com)



# Habitudes de consultation des publications de l'OPIQ et préférences

## Résultats de sondage



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

**Afin d'améliorer l'efficacité de ses communications avec ses membres, l'OPIQ a procédé à un sondage auprès d'eux pour en savoir davantage sur leurs habitudes de consultation des publications de l'OPIQ et leurs préférences. Le sondage en ligne a été transmis à tous les inhalothérapeutes (n > 4200) le 6 septembre 2016. Ils avaient jusqu'au 21 septembre pour y répondre.**

### 1. À propos des répondants

- **170 inhalothérapeutes seulement ont répondu au sondage**

- **Proportion**

Femme	89 %
Homme	11 %

- **Nombre d'années d'expérience comme inhalothérapeute** (c.-à-d. membre de l'OPIQ)

0-4 ans	14 %
5-9 ans	13 %
10-14 ans	18 %
15-19 ans	12 %
> 20 ans	43 %

- **Poste occupé**  
(plusieurs réponses possibles pour un même répondant)

Inhalothérapeute clinicien	70 %
Coordonnateur (technique ou clinique)	12 %
Assistant-chef	8 %
Responsable de service	6 %
Enseignant (collège, cégep, université)	4 %
Représentant pour une compagnie médicale/pharmaceutique	1 %
Autre (p. ex. centre de simulation, retraite)	4 %
Je ne souhaite pas répondre à cette question	4 %

### 2. À propos des publications de l'OPIQ

- **OBJECTIF: savoir si les inhalothérapeutes avaient été informés des plus récentes publications de l'OPIQ**

- **RÉSULTATS**

Publications récentes de l'OPIQ	% de répondants qui savaient que le document avait été publié
Bulletin bimestriel <i>l'Ordonnée</i> (numéro de juillet 2016)	76 %
Bulletin bimestriel <i>l'Abrégé</i> (numéro d'août 2016)	54 %
Revue <i>l'inhalo</i> : numéro de juillet 2016 (vol. 33, n° 2)	95 %
Guide de pratique: <i>Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé</i> (2015) <sup>1</sup>	61 %
Guide de pratique: <i>La sédation-analgésie</i> (2015)	66 %
Guide de pratique: <i>Les troubles respiratoires du sommeil</i> (2016)	62 %
<i>Règles de bonne pratique pour l'utilisation sécuritaire des concentrateurs d'oxygène</i> (2016)	50 %
<i>Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec</i> (mis à jour 2016)	86 %

<sup>1</sup> À l'occasion d'un sondage ciblant des inhalothérapeutes cliniciens (juin 2016), **73,5 %** des participants avaient répondu **ne pas** savoir que l'OPIQ avait publié ce guide.

facebook



### 3. À propos des sources d'information utilisées par l'OPIQ

- **OBJECTIF :** savoir à quelle fréquence les inhalothérapeutes utilisent les différentes sources d'information de l'OPIQ pour se tenir au courant des dernières nouvelles de l'Ordre

#### • RÉSULTATS

Sources d'information	Fréquence d'utilisation «Toujours» ou «Souvent»
Bulletin électronique	64 %
Courriel	80 %
Facebook	21 %
Revue <i>l'inhalo</i>	52 %
Site Web de l'Ordre	40 %
Twitter	2 %
L'employeur	23 %

### 4. À propos des préférences de consultation des inhalothérapeutes

- **OBJECTIF :** savoir comment les inhalothérapeutes souhaitent être informés lorsque l'Ordre publie un document

#### • RÉSULTATS

Publications	Fréquence d'utilisation «Toujours» ou «Souvent»
<i>l'Ordonnée</i> ou <i>l'Abrégé</i>	<p><b>Unanimentement:</b></p> <p>1<sup>er</sup> choix <b>courriel</b></p> <p>2<sup>e</sup> choix <b>site Web de l'OPIQ</b></p> <p>3<sup>e</sup> choix <b>Facebook</b></p>
Communiqué	
Énoncé de position	
Lignes directrices	
Mémoire	
Outil d'aide à la pratique	
Rapport annuel	
Réglementation	
Revue de l'Ordre	

## Guides de pratique clinique (à paraître bientôt)

### La détection précoce d'une maladie respiratoire par spirométrie

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) émettront un avis conjoint indiquant que la détection précoce d'une maladie respiratoire par spirométrie ne nécessite pas d'ordonnance médicale. De cet avis découlera un guide pour servir de balises et soutenir les inhalothérapeutes dans leur pratique clinique en soins et services professionnels de santé de première ligne. Il est à noter que la détection précoce d'une maladie respiratoire par spirométrie :

- ne concerne que les personnes qui ne possèdent **pas de diagnostic** déjà établi de maladie respiratoire;
- **exclut** toute spirométrie diagnostique ou de suivi chez les patients avec un diagnostic de maladie respiratoire;
- **ne nécessite pas d'ordonnance médicale**, car elle **exclut** toute spirométrie comparative avant et après l'administration de bronchodilatateur.

### L'hyperthermie maligne

Ce guide situe d'abord l'hyperthermie maligne (HM) dans un contexte d'anesthésie. Ensuite, le dépistage du patient à risque, la présentation d'une crise d'HM, le traitement en phase aiguë, le suivi d'après la crise ainsi que le patient susceptible d'HM sont successivement discutés. Enfin, le plan d'action, d'éducation et de simulation vient clore la liste des sujets abordés.

#### Note

- Ces documents seront accessibles en ligne au [www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca)
- Aux fins d'application du [Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#), l'inhalothérapeute pourra obtenir 2 heures de formation continue/document pour la lecture de ces documents à condition de remplir le questionnaire de formation en ligne sur le [Campus OPIQ](#). Allez au <http://www.opiq.qc.ca>, section « Membres » pour vous inscrire; des frais s'appliquent.



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](mailto:info@opiq.qc.ca) pour commander.

en santé  
cardiorespiratoire  
avec les inhalothérapeutes



### Calendrier des événements

- 1 [Défi Santé](#) du 31 mars au 12 mai 2017
- 2 [Symposium d'urgence et des soins intensifs pédiatriques](#), 8<sup>e</sup> édition, 7 avril 2017, hôtel Chéribourg, Magog-Orford
- 3 [Colloque montérégien d'inhalothérapie](#), 22 avril 2017
- 4 [Colloque des activités respiratoires du CHU de Québec](#), 22 avril 2017
- 5 [Jour de la Terre](#), le 22 avril 2017
- 6 [5<sup>e</sup> journée de l'inhalothérapie pédiatrique](#), 24 avril 2017
- 7 [Congrès canadien sur la santé respiratoire](#), du 27 au 29 avril 2017, Hôtel Bonaventure, Montréal
- 8 [Congrès éducatif et salon professionnel de la SCTR](#), du 11 au 13 mai 2017, Halifax
- 9 Journée de l'inhalothérapeute, le 19 mai 2017
- 10 Journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2017
- 11 43<sup>e</sup> congrès annuel de l'OPIQ, les 13 et 14 octobre 2017, au Fairmont *Le Manoir Richelieu*, La Malbaie
- 12 Semaine de l'inhalothérapeute, du 22 au 28 octobre 2017
- 13 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 22 au 28 octobre 2017



## Inhalothérapeute clinicien

En janvier dernier, l'OPIQ a révisé et mis à jour la [définition de l'inhalothérapeute clinicien](#), afin qu'elle traduise les réalités et les pratiques cliniques des inhalothérapeutes du Québec.



## Formation continue

### Des nouvelles du *Campus OPIQ*

#### Ajout de nouvelles activités de formation

- **OPIQ-1005** : *Les soins en fin de vie et l'aide médicale à mourir : qu'en est-il exactement ?* par Louise Parent, inh., DESS éthique appliquée
- **Guide de pratique clinique** : *Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires* (2<sup>e</sup> édition) (en avril 2017)

#### Mise à jour de 2 activités de formation

- **OPIQ-601** : *Gestion avancée des voies aériennes chez l'adulte*
- **OPIQ-701** : *Advanced airway management in adults*

#### Retrait de 5 questionnaires de la revue *l'inhalo*

Il n'est dorénavant plus possible de s'inscrire aux activités de formation suivantes :

- Questionnaire de la revue *l'inhalo*, vol. 30, n° 1, avril 2013 (gazométrie)
- Questionnaire de la revue *l'inhalo*, vol. 30, n° 1, avril 2013 (détresse respiratoire aiguë)
- Questionnaire de la revue *l'inhalo*, vol. 30, n° 2, juillet 2013 (déontologie-communication-tabagisme)
- Questionnaire de la revue *l'inhalo*, vol. 30, n° 3, octobre 2013 (asthme)
- Questionnaire de la revue *l'inhalo*, vol. 30, n° 4, janvier 2014 (stagiaire)

Déjà inscrit, mais l'activité n'est pas terminée ? Vous avez jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2017 pour réussir les activités de formation auxquelles vous êtes déjà inscrit. Après cette date, ces activités seront mises en consultation seulement et aucun remboursement ne sera accordé.

Bonne formation !

Surveillez les bulletins *l'Ordonnée* et *l'Abrégé* pour connaître les nouvelles activités de formation du *Campus OPIQ*.

Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ : [Activités de formation externes à l'OPIQ](#)



## Emboîtez le pas !

Invitation à tous les inhalothérapeutes, gestionnaire, cliniciens et enseignants



Profitez de l'arrivée du printemps pour adopter (ou maintenir) un comportement physiquement actif en créant (ou joignant) un cube de marche en collaboration avec le Grand défi Pierre Lavoie. C'est simple et gratuit !

Pour démarrer votre cube de marche

- Contactez [cubedemarche@legdpl.com](mailto:cubedemarche@legdpl.com) pour recevoir toute l'information (affiche, page Facebook, etc.) nécessaire. Mentionnez que vous êtes inhalothérapeute.
- Invitez inhalothérapeutes, médecins, professionnels de la santé, personnels de soutien et autres collègues ou encore vos collègues enseignants ainsi que les étudiants à joindre votre cube de marche !

Pour [trouver un cube de marche](#) près de chez vous

**Psitt !** Avisez-nous pour faire connaître votre cube de marche auprès de la communauté d'inhalothérapeutes sur notre page Facebook.

Bonne marche !

**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

*La malnutrition en soins de courte durée, pages 10-13.*

- 01** À propos de la dénutrition, lequel des énoncés suivants est faux?
- Au Canada, 45 % des patients souffrent de dénutrition sévère ou modérée au moment de leur admission.
  - L'outil canadien de dépistage nutritionnel est utile pour évaluer le risque nutritionnel des patients vivant à domicile seulement.
- 02** À propos de la dénutrition, lequel des énoncés suivants est faux?
- Les personnes maigres ne souffrent pas forcément de dénutrition.
  - On ne peut se fier à l'apparence physique pour repérer la dénutrition chez nos patients.
- 03** À propos de l'outil canadien de dépistage nutritionnel, lequel des énoncés suivants est faux?
- Cet outil est utile pour évaluer le risque nutritionnel seulement chez des patients vivant à domicile.
  - Un score de 2 (deux réponses affirmatives) à l'outil de dépistage indique que le patient est à risque de dénutrition.
- 04** VRAI ou FAUX
- Les patients souffrant de dénutrition risquent davantage d'être transférés dans des établissements de soins prolongés que de rentrer à la maison après l'hospitalisation.
- 05** Parmi les conséquences suivantes, laquelle (lesquelles) n'est (ne sont) pas associée (s) à la dénutrition en milieu hospitalier?
- Augmentation d'infections nosocomiales.
  - Retard dans la guérison des plaies chirurgicales.
  - Augmentation des plaies de pression.
  - Augmentation du taux de mortalité à 50 jours.
- 1, 2 et 3
  - 1 et 2
  - 2 et 4
  - 4 seulement
  - 1, 2, 3 et 4

#### Questions relatives à l'article

*L'importance de la nutrition dans la prise en charge du patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique, pages 14-17.*

- 06** Parmi les facteurs suivants, lequel (lesquels) est (sont) responsable (s) de la malnutrition chez les patients vivant avec une MPOC?
- Augmentation de la dépense énergétique au repos.
  - Dyspnée accrue lors de l'alimentation.
  - Diminution de l'activité physique.
  - Fatigue chronique.
- 1, 2 et 3
  - 1 et 2
  - 2 et 4
  - 4 seulement
  - 1, 2, 3 et 4
- 07** Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une indication pour diriger le patient vers un ou une diététiste/nutritionniste?
- Lorsque le patient rapporte une perte de poids de 5 % dans les 3 derniers mois.
  - Lorsque l'IMC du patient est < 20 kg/m<sup>2</sup>.
  - Lors d'un dépistage positif à l'aide d'un outil validé.
  - Lorsque le patient rapporte une perte pondérale volontaire.
- 1, 2 et 3
  - 1 et 2
  - 2 et 4
  - 4 seulement
  - 1, 2, 3 et 4
- 08** À propos de la malnutrition, lequel des énoncés suivants est faux?
- La malnutrition serait présente chez plus de 75 % des patients atteints de MPOC stable.
  - La malnutrition est considérée comme un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution de la maladie.
- 09** À propos de la surcharge pondérale, lequel des énoncés suivants est faux?
- La surcharge pondérale peut parfois masquer la dénutrition chez le patient MPOC.
  - L'obésité est notée plus souvent chez le patient avec une MPOC sévère.
- 10** VRAI ou FAUX
- L'indice de masse corporelle (IMC) est un facteur de pronostic indépendant dans la MPOC.

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